



Høgskolen i Telemark

Avdeling for helse- og sosialfag

Barn og overvekt.

Helsesøsteres erfaringer, utfordringer og muligheter i arbeidet med overvekt blant barn og unge.

Camilla Volpe

Høsten 2009

MASTEROPPGAVE

Master i flerkulturelt forebyggende arbeid blant barn og unge

Sammendrag

Temaet "Barn og overvekt" ble valgt fordi den økende forekomsten av overvekt blant barn og unge i vårt samfunn gir grunn til bekymring for deres livskvalitet og for følgesykdommer hos overvektige mennesker. Helsesøstere er en sentral yrkesgruppe i arbeidet med det forebyggende og helsefremmende arbeidet rettet mot overvektsproblematikk hos barn og unge. Derfor ble tilnærmingen til temaet "Barn og overvekt" lagt via helsesøstrenes virke og en intervjuundersøkelse med helsesøstre.

Hovedmålsettingen var å belyse hva helsesøstere vet om overvekt blant barn og unge, og hva helseøstre opplever som utfordringer og muligheter i sitt arbeid med overvektige barn og unge. Et annet mål med oppgaven var å belyse utvalgte funn fra Telemarkundersøkelsen (Oellingrath m.fl., 2008).

Presentasjonen av teori og eksisterende forskning ble tematisert på bakgrunn av ulike faktorer som både hver for seg og sett i sammenheng er betydningsfulle med tanke på overvektsproblematikk. Formålet med presentasjonen var å redegjøre for årsaker og konsekvenser av overvekt blant barn og unge ved hjelp av mange ulike faktorer som kan spille inn. Det ble lagt vekt på å presentere eksisterende kunnskap om emnet for å belyse det komplekse spillet mellom faktorer som påvirker utvikling av overvekt blant barn og unge i dagens samfunn. Dette sammen med klargjøring av de faglige rammene som helsesøstere arbeider ut i fra var grunnlag for å drøfte emnet "Barn og overvekt" opp i mot datamaterialet fra intervjuundersøkelsen med helsesøstre.

Det ble lagt vekt på en helhetlig tilnærming til emnet "Barn og overvekt" både i redegjørelsen for teoretisk grunnlag og ved metodevalg. Vitenskapsteoretisk ståsted baserer seg på et helhetlig menneskesyn, og syn på kunnskapsdannelse på bakgrunn av vitenskapsteoretiske grunnposisjoner som fenomenologi og hermeneutikk som er sentrale i samfunnsforskningen. Metodisk valg, utvalgsriterier, instrumentutvikling og gjennomføring, er begrunnet for å skape åpenhet om fremgangsmåten for intervjuundersøkelsen.

Av intervjuundersøkelsen fremkom det at helsesøstre er enstemmige i sin bekymring over økende forekomst av overvekt blant barn og unge. Helsesøstre erfarer at forhold i den moderne samfunnsstrukturen kan ligge til grunn for at forekomsten av overvekt og fedme blant barn og unge viser en økende tendens. Mangel på kunnskap om temaet overvekt, tid og metodikk for faglig forsvarlig praksis er noe helsesøstre legger vekt på i sine beskrivelser av utfordringer i sitt arbeid med overvektige barn og deres familier. Helsesøstre vektlegger sin generelle veiledningskompetanse som den mest grunnleggende muligheten i sitt arbeid med overvektige barn og deres familier.

Forord

Emnet "Barn og overvekt" ble valgt på bakgrunn av erfaringer fra egen praksis som helsesøster og nyskjerrighet ut over det som kollegaveiledning ga svar på, om hvordan de andre helsesøstrene så på fenomenet "Barn og overvekt".

De ulike aspektene som har vært belyst i denne oppgaven kan hver for seg danne grunnlag for en oppgave, eller samlet, en større avhandling. Det har vært utfordrende å redusere omfanget for å velge ut det mest sentrale for å belyse kompleksiteten i fenomenet overvekt blant barn og unge. Overvekt hos barn og unge er omfattende problematikk og jeg har i arbeidsprosessen med oppgaven gjort den gledelige erfaringen at det foregår mer forebyggende og helsefremmende arbeid på det helsepolitiske nivået enn jeg var klar over. En ny utfordring har vokst frem og det er hvordan denne kunnskapen skal deles med mine helsesøsterkolleger.

Uten hjelp fra veilederne Hilde Larsen Damsgaard og Inger Oellingrath som jeg har sett på som fødselshjelpere i denne prosessen hadde nok ikke denne oppgaven sett dagens lys. Hilde har ikke bare vært jordmor når denne oppgaven skulle forløses, hun har også vært intensiv-veileder hver gang det har oppstått komplikasjoner over et bredt spekter. Enten det har dreid seg om prematur innlevering eller omstrukturering av barnets leie.

Å få være novise og få veiledning hos Inger som er så kunnskapsrik om emnet som denne oppgaven tar opp, har gitt en bratt læringskurve. Man kan si at ernæringsforholdene i svangerskapet med denne oppgaven har vært optimale slik at fødselsvekten kunne estimeres til ønskelige mål for at forløsningen kunne foregå uten ytterligere komplikasjoner.

Jeg har gledet meg til hver veiledning og gledet meg over alle tilbakemeldinger underveis. Jeg har følt meg ivaretatt langt ut over forventning, og veilederne har bidratt til en forløsning med forhåpninger til Apgar score. Takk blir et så lite og tynt ord, men jeg finner ikke på noe bedre. Takk Inger. Takk Hilde.

Ledende helsesøster Marianne Borgen i Skien Kommune skal ha stor takk for moralsk støtte i innspurten.

Takk skal også mine nærmeste ha, vi er mange, ingen nevnt ingen glemt, men især takkes bikkja Tilde.

Skien, høsten 2009

Camilla Volpe

INNHOOLD

1	INNLEDNING	3
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG TEMAETS AKTUALITET	4
1.2	EGEN FORFORSTÅELSE	5
1.3	FORMÅL MED OPPGAVEN OG PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLINGEN	6
1.4	BEGREPSAVKLARINGER OG DEFINISJONER	6
1.4.1	<i>Overvekt</i>	7
1.4.2	<i>Barn og unge</i>	7
1.4.3	<i>Helsesøstere</i>	7
1.4.4	<i>Oppbygging av oppgaven</i>	8
2	OVERVEKT BLANT BARN OG UNGE.....	9
2.1	FOREKOMST	9
2.2	ÅRSAKER OG KONSEKVENSER	11
2.2.1	<i>Fysiologiske, genetiske og medisinske faktorer</i>	12
2.2.2	<i>Psykologiske faktorer</i>	15
2.2.3	<i>Samfunnmessige faktorer</i>	22
2.3	FOREBYGGING OG BEHANDLING.....	31
2.4	TILTAK.....	33
2.5	ET SAMMENSATT FENOMEN.....	39
2.6	HELSESØSTERS ARBEID	41
2.6.1	<i>Kunnskapsgrunnlaget</i>	42
2.6.2	<i>Helsesøstres funksjon og arbeidsoppgaver</i>	43
3	METODE	45
3.1	HOLISTISK OG FENOMENOLOGISK HERMENEUTISK TILNÆRMING	46
3.2	EGET METODEVALG	49
3.3	VITENSKAPELIGE KRAV.....	50
3.3.1	<i>Etiske forhold</i>	50
3.3.2	<i>Intersubjektivitet</i>	51
3.3.3	<i>Reliabilitet</i>	51
3.3.4	<i>Validitet</i>	52
3.4	DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJUET	53
3.4.1	<i>Utvalg</i>	56
3.4.2	<i>Instrumentutvikling</i>	56
3.4.3	<i>Kritikk til intervjuguiden</i>	57
3.4.4	<i>Gjennomføring av intervjuene</i>	58
3.4.5	<i>Analysearbeidet</i>	58
4	HELSESØSTERES KUNNSKAP OM OVERVEKT BLANT BARN OG UNGE.....	60
4.1	FOREKOMST	60
4.2	ÅRSAKER OG KONSEKVENSER	61
4.3	FYSIOLOGISKE/GENETISKE FAKTORER	61
4.4	SOSIALE OG ØKONOMISKE FORHOLD	63
4.5	SAMFUNNS- OG MILJØMESSIGE FAKTORER	70

4.6	PSYKOLOGISKE FAKTORER.....	72
4.7	OVERVEKT BLANT MINORITETER	77
5	UTFORDRINGER HELSESØSTERE HAR I ARBEIDET MED OVERVEKTIGE BARN	83
5.1	EN SAMMENSATT UTFORDRING	83
5.2	SAMFUNNSMESSIGE UTFORDRINGER	85
5.3	TID	86
5.4	KUNNSKAP	87
5.5	ARBEIDSREDSKAP	88
5.6	TVERRFAGLIGE UTFORDRINGER	90
5.7	EGNE UTFORDRINGER	92
6	MULIGHETER HELSESØSTERE HAR I ARBEIDET MED OVERVEKTIGE BARN	94
6.1	FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMEDE ARBEID	94
6.1.1	<i>Forebyggende arbeid.....</i>	<i>94</i>
6.1.2	<i>Helsefremmende arbeid.....</i>	<i>96</i>
6.2	MULIGHETER	97
6.3	MULIGHETER I ET HELHETLIG PERSPEKTIV	99
7	OPPSUMMERING OG KONKLUSJON.....	102
8	REFERANSELISTE	105
	VEDLEGGSLISTE.....	112
	VEDLEGG 1 Informasjonsskriv med forespørsel om å delta i intervjuundersøkelsen	
	VEDLEGG 2 Intervjuguiden	

1 INNLEDNING

Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert overvekt som en av vår tids største trusler for folkehelsen (WHO 2004 Global strategy on Diet, Physical activity and Health). Internasjonale undersøkelser viser økende forekomst av overvekt og fedme hos barn og unge de siste 20-30 årene. Både nasjonalt og internasjonalt gir forekomsten av overvekt bant barn og unge grunn til bekymring, fordi det kan lede til alvorlige sykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes og enkelte kreftformer i voksen alder (Folkehelseinstituttets faktaark (2008) Overvekt hos barn og unge, WHO 2006 Fact sheet about overweight and obesity).

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet nylig utarbeidet nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten om forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. Formålet med retningslinjene er å sikre faglig forsvarlig arbeid med overvekt og fedmeproblematikk, samt å styrke tverrfaglig samarbeid og samarbeid på tvers av nivåene i helsetjenesten. Retningslinjene er sammenfattet i et høringsutkast som i skrivende stund, ifølge Helsedirektoratet, er i slutfasen før det publiseres. Retningslinjene som er et viktig grunnlagsdokument for helsepersonell i utviklingen av arbeidet med overvekt og fedme hos barn og unge, refereres videre i oppgaven som; Retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge (Handeland m.fl. 2008).

På bakgrunn av forskning og politiske føringer, er det også gjennom ulike tiltaksplaner satt i gang arbeid for å forebygge og behandle utvikling av overvekt i befolkningen. Helsedirektoratet har anbefalt at forebygging og behandling av overvekt hos barn og unge først og fremst skal utføres i primærhelsetjenestene. Et sentralt spørsmål vil være hvordan helsesøstre som en del av primærhelsetjenesten er rustet for å møte denne utfordringen. Dette reiser igjen nye spørsmål som for eksempel følgende: (Sosial og Helsedirektoratet 2004, Forebygging og behandling av overvekt og fedme i helsetjenesten s.42).

- Hvilken kunnskap har helsesøstre om overvekt blant barn og unge?
- Hva er utfordringene og mulighetene til denne yrkesgruppen når det gjelder å arbeide forebyggende og helsefremmende med overvektige barn og unge, og deres familier?
- Hvordan kan rådende syn i samfunnet påvirke arbeidet som gjøres når det gjelder overvekt blant barn og unge?

I følge Helsedirektoratet har det vært grunnlag for å hevde at blant andre helsesøstre som er svært aktuelle i forbindelse med forebygging og behandling av overvekt og fedme, ikke har tilstrekkelig kunnskap om forebygging og behandling av overvekt, og at det er behov for å styrke denne kunnskapen (Sosial og Helsedirektoratet 2004, Forebygging og behandling av overvekt og fedme i helsetjenesten s.44). Dette sammen med interessen for å undersøke bakenforliggende forhold som kan påvirke overvektsutviklingen i samfunnet og konsekvenser av overvekt ligger til grunn for valg av tema.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og temaets aktualitet

I en artikkel om utviklingen av overvekt og fedme blant barn og unge i Norge fra 1993 til 2000, påpeker Andersen med kolleger (Andersen, Lillegaard, Øverby, Lytle, Klepp, & Johansson, L. 2005) at forskning på overvekt blant barn og unge i Norge i dag er mangelfull. I en studie av overvekt og fedme blant 4. klassinger i Telemark, "Kostholds- og måltidsmønster, fysisk aktivitet og vektutvikling hos barn i grunnskolen i Telemark" (Heretter referert til som Telemarkundersøkelsen) understreker Oellingrath og kolleger (Oellingrath, Svensen, Reinboth, 2008) også behovet for videre forskning for å kunne forstå årsakene til utviklingen. Slik forskning må være studier over tid, og med forskjellige metodiske tilnærminger for å dokumentere individuelle og samfunnsmessige årsaker. (Oellingrath m.fl., 2008 s. 27)

Både sosioøkonomiske og psykososiale forhold kan bidra til å forstå hvorfor noen blir overvektige. Slike faktorer kan også belyse hvilke konsekvenser overvekt kan ha for den enkelte (Lobstein, Baur, & Uauy 2004 s.18-23, 41-42). Sosioøkonomiske faktorerers aktualitet for å forstå fenomenet overvekt blant barn og unge, gjenfinnes i nyere forskning, data fra et begrenset antall studier tyder på at det finnes sosiale forskjeller i overvekt hos norske barn (Andersen m.fl., 2005, Grødem m.fl. 2008 & Oellingrath, m.fl., 2008). Folkehelseinstituttets ungdomsundersøkelser blant 15-16-åringene viser også sammenheng mellom overvekt og sosioøkonomiske faktorer (Folkehelseinstituttets faktaark (2008) overvekt hos barn og unge). At det er sosiale forskjeller i overvekt fremgår i tillegg av ulike handlingsplaner for forebygging og behandling av overvekt og fedme, som for eksempel Nordisk handlingsplan for bedre helse og livskvalitet gjennom kosthold og fysisk aktivitet (Nordic Council of Ministers 2006 s. 20-22). Andersen og kolleger (2005) konkluderer i sin studie med at det er behov for ytterligere å utdype sosioøkonomiske og psykososiale faktorerers sammenheng med overvekt og fedme (Andersen m.fl., 2005).

Telemarkundersøkelsen, (Oellingrath m.fl., 2008) har identifisert risikogrupper der overvekt og fedme er hyppig forekommende på bakgrunn av opplysninger om foreldrenes utdanningsnivå, familieinntekt, arbeidssituasjon, bosted og familiesituasjon. Resultatene tyder på at det er en større forekomst av overvekt og fedme i enkelte grupper enn i andre. Mødres utdanningsnivå var den faktoren som var sterkest assosiert med overvekt og fedme blant barn i Telemark, sammen med mødrenes arbeidssituasjon. Fedrenes bakgrunn var av mindre betydning. Høyere forekomst av overvekt og fedme hos barn av trygdede og arbeidsledige mødre, skilte foreldre og familier som bodde utenfor byene sammenfalt med at utdanningsnivået hos mødrene i disse gruppene var lavere enn blant mødre i andre grupper (Oellingrath m.fl., 2008 s.25). På grunn av studiens tverrsnittkarakter kunne det ikke konkluderes om årsakssammenhenger. Ut i fra de kvantitative funnene er det aktuelt å studere betydningen av sosioøkonomiske faktorer videre, for å forstå både individuelle og samfunnsmessige forhold som kan ha sammenheng med overvekt og fedme blant barn og unge i Norge.

Mer kunnskap om psykososiale faktorer, er også aktuelt for å forstå fenomenet overvekt blant barn og unge i dagens samfunn bedre. I en studie av overvekt blant ungdom i Oslo (Lien, Kumar,

& Lien, 2007), som blant annet har studert sammenhengen mellom fedme og psykisk helse, ble det funnet en sammenheng mellom psykiske plager som depressive symptomer, dårlig selvbilde og overvekt, spesielt blant jenter. I tillegg til de medisinske konsekvensene av overvekt ble det undersøkt sammenheng mellom depresjon og psykososiale plager. Denne undersøkelsen fant ikke klar sammenheng mellom overvekt og psykiske plager hos gutter. Likevel er det i følge forfatterne grunn til å anta at dersom studien hadde inkludert spørsmål om adferd og venneproblemer ville utslaget for guttene vært på nivå med jentene når det gjelder det totale omfanget av psykiske problemer knyttet til overvekt (Lien m.fl., 2007).

I likhet med Telemarkundersøkelsen var dette en tverrsnittstudie, som ikke slår fast årsakssammenhenger, men også Lien og kolleger (2007) understreker at det er behov for å undersøke videre sammenhengen mellom overvekt og psykisk helse gjennom ulike metodetilnæringer.

Behovet for mer kunnskap om årsakene til overvekt blant barn og unge er bakgrunn for valg av tema. Det at helsesøstre har en sentral rolle i arbeidet med å forebygge overvekt blant barn og unge er også en vesentlig grunn til å fokusere på helsesøstres forståelse av og arbeid med overvekt.

1.2 Egen forforståelse

Etter å ha jobbet som helsesøster i fem år, har problemstillingene rundt temaet barn og overvekt reist flere spørsmål enn svar. Behovet for å kartlegge kunnskap om temaet, og vanskeligheter med å finne entydige tilnæringer har trådt frem. Denne erfaringen har også vært sentral for valg av tema.

Hvem melder bekymring for overvektige barn? Min erfaring er at helsepersonell bekymrer seg for tiltagende forekomst av overvekt blant barn, og hvilke konsekvenser det kan ha for barns utvikling på alle plan. Foreldre til overvektige barn uttrykker også bekymring og usikkerhet rundt problematikken, og lærere uttrykker bekymring for overvektige barn og problemer de møter i skolehverdagen. Ikke minst finner vi bekymring hos overvektige barn selv som tar kontakt med helsesøster fordi de er fortvilte over sin situasjon. Som helsesøster har jeg opplevd at det gjør sterkt inntrykk å være vitne til barns overvinnelser for å sette ord på det de opplever som vanskelig og vondt i forbindelse med sin overvekt. Jeg har også opplevd fortvilelsen over å ikke ha et tilstrekkelig tilbud til disse barna og familiene deres.

Denne erfaringen har reist følgende spørsmål: Hvordan forstår helsesøstere problematikken rundt overvekt? Hva har man som helsesøster til rådighet av tiltak og arbeidsredskap? Hva gjør helsesøstre når de arbeider med overvektsproblematikk? Hvorfor gjør de det? Alle disse spørsmålene retter seg mot problemstillinger på individnivå. Holdninger til overvekt i samfunnet, og forhold som har sammenheng med utviklingen av overvekt i det moderne samfunnet er

strukturelle spørsmål som også kan være relevant å undersøke for å få en helhetlig forståelse av fenomenet overvekt blant barn og unge i dagens samfunn.

1.3 Formål med oppgaven og presentasjon av problemstillingen

Formålet med oppgaven er todelt. Det ene målet med oppgaven er å belyse utvalgte funn fra Telemarkundersøkelsen (Oellingrath m.fl., 2008) gjennom kvalitative dybdeintervjuer med helsesøstre. Det andre målet med denne oppgaven er å få innblikk i hva helsesøstre tenker om og hvilken kunnskap de har om temaet overvekt blant barn og unge, og hvilken situasjon de er i når de skal jobbe med denne problematikken.

Oppgaven har altså en kvalitativ tilnærming til helsesøstres syn på fenomenet overvekt blant barn og unge i Norge i dag. Det er utført en todelt undersøkelse. I første del er det lagt vekt på hva helsesøstre vet om psykososiale og sosioøkonomiske faktorer som kan ha sammenheng med overvekt. Det er også undersøkt om det å ha minoritetsbakgrunn kan ha en sammenheng med overvekt hos barn og unge. Intervjuguidens første del ble utarbeidet på bakgrunn av de nevnte funn av høyere prevalens av overvekt og fedme i enkelte grupper i Telemarkundersøkelsen (Oellingrath m.fl., 2008) som jeg ønsker å utdype gjennom denne kvalitative undersøkelsen.

I den andre delen er det lagt vekt på å finne ut hva helsesøstre ser på som utfordringer i sitt virke når de arbeider med barn og familier som er rammet av overvekt, og hvilke muligheter de opplever at de står overfor.

Det er ikke en målsetting å slå fast noen sannheter, men ved hjelp av eksisterende forskning å redegjøre for mange ulike faktorer som kan belyse fenomenet overvekt i dagens samfunn. Hensikten er å undersøke om helsesøstre har kunnskaper og erfaringer som gjør dem i stand til å oppfylle Helsedirektoratets målsetting om å være en sentral aktør på den arenaen som i første rekke skal forbygge og behandle overvekt og fedme blant barn og unge i Norge i dag.

Videre er hensikten å undersøke om helsesøstrene har erfaringer som kan bidra til å forbedre egen praksis, både for dem selv, og for de barna og familiene som lider av overvekt.

På bakgrunn av det ovennevnte er følgende problemstillinger utviklet

- ”Hva vet helsesøstere om overvekt blant barn og unge?”
- ”Hvilke utfordringer og muligheter har helsesøstere i arbeidet med overvektige barn?”

1.4 Begrepsavklaringer og definisjoner

Sentrale begreper knyttet til problemstillingene er barn, unge, overvekt, og helsesøstre. Tett knyttet til helsesøstervirket er også begrepene forebyggende og helsefremmende arbeid, som vil bli redegjort for både i forbindelse med kapittelet om forebygging og behandling, og i kapittelet om helsesøstres arbeid.

1.4.1 Overvekt

I nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge er overvekt og fedme definert uti fra kroppsmasseindeks (KMI). KMI beregnes ved å dividere vekten med kvadratet av høyden på individet. Barn har redusert skjelett og muskelmasse før puberteten, samtidig som jenter er tidligere utviklet enn gutter (Handeland m.fl., 2008 s.11). Internasjonalt anbefales det derfor kjønns og aldersjusterte grenser for overvekt og fedme hos barn fra 2 til 18 år ut i fra IOTFs grenseverdier for overvekt og fedme (Lobstein, Baur & Uauy 2004 s. 12-15). Iso- KMI tabellen er justert for alder og kjønn, og en iso-KMI over 30 tallet vurderes som fedme grad I hos barn. Det finnes per i dag ikke KMI- skalaer spesielt utviklet for norske barn, og i forskningssammenheng brukes derfor de internasjonale standardene nevnt over. Et annet mål for overvekt er midjemålet, men der er ikke nasjonale eller internasjonale standarder for barn definert foreløpig (Handeland m. fl. 2008 s.11).

Percentilskjemaet er et kurvediagram som varierer med kjønn, og brukes i helsetjenestene for å vurdere høyde og vektutviklingen fra barn blir født til de er fullvoksne. Høyde, vektutviklingen og forholdet mellom disse vurderes ved hjelp av kurver.

1.4.2 Barn og unge

I følge FNs barnekonvensjon er barn alle mennesker under 18 år (FNs barnekonvensjon 2005 s.32) I andre sammenhenger er man barn frem til puberteten, deretter ungdom frem til tidlig voksen alder. I medisinsk sammenheng vurderes barn og unge ut i fra sin biologiske alder, det vil si den fysiologiske utviklingen fremfor den kronologiske alderen fordi det er store variasjoner spesielt i forhold til pubertetsutvikling (Lobstein m.fl., 2004 s.16). Som barn og unge i oppgavens sammenheng dreier det seg om de under 18 år.

1.4.3 Helsesøstere

Helsesøstere er offentlig godkjente sykepleiere som gjennom en ettårig videreutdanning henter kunnskap fra mange fagområder for å stå rustet til folkehelsearbeid i kommunene. Utdanningens mål er å gi et grunnlag for drive sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid blant barn og unge, deres familier og nærmiljø (Glavin & Kvarme 2003 s. 88).

Helsesøsters mandat og virksomhet reguleres av helselovgivningen, og beskrives spesielt i forskrift nr. 450, Om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjenesten. Helsesøsters arbeid inngår i helsetjenestens førstelinje, og defineres som spesialisthelsetjeneste, med mange funksjons og ansvarsområder.

Myndighetene har gitt helsesøstre følgende oppgaver ut i fra § 1-1:

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal i et tverrfaglig samarbeid bidra til å skape et godt oppvekstmiljø for barn og ungdom gjennom tiltak for å styrke foreldrenes mestring av foreldrerollen, fremme barns og ungdoms lærings- og utviklingsmiljø og bidra til å legge til rette for godt psykososialt og fysisk arbeidsmiljø i skolen. Tjenesten skal også bistå gravide som går til kontroll i tilknytning til helsestasjon under svangerskapet og i barseltiden. Videre er formålet med tjenesten å bidra til en mer helsefremmende livsstil i målgruppene. (Lovdata FOR 2003-04-03 nr 450)

”Det legges vekt på at helsestasjons- og skolehelsetjenesten har potensial til å nå fram til alle barn og unge og derfor er spesielt viktig i arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller.”
(Stortingsproposisjon 1 2008-2009 s.66)

1.4.4 Oppbygging av oppgaven

I dette kapitlet, innledningen, gjøres det rede for noen av de komplekse og sammensatte faktorene som er knyttet til fenomenet overvekt blant barn og unge, og overvektsproblematikkens aktualitet i samfunnet i dag. Overvektsproblematikk er et sentralt tema i helsesøstres virke og en begrunnelse for valg av tema og problemstillinger finnes i innledningen.

I kapittel 2 presenteres teoretiske perspektiver som er knyttet til problemstillingene og temaet. Her presenteres de vanligste forklaringsmodellene innenfor overvektsproblematikken, og det redegjøres for ulike perspektiver på temaet overvekt, samt et utvalg av forskning om overvekt som kan relateres til barn og unge.

En definisjon av vitenskap er at det er ”en systematisk produksjon av ny kunnskap”, men det kan være vanskelig både for forskeren og for leseren å avgjøre hvorvidt kunnskapen som er resultatet av en undersøkelse er ny, og å vurdere studiens vitenskapelige betydning. For å avhjelpe dette kan det være nødvendig å presentere allerede eksisterende kunnskap om emnet som behandles (Kvale 2009 s. 53) Oppgavens første halvdel består derfor av presentasjon av teori og forskning som allerede fins om emnet overvekt, og aspekter som kan belyse det komplekse samspillet mellom faktorer som påvirker utvikling av overvekt blant barn og unge i dagens samfunn. I dette kapitlet redegjøres det også for helsesøstres virke.

Kapittel 3 er metodekapitlet hvor jeg redegjør for vitenskapsteoretisk ståsted, metodevalg, innsamling og bearbeidelse av datamaterialet.

I kapitlene 4- 6 analyseres det empiriske materialet opp i mot det valgte teorigrunnlaget. Funnene drøftes i lys av problemstillingene og de teoretiske perspektivene som presenteres i kapittel 2.

Kapittel 7 er en oppsummering av de foregående kapitlene med konklusjoner.

2 OVERVEKT BLANT BARN OG UNGE

I følge Helse og omsorgsdepartementet finnes det ingen allmenngyldig definisjon på hva som inngår i begrepet medisinsk og helsefaglig forskning, men det legges vekt på nødvendigheten av å fremskaffe kunnskap for å utvikle gode tiltak.

En god helsetjeneste, effektiv sykdomsbehandling og virksomme helsefremmende tiltak forutsetter sikker kunnskap. Slik kunnskap fremskaffes gjennom systematiske, vitenskapelige undersøkelser. Med raskt voksende forventninger til helsetjenesten og større krav til åpenhet, har interessen for medisinsk og helsefaglig forskning økt i befolkningen.

Departementet legger vekt på nødvendigheten av slik forskning, som en forutsetning for god helse i befolkningen (NOU, 2005:1s. 13). Slik forskning ligger til grunn for forståelsen av både årsaksforklaringer og kunnskap om konsekvenser av overvekt.

2.1 Forekomst

I følge WHO var omlag 20 millioner barn under 5 år overvektige på verdensbasis i 2005. Fordi internasjonale målestandarder for barn mellom 5 og 14 år fortsatt er under utvikling fins det ikke sikre tall for denne aldersgruppen. Derimot anslås tallet på overvektige mennesker over 15 år til å være 1.6 milliarder på verdensbasis (WHO 2006 Fact sheet about overweight and obesity).

I følge fakta om overvekt blant barn og unge fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt, er det ut fra dagens opplysninger om norske barn, ca. 15-20 % av barn i alderen 8-12 år som har overvekt eller fedme. ”Om lag 8-14 % av norske 15-16-åringene har overvekt eller fedme. Forholdsvis flere 15-årige gutter enn jenter har fedme, dette er motsatt av hva man fant hos 9-åringene” Dette illustreres i tabellen nedenunder (Folkehelseinstituttets faktaark (2008) Overvekt hos barn og unge).

Tabell over KMI for 9- og 15-åringene: Gjennomsnitt og andel med overvekt og fedme, 2005-06. Kilde: Helsedirektoratet/Norgeshelse.

	Jenter 9 år	Gutter 9 år	Jenter 15 år	Gutter 15 år
Høyde	138,3 cm	139,9 cm	165,9 cm	175,8 cm
Vekt	33,8 kg	34,0 kg	58,3 kg	64,6 kg
KMI	17,5 kg/m ²	17,3 kg/m ²	21,2 kg/m ²	20,8 kg/m ²
Andel totalt overvekt og fedme	19,4 %	15,6 %	12,9 %	13,6 %

Når det gjelder sosiale, kulturelle og etniske forskjeller, er det i følge Folkehelseinstituttet i en undersøkelse i Oslo i 2005 vist at det er store forskjeller mellom bydelene. I bydelene på vestsiden var det blant 8-12-åringer henholdsvis indre vest og ytre vest, 19 og 15 % overvektige. I indre øst og en nyere drabantby var andelen overvektige henholdsvis 29 og 26 %. I Helsedirektoratets undersøkelse av fysisk aktivitet blant barn og unge i Norge ble det funnet forskjeller for 9-åringer i ulike deler av Oslo, men ikke for 15-åringer (Folkehelseinstituttets faktaark (2008) Overvekt hos barn og unge).

Innvandrerungdom fra andre vestlige land, Øst-Europa og Midtøsten/Nord-Afrika hadde høyest forekomst av overvekt, viser en undersøkelse som registrerte vekt og høyde ved hjelp av spørreskjema (Folkehelseinstituttets faktaark (2008) Overvekt hos barn og unge).

Forekomsten av overvekt hos barn ser ut til å være på samme nivå i Norge som i Norden og Vest-Europa for øvrig, med unntak av landene rundt Middelhavet, der forekomsten er noe høyere (Folkehelseinstituttets faktaark (2008) Overvekt hos barn og unge). BMI blant barn og unge har økt betydelig siden 1975 (Sosial- og Helsedirektoratet 2004 Forebygging og behandling av overvekt og fedme i helsetjenesten s. 9). Gjennomsnittlig vekt for levende fødte norske barn er rundt 3500 gram. Fødselsvekten har vist en betydelig økning siden slutten av 1960-tallet, for eksempel er andelen av barn med fødselsvekt over 4,5kg doblet. Fødselsvekten økte noe i 1990-årene, men fra år 2000 snudde denne utviklingen. Fødselsvekten er nå på samme nivå som på 1980-tallet (Folkehelseinstituttet, faktaark (2008) Fødselsvekt). I følge Helsedirektoratet viser beregninger at antall barn som antas å ha behov for behandling som følge av overvekt har økt sterkt. Med utgangspunkt i niåringer vil et sted mellom 1800- 2400 barn være behandlingstrengende som følge av stor overvekt bare på dette alderstrinnet. Et minimumsanslag viser at over 7000 barn fordelt på alle alderstrinn, pr. år vil ha behov for behandling (Sosial og Helsedirektoratet 2004 Forebygging og behandling av overvekt og fedme i helsetjenesten s. 23).

Telemarkundersøkelsen (Oellingrath, m.fl., 2008), er en kvantitativ studie for å undersøke forekomsten av overvekt og fedme blant barn i Telemark, basert på objektive målinger av vekt og høyde. Dataene relateres til foreldrenes utdanningsnivå, inntekt, arbeidssituasjon, bosted og familiesituasjon.

Telemarkundersøkelsen består av to tverrsnittstudier; våren 2007 på 4. klassetrinn og oppfølging våren 2010 på 7. klassetrinn. Målet har vært å beskrive forekomsten av overvekt blant barn, og sammenlikne resultatene med tall fra andre nasjonale studier. Videre har målet vært å identifisere potensielle risikogrupper der overvekt og fedme er hyppig forekommende basert på opplysninger om foreldrenes utdanningsnivå, familieinntekt, arbeidssituasjon, bosted og familiesituasjon. Ut i fra undersøkelsen er det funnet at forekomsten av overvekt på 4. klassetrinn i Telemark ligger på et gjennomsnitt av det som er rapportert fra andre fylker og på landsbasis siden 2000 (Oellingrath m.fl., 2008 s. 27).

Undersøkelsen viste ikke forskjeller i forekomsten av overvekt blant barn av foreldre fra ulike inntektsgrupper, men det var betydelige forskjeller i forhold til mødrenes utdanning og

arbeidssituasjon. Barn med arbeidsledige eller trygdede mødre skilte seg ut, med 27 % overvektige og 11 % fedme. Hos barn med utarbeidende mødre var 17 % av barna overvektige, og 3 % hadde fedme, mens 8 % av barn av hjemmearbeidende mødre var overvektige og 5 % hadde fedme (Oellingrath m.fl., 2008 s.22-23).

Det ble funnet signifikante forskjeller i KMI- klasser mellom utdanningsnivåer for mødre, men ikke for fedre. 29 % av barna som hadde mødre med kun grunnskole hadde overvekt eller fedme, 21 % av barn med mødre som hadde videregående utdanning hadde overvekt eller fedme, og 17 % av barn med mødre som hadde høyere utdanning hadde overvekt eller fedme (Oellingrath m.fl., 2008 s.22).

Det var også betydelige forskjeller mellom de barna som hadde gifte eller samboende foreldre, og de som hadde skilte foreldre. Blant barn som levde sammen med begge foreldrene var 16 % overvektige og 3 % hadde fedme, mens hos barn av skilte foreldre var 19 % overvektige og 6 % hadde fedme (Oellingrath m.fl., 2008 s. 23).

Det har vært grunn til å anta at den faktiske forekomsten av overvekt kan være noe høyere enn tallene viser. I Telemarkundersøkelsen var gruppen med lavere utdanning noe underrepresentert sammenliknet med de med høyere utdanning, og det er antatt at belastningen ved å delta i undersøkelsen, og å bli veid på skolen kan ha ført til at noen overvektige barn har unngått å delta (Oellingrath m.fl., 2008 s. 24).

Til tross for mer helseopplysning og større tilgang til sunt kosthold enn noen gang historisk sett er overvektsutviklingen i samfunnet økende. I Stortingsmelding nr. 16 (2002 - 2003) står det at våre egne valg sammen med samfunnsstrukturer spiller en stor rolle for helse- og sykdomsutvikling (Stortingsmelding nr. 16 (2002 - 2003) Resept for sunnere Norge s. 6) Hva som påvirker våre egne valg i sett i sammenheng med eksisterende samfunnsstrukturer, er kanskje et av de viktigste spørsmålene i kjølvannet av den økende forekomsten av overvekt.

2.2 Årsaker og konsekvenser

For å belyse kompleksiteten og samspillet mellom ulike faktorer som kan ha betydning for utvikling av overvekt og fedme blant barn og unge, redegjøres det i dette kapittelet for de mange ulike faktorene som spiller inn. De ulike aspektene, som spiller inn både for utvikling av overvekt og fedme og konsekvenser som følger av overvekt og fedme, har ofte sammenfallende symptomer og sees derfor i sammenheng. Faktorer som samfunns- og miljømessige, psykologiske, fysiologiske og biologiske faktorer spiller inn sammen med medisinske faktorer for å forstå fenomenet overvekt.

I dette kapittelet gjennomgås et utvalg av årsaksforklaringer og mulige konsekvenser av overvekt og fedme ut i fra de ovenfor nevnte perspektivene. Overvekt og fedme kan forstås ut i fra flere ulike perspektiver og forklaringsmodeller. Derfor belyses det i dette kapittelet noen av de mest

vanlige, deretter belyses aspekter rundt forebygging og behandling. Avslutningsvis i dette kapittelet redegjør jeg for helsesøstres virke.

2.2.1 Fysiologiske, genetiske og medisinske faktorer

Kort sagt som det er formulert i Telemarkundersøkelsen (Oellingrath m.fl., 2008): ”Den fysiologiske årsaken til overvekt og fedme er ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk. Dette skyldes en blanding av genetisk disposisjon, et kosthold med mye energitett mat og lav fysisk aktivitet (Oellingrath m.fl., 2008 s. 19). Konsekvensene av en slik ubalanse mellom energiinntak og forbruk er i første omgang overvekt, deretter gir den økt risiko for overvektsrelaterte sykdommer.

Lagring og forbruk av energi i menneskekroppen styres av flere ulike reguleringsystemer som sender ut signaler i kroppen om sult og metthetsfølelse, som sendes ut av nervesystemet. Det er sammensatte signalsystemer som også samarbeider med hormonelle systemer.

Fordøyelsessystemet samhandler med både nervesystemet og de hormonelle systemene i forbindelse med sult og metthetsregulering. En rekke mekanismer er også involvert i lagring og forbruk av energi, og de er også knyttet til genetiske forhold (Astrup, Dyerberg & Stender 2005 s. 27-30)

I Telemarkundersøkelsen påpekes det at ”Vektutviklingen blant barn og unge er særlig bekymringsfull fordi overvekt og fedme ofte fortsetter i voksen alder” (Oellingrath m.fl., 2008 s.19) Fysiologiske årsaker til at barn blir overvektige er derfor sentrale å forstå.

I en artikkel om ernæring i fosterlivet og fremtidig helse, har Henriksen med kolleger (2005) betydelige holdepunkter for at det er en sammenheng mellom ernæring i fosterlivet og risiko for senere sykdom. Med fødselsvekten som indikator på ernæringen i fosterlivet, er det godt dokumentert at både lav og høy fødselsvekt er knyttet til overvekt og en rekke andre sykdommer som er assosiert med overvekt senere i livet.

Studier har vist at både høy og lav fødselsvekt har vært assosiert med høy KMI og abdominal fedme i voksen alder, selv om sammenhengen ikke alltid har vært entydig (Juliussen 2009 m.fl., s.17-18). Også Lobstein med kolleger (2004) har påvist at fostermiljøet spiller en viktig rolle for senere utvikling av overvekt. Evnen til å lagre fett begynner allerede tidlig i fosterlivet. I et utviklingsforløp vil barn ha flere perioder hvor økning av fettmassen er spesielt pågående. Rundt fire til seks års alder har barn igjen en periode hvor det pågår en økning i fettmassen deretter foregår det i forbindelse med puberteten. Den fysiologiske forskjellen i de sistnevnte to vekstperiodene er at i den første økes volumet i eksisterende fettceller, i den neste kan det skje en økning i antall fettceller (Lobstein m.fl., 2004 s.33-37).

Ulike sykdommer og tilstander er knyttet til forhold på cellenivå. For eksempel vil sykdommen hypotyreose kunne føre til en nedgang i antall fettceller. Økt tilgang til veksthormoner viser økt volum i fettceller. Insulinreseptorer fins i fettvev, sammen med en rekke andre

hormonaktiviteter. En av fettcellers spesielle funksjon er cellens utskillelse av leptin, som er en signalsubstans som informerer hjernen om energireserver. Det er funnet en direkte sammenheng mellom fettcellevolum og utskillelse av leptin. Fettvev er altså ikke bare et energilager, men like mye et aktivt hormonelt organ som påvirker sirkulasjonssystemet, fordøyelsessystemet, fruktbarhet og kjønnsmodning. Fettvev produserer østrogen og kan føre til for tidlig pubertet hos jenter.

Pubertetsutvikling kjennetegnes av betydelige endringer i kroppssammensetning for begge kjønn. Normal pubertet er også assosiert med insulinresistens som kompenseres med økt følsomhet for utskillelse av insulin i forbindelse med glucoseinntak. Ungdomstiden er derfor en av de mest sårbare aldrene for å utvikle overvekt fysiologisk sett. Gutter har en tendens til å lagre fett rundt midjen, men tape fett perifert etter hvert som de modnes. Det er et uheldig mønster med tanke på diabetes og hjerte/karsykdommer.

Energi behovet hos barn og unge i vekst har to komponenter. Det trengs riktig sammensatte næringsstoffer for å sikre vekst og utvikling, og det er behov for byggestoffer til lagringsenergi. (Lobstein m.fl., 2004 s. 33). Lobstein og kolleger (2004) viser i likhet med Andersen (Andersen 2006 s. 40) til at det er en sammenheng mellom det å la være å spise frokost og vektøkning. I følge Lobstein er det usikkert om det skyldes fysiologiske mekanismer eller uheldige spisemønstre generelt med mye energitett mat (Lobstein m.fl., 2004 s.45). Energiforbruk er en like viktig faktor for utvikling av overvekt og fedme som energiinntak. Aktivitetsnivået påvirker fysiologiske prosesser i kroppen, og det er ikke bare et spørsmål om kaloriforbruk. Trening påvirker stoffskiftet helt ned på cellenivå, og hjelper aktive personer til å regulere energiinntaket i forhold til forbruket. Kostens sammensetning påvirker også stoffskiftet, stort inntak av mettede fettsyrer kan for eksempel påvirke insulinfølsomheten i følge retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt (Handeland m. fl. 2008 s.16-18).

En gruppe norske forskere (Wangensteen, Undlien, Tonstad, & Retterstøl, 2005) har studert genetiske aspekter ved fedme. I likhet med Lobstein og kolleger (2004) som refererer til en studie av adopterte barn, hvor samsvaret mellom overvekt var større med biologiske foreldre enn med adoptivforeldre, har de funnet ut at arv bidrar i betydelig grad ved utvikling av fedme. De norske forskerne (Wangensteen m.fl., 2005) fant individuelle forskjeller i evne til å forbrenne eller lagre overskuddsenergi som fett, gjennom tvillingstudier som har påvist høy arvelighet. De påpeker at det er miljøet som har endret seg, men i våre dager vil noen på grunn av sine gener være mer utsatt for å utvikle overvekt eller fedme. Genetikken forklarer en god del av de individuelle forskjellene for hvordan miljø og livsstil påvirker vektutvikling hos enkelte. De konkluderer med at fedme hos de fleste er multifaktoriell, og at samspillet mellom arv og miljø spiller en betydelig rolle (Wangensteen m.fl., 2005).

Andre biologiske risikofaktorer som har sammenheng med overvekt og fedme er ulike syndromer hvor overvekt er en del av det kliniske bildet, som for eksempel Prader Willis syndrom, Downs syndrom, andre veksthemninger og funksjonshemninger (Lobstein m.fl, 2004

s. 40). Sykdommer og skader i hodet eller hormonsystemer kan også føre til utvikling av overvekt og fedme. Det samme kan bivirkninger av enkelte medisiner fremgår det av retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt (Handeland, m.fl., 2008 s.14-15). Handeland (2008) påpeker i følgende sitat at overvekt i barneårene kan føre til sykdom i voksen alder.

Den største risikoen ved fedme i barneårene er vedvarende fedme og utvikling av følgesykdommer i voksen alder. Jo eldre og mer overvektig barnet eller ungdommen er, jo større er risikoen for at overvekten vil vedvare og etter hvert gi følgesykdommer (Handeland m.fl., 2008 s. 33)

Hvilke sykdommer og når de debuterer avhenger av graden av overvekt, men i følge IASO (International Obesity Task Force) har kliniske studier av overvektige barn nå vist at en rekke alvorlige medisinske tilstander viser seg hos overvektige barn og er en trussel mot deres helse og velvære (Lobstein m.fl., 2004 s. 23). Lobstein har delt overvektsrelaterte diagnoser i syv hovedgrupper av somatiske og medisinske konsekvenser av overvekt, i tillegg til ulike kreftformer.

- Respiratoriske konsekvenser av overvekt; Astma, obstruktivt søvnapnoesyndrom med påfølgende tretthet, tungpustethet, ikke mulig å trekke pusten helt inn på grunn av fettavleiringer i mellomgulvet.
- Ortopediske konsekvenser av overvekt; Epifysiolyse i hofteledd som er smertefullt, plattfothet, Tibia vara (skinneben i vekst bøyer seg under belastning), belastningskader i ankler og føtter.
- Nevrologiske konsekvenser av overvekt kan være forøket trykk i skallen forårsaket av pseudotumor.
- Gastroenterologiske konsekvenser av overvekt; Fettleversykdom (kan være irreversibel), reflux, halsbrann, gallestein og betennelse i bukspyttkjertelen.
- Hormonelle konsekvenser av overvekt; Insulinresistens, Diabetes Type 2, for tidlig pubertetsutvikling hos jenter og forsinket pubertetsutvikling hos gutter. (Fettvev produserer østrogen) økning hos unge jenter av polycystisk ovariesyndrom.
- Hjerne og karlidelser; Metabolsk syndrom i utvikling, (en sammenheng mellom insulinresistens og hjerne/kar lidelser som høyt blodtrykk), begynnende åreforkalkning, venstresidig hjertesvikt.

Andre plager som kan ledsage overvekt er varmeintoleranse, strekkmerker i huden, vanskeligheter med å tørke seg på toalettet, økt brystvev hos gutter, og pseudo-mikropenis, en normal penis gjemt i fettvev (Lobstein m.fl., 2004 s. 23). Det er i flere store, prospektive kohortstudier funnet at økt kroppsmasseindeks er en uavhengig risikofaktor for hjerneslag

(Mathiesen, Njølstad, & Joakimsen, 2007). Abdominal overvekt eller økt bukomfang er en større risikofaktor enn kroppsmasseindeks. Fett som lagres i buken tas lettere opp i blodbanen og kan forårsake avleiringer i åreveggene, det er dermed farligere enn fett som lagres rundt seteparti og lår. Metabolsk syndrom som er kombinasjonen av diabetes, insulinresistens (insulinoverskudd), overvekt, dyslipidemi (forstyrrelse i fettstoffskiftet) og hypertensjon (høyt blodtrykk) utgjør samlet risiko for hjerneslag. Metabolsk syndrom er assosiert med overvekt. Risiko for hjerneslag er også økt ved obstruktivt søvnapné syndrom som igjen er assosiert med økt forekomst av overvekt (Mathiesen m.fl., 2007).

International Agency for research on cancer (IARC) er WHO's ledende kilde for informasjon om kreft. I følge WHO's faktaark Nr 297 om kreft, beskrives sammenhengen mellom kreft og overvekt slik; "Being overweight or obese are major risk factors for cancer" (WHO Fact sheet about cancer 2009).

I en artikkel om søvn og utvikling hos barn (Sørensen 2003), graderes søvnbehovet som like grunnleggende som nødvendigheten av å spise og drikke. Søvn har med immunfunksjon, hormonbalanse, metabolisme og hjerte- og karsystem å gjøre. Søvnmangel assosieres med høyere puls, nedsatt glukosetoleranse og nedsatt insulinrespons. Totalt kortisolnivå (kortisol er et stresshormon) i plasma og fritt kortisol i spytt øker på ettermiddagen og tidlig på kvelden ved alle former for søvnmangel. Dette settes i sammenheng med at mangel på søvn kan medføre risiko for utvikling av insulinresistens, fedme og høyt blodtrykk. Ungdommer som sover dårlig, er i følge Sørensen oftere engstelige, har dårligere selvbilde, konsentrasjonsvansker, dårligere evne til å løse personlige problemer, og har oftere depressive symptomer enn dem som sover godt. Symptomene på søvnlidelser og psykiatriske lidelser overlapper hverandre. Sørensen konkluderer med at det er en sammenheng mellom ulike søvnlidelser og økt kroppsmasseindeks. Sørensen viser også til hvordan søvnmangel og kronisk sykdom, overvekt og mobbing hos barn, kan settes i sammenheng med faktorer som dannelse av selvbilde, og mental og atferdsmessig utvikling (Sørensen 2003). Sørensen påpeker med dette mulige sammenhenger mellom fysiologiske årsaker til overvekt og psykososiale konsekvenser som kan oppstå.

2.2.2 Psykologiske faktorer

I følge Sosial og helsedirektoratets veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (Sosial og Helsedirektoratet 2007 Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene s.3) er en god psykiske helse grunnleggende for alle barn og unge. Å skape gode oppvekstvilkår og sikre barns rettigheter er sentralt. Psykisk helse er definert som et satsningsområde for å oppnå dette. Det er også viktig å styrke tilbudet til barn og unge som er i risiko for å utvikle psykososiale problemer eller psykiske lidelser. Her defineres innledningsvis tre begrepsavklaringer som er knyttet til dette arbeidet.

Psykisk helse referer til utvikling av og evne til å mestre tanker, følelser, adferd og hverdagens krav i forhold til ulike livsaspekter. Det handler om emosjonell utvikling, evnen til velfungerende sosiale relasjoner, evne til fleksibilitet med mer. Fravær av psykiske vansker er ikke

ensbetydende med god psykisk helse. **Psykiske vansker** referer til symptombelastning som for eksempel grad av angst, depresjon, søvnevansker osv. Vanskene vil, avhengig av type og omfang av symptomer, i ulik grad påvirke daglig fungering i forhold til mestring, trivsel og relasjon til andre mennesker. Symptombelastningen behøver ikke være så stor at det kan stilles en diagnose. Psykiske vansker kan være normale reaksjoner forbundet med en vanskelig livssituasjon. **Psykiske lidelser**, referer til psykiske vansker av en slik type at det kvalifiserer til en diagnose (Sosial og Helsedirektoratet (2007 s. 67)

I følge den norske psykiateren Skårderud har overvekt og fedme hittil ikke vært en psykiatrisk diagnose, men har vært betraktet som somatiske (kroppslige) tilstander med mulige psykiske konsekvenser. Ved å forstå overspisingslidelser som en ny kategori av spiseforstyrrelser, er man i ferd med å forklare enkelte former for overvekt som primære psykiske tilstander. (Skårderud 2000 s.16) Spiseforstyrrelser er ikke en statisk diagnosegruppe, hvor man er absolutt syk eller absolutt frisk, mange er såkalt atypiske, eller de beveger seg mellom ulike spiseforstyrrelser. De atypiske eller de med få eller lite tydelige symptomer er ikke nødvendigvis mindre plaget. (Skårderud 2000 s. 13) Det er nærliggende å reise spørsmål om overspisingslidelser kan ha vært underdiagnostisert.

Den norske psykologen Sandsengen ved Obecitaspoliklinikken ved St. Olavshospital i Trondheim har rettet søkelyset mot utvikling av overvekt og psykologiske fenomener. I følge Sandsengen er forskning på psykisk helse og overvekt er et forholdsvis nytt felt i Norge. Hun hevder at det alltid er psykologiske prosesser knyttet til overvekt, men at det ikke er ensbetydende med at det kan diagnostiseres spiseforstyrrelser i alle tilfeller av overvekt (Sandsengen 2009).

Sandsengen peker på to måter å vurdere sammenhengen mellom utviklingen av overvekt og psykiske problemer. Det ene er spørsmålet om bestemte typer psykiske problemer bidrar til at folk blir overvektige. Det andre er spørsmålet om hvorvidt man kan få psykiske problemer som en følge av overvekt (Sandsengen 2009). Det hun påpeker er at symptomet overvekt kan være både en årsak og en konsekvens.

Det er likevel, i følge Sandsengen (2009), større forekomst av spiseforstyrrelser blant de som har sykelig overvekt enn i den generelle befolkningen. Blant overvektige dominerer spiseforstyrrelsen patologisk overspisingslidelse, som kjennetegnes av det å spise store mengder mat selv om man ikke er sulten, samt føle forakt, depresjon eller ha skyldfølelse etter overspisingsepisodene. Andre psykiske lidelser som kan ligge bak utvikling av overvekt kan være depresjon, angst og personlighetsforstyrrelser i tillegg til psykologiske problemer som negativt selvbilde, misnøye med egen kropp og dårlig impulskontroll (Sandsengen 2009).

I følge retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme blant barn og unge, refereres det til studier hvor man har satt et skille mellom selvfølelse og kroppsbilde. Studiene viste at sammenhengen mellom kroppsbilde og overvekt er mye tydeligere enn sammenhengen mellom overvekt og selvfølelse. Det er funnet at det å bli ertet på grunn av vekt og kropp i barneårene har en negativ effekt på både kroppsbilde og selvfølelse senere i livet. Det

legges derfor vekt på at overvektsbehandling ikke bare handler om vektkontroll, men at det også inkluderer det psykologiske aspektet, og har som mål å bedre barnets kroppsbilde og selvfølelse (Handeland, m.fl., 2008 s. 19).

Den engelske professoren Crisp har i en årrekke forsket på spiseforstyrrelser. Han har en innfallsvinkel som går langt ut over kun en medisinsk sykdomsmodell i sin tilnærming til spiseforstyrrelser. Crisp påpeker sammenhengen mellom mange ulike perspektiver, som det biologiske, det sosiale, det samfunnsmessige og det kulturelle perspektivet på spiseforstyrrelsen anoreksi. Dette legger han vekt på i sin bok om forståelse og behandling av spiseforstyrrelsen anoreksia nervosa, noe som gjenspeiles i bokens tittel: "Anoreksia – en biologisk løsning på et eksistensielt problem?" (Crisp 1996 s. 7) Denne flerfaktorielle forståelsen av spiseforstyrrelser er overførbar også til andre former for spiseforstyrrelser.

I følge den norske psykiateren Skårderud er det svært forskjellige mennesker som har spiseforstyrrelser, men det fins fellestrekk, noen psykologiske grunntrekk som går igjen. De to psykologiske fenomenene lav selvfølelse og opplevelsen av å ikke ha kontroll er helt sentrale. (Skårderud 2000 s. 21) Tilfredse mennesker med tro på seg selv, og med evne til å tåle skuffelser og til å trøste seg selv utvikler sjeldent spiseforstyrrelser. Overspisingslidelser er i følge Skårderud spiseforstyrrelser som i enda sterkere grad enn spisevegringslidelser fører til en forsterkning av den lave selvfølelsen og problemer med selvforakt og skam. Å ta kontroll over maten og kroppen når følelsen av indre kaos og forvirring dominerer, kan bli en løsning som etter hvert fører til at løsningen blir problemet. "Spiseforstyrrelsen blir en dobbelt kontrollsvikt, man mister kontrollen over det som skulle hjelpe til med å gi mer kontroll" (Skårderud 2000 s. 23).

Selvskading er et felt innenfor psykologien som det finnes mindre både klinisk erfaring og vitenskapelig empiri om enn for eksempel spiseforstyrrelser. En definisjon på selvskading, er at det er "En direkte intendert ødeleggelse eller endring av eget kroppsvev uten selvmordsintensjon" – en repetitiv sådan, ofte preget av ritualisering. Nye empiriske studier bekrefter en sterk sammenheng mellom selvskading og spiseforstyrrelser. Det psykologiske behovet for kontroll er sterkt knyttet til både selvskadingen og spiseforstyrrelsens psykopatologi. Overspising beskrives som en teknikk for å "koble seg av affekter". Det oppgis høyere forekomst av selvskading ved overspisingslidelser enn ved spisevegring. Både selvskading og spiseforstyrrelser representerer svikt i affektreguleringen, begge deler er forsøk på affektiv mestring. Den selvdestruktive adferden i forbindelse med spiseforstyrrelsen kategoriseres som en "ikke direkte selvskading". Fenomenene selvskading og spiseforstyrrelser diskuteres oftest adskilt i vitenskapelig litteratur, men empiriske studier bekrefter at klinikere ofte ser begge typer selvdestruktiv adferd hos en og samme person (Skårderud & Sommerfeldt 2009).

I Danmark ledet psykolog Tine Heede, som har mange års erfaring med psykoterapi med barn og unge et forskningsprosjekt. I følge Heede er forskning på psykiske faktorer betydning for overvekt er forholdsvis nytt, og mangelfullt også i Danmark. Heede viser til at det i Danmark

statistisk sett, er en overhyppighet av sosiale, psykiske og psykiatriske problemer hos mennesker med stor overvekt. Heede vil likevel ikke på bakgrunn av dette si at man kan snakke om at overvektige mennesker har spesielle personlighetsstrukturer som for eksempel ”svak karakter”, ”grådighet” eller liknende. Hennes erfaring er i likhet med Skårderud at det er forskjellige mennesketyper og at de er overvektige av forskjellige årsaker, som kan gjenfinnes i tidlig utvikling (Ørntoft, Madsen, Heede, Wetterkopp, & Bjerregrav 2005 s. 145, 146).

Heede sier at overvektige ofte er tilbøyelige til å spise raskere enn normalvektige gjennom hele måltidet, og også til å spise uten å være sultne. På samme måte som Crisp hevder hun at mye tyder på at spisemønstre dannes tidlig i barndommen. For eksempel kan vanen med å spise når man ser på TV ubevisst gi en form for stimulus/ respons læring, hvor vanen fører til at man får et behov for å spise noe når man nærmer seg TV-apparatet (Ørntoft m.fl., 2005 s. 150).

Den intuitive forestillingen i daglig tale av sammenhengen mellom overvekt og ”noe psykisk” kaller den danske psykologen Heede for trøstespising. Dette er i tråd med Crisps (1996) teorier, når han påpeker betydningen av bakenforliggende årsaker som emosjonelle behov blir styrende for matinntaket. Heede sier i tillegg at de fleste mennesker vil gjenkjenne den beroligende virkningen det å spise kan gi (Ørntoft m.fl., 2005 s. 145).

Skårderud tar også opp bakenforliggende årsaksforklaringer til at barn blir overvektige. En del barn har stor appetitt, og de viser liten bekymring for vekten. Dette er i følge Skårderud en diagnostisk nøtt, og spørsmålsstiller om disse barna bør slankes. Han påpeker viktigheten av at dette er en sak for leger og helsepersonell, og at det stilles store krav til solid utredning, med vekt på om spisingen kan knyttes til situasjoner hvor barna føler seg mistilpass. Han påminner om at overspisingslidelser debuterer tidlig i livet, og reiser i tillegg spørsmål om arvelige forhold (Skårderud 2000 s.)

I retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme blant barn og unge (Handeland m.fl., 2008) tas det opp vanskeligheter med å takle konflikter omkring måltider hvor for eksempel barn nekter å spise maten som foreldrene har tilberedt, eller det er spørsmål om porsjonsstørrelser. Da er det å utvikle en god indre regulering på sult og metthetsopplevelse et behandlingsmål i seg selv, noe klinisk erfaring viser at overvektige barn ofte mangler. Det anbefales å involvere barna i tilberedelsen av måltidene fordi det kan bidra til å øke barnets interesse for å spise den maten (Handeland m.fl., 2008 s. 49).

I følge Heede vender barn overvektproblemet innover i seg, på samme måte som kronisk syke barn, noe som er påvist at har følger for lav selvtillit og dårlig mestringsfølelse. Evnen til problemløsning og det å møte hverdagslivets utfordringer blir skadelidende, sammen med den sosiale kompetansen og disse faktorene forstreker hverandre negativt (Ørntoft m.fl., 2005 s.152). En svensk undersøkelse har også vist at overvekt har sammenheng med sosiale så vel som psykiske problemer. Blant overvektige unge gutter ble det funnet problematiske forhold til jevnaldrende som har ført til både mobbing, vold og psykologiske plager, og høyere rapportering

av suicidale tendenser. Jo mer overvektige guttene var desto dårligere livskvalitet ble beskrevet (Berg, Simonsson & Ringquist 2004).

Lobsteins og kollegers (2004) undersøkelse bekrefter at barn som er overvektige har en tendens til å ha problemer med å skaffe seg venner. Tilbaketrekning og lav selvtillit kan føre til passivitet. Han sier videre at klinikere ofte påpeker at disse barna ikke greier seg på skolen, og har problemer som følge av overvekten. I likhet med Bergs (2005) funn påpekes det at en del av de overvektige barna opplevd mobbing (Lobstein m.fl., 2004 s. 41).

Skårderud påpeker at i tillegg til sammenhengen mellom psykososiale vanskeligheter og overvekt, er det en kjent sammenheng mellom tilbøyelighet til rusmisbruk og overspisingslidelser. Angst og uro forsøkes dempet, etter hvert er ikke maten nok og mange tyr til rus, et problem som øker med økende alder (Skårderud 2000 s. 227).

Holdninger er et sentralt begrep innenfor psykologien. Holdninger er ervervede reaksjonstendenser som kan komme til uttrykk gjennom positive eller negative følelsesreaksjoner. Fordommer og stereotypisering en form for holdninger (Raaheim 1984 s. 299-302). En undersøkelse som kan belyse holdninger som overvektige møtes med i dagens samfunn følger. Innenfor en relativt smal treningskultur i Norge, (Sundberg 2007) ble det utført en kvalitativ undersøkelse av en gruppe unge menns forståelse og opplevelse av kroppen. Kroppen blir forstått som et kommunikasjonsmiddel i forhold til det moderne identitetsbegrepet, og undersøkelsen støtter seg til teoretikere som hevder at i vestlige kulturer sees kroppen på som et prosjekt som det arbeides med, og som modifiseres som en del av individets identitetsdannelse.

Det ble utført intervjuer hvor informantene ble presentert for foto av to ulike kropper. Den ene var slank og veltrent, den andre noe overvektig. Så skulle informantene gi en fysisk beskrivelse av kroppene på bildene. Deretter ble informantene bedt om å fortelle hvilke assosiasjoner bildene ga rundt begrepene yrke, hobby, fritid, lykke, suksess på jobben og mulige personlighetstrekk. Alle informantene beskrev imidlertid personlighetstrekk når de ble bedt om å beskrive den fysiske kroppen.

De beskrev den atletiske kroppen slik; 25 år, slank med lav fettprosent, opptatt av trening og kosthold, kanskje sykkelig. Muligens lavt selvbilde som kompenseres med styrketrening, men han er ambisiøs og disiplinert, selvopptatt, men sannsynligvis med et positivt selvbilde og god selvtillit. Han er student innen økonomi eller jus, eller eiendomsmekler, jobber nok i privat sektor, bank eller forsikring. Han er viljesterk, målrettet og gjør suksess på jobben. Han er populær og får mye oppmerksomhet på grunn av den flotte kroppen. Han er singel og går ut og treffer masse damer, og bor sikkert i en minimalistisk leilighet i den "riktige" delen av byen. Han er lykkelig og fornøyd med seg selv. Han har funnet meningen med livet gjennom sin livsstil. Ambisiøs, tøff, manipulerende og forfengelig med et stort ego.

Den noe overvektige kroppen ble beskrevet slik: En overvektig, lat og inaktiv 30-åring. Kunne sett bra ut om han ville, kanskje vært aktiv tidligere, muligens noen muskler under alt fett.

Antakelig ansatt i offentlig sektor i et praktisk yrke. Stillesittende og ikke aktiv i hverdagen. Ikke selvstendig. Morstilknyttet som liker å få maten servert, sterke familiebånd, en bra kar. Uten karriereambisjoner, men sosialt anlagt. Han er ikke fornøyd, sikkert for tidlig etablert med familie. Ulykkelig kroppsholdning. Ellers hyggelig, snill, ærlig, morsom, stødig men med lavt energinivå, ikke arbeidsom og orker ikke stress.

Denne studien er et eksempel på hvordan en overvektig og en atletisk kropp ble stereotypisert, og hvordan individets væremåte ble forstått ut i fra kroppens form. Kroppen ble et symbol som representerte individets egenskaper. Det som er spesielt med denne undersøkelsen er at bildene av de to kroppene som ble forelagt informantene var av en og samme person, før og etter et treningsopplegg (Sundberg 2007). Holdninger man møtes med kan påvirke selvbildet og selvfølelsen, og fører lett til følelser som stolthet og skam (Raaheim 1984 s. 219).

I retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge vises det til en undersøkelse hvor 11 åringer skulle rangere bilder av barn ut i fra hvem de ønsket som venn. De overvektige barna ble rangert som de minst attraktive sammenliknet med både normalvektige og funksjonshemmede barn. Undersøkelsen avsluttes med følgende sitat:

Den stigmatiseringen overvektige barn og unge utsettes for fra venner, foreldre og lærere og andre har store psykologiske og helserelaterte konsekvenser for den enkelte. Ofte kan overvektsutviklingen forsterkes av slike forhold (Handeland m.fl., 2008 s. 19).

I likhet med undersøkelsen fra treningsmiljøet tyder dette på at negative holdninger til overvektige eksisterer i samfunnet i dag. Andre undersøkelser viser hvordan fysiske ferdigheter påvirker barns livskvalitet. I en undersøkelse gjennom elev- og lærervurderinger ble det sett på barns fysiske og sosiale helse, og hvordan dette kan påvirke deres psykiske helse. Det ble også undersøkt sammenhengen mellom barns motoriske ferdigheter og samhandling med jevnaldrende. Det var en betydelig forskjell mellom barn med god og dårlig motorikk. Fysisk aktive barn har flere venner, og barn med gode motoriske ferdigheter er mest populære blant jevnaldrende. Sett i sammenheng med jevnaldrendes viktige betydning for barns psykiske utvikling vil det å bli valgt bort i sosiale sammenhenger kunne svekke både sosialiseringprosessen og selvfølelsen hos disse barna (Mjåvatn & Gundersen 2005 s. 70- 80).

Selv om mange barn forsøker å fortrenge sin overvekt i dagliglivet konfronteres de med den i mange situasjoner. Mange vil på grunn av sin manglende selvfølelse trekke seg unna. Kleskjøp er en situasjon som oppleves som ydmykende, og gymtimen er en ukentlig påminnelser om hva de ikke mestrer (Ørntoft m.fl., 2005 s.155- 156). Heede påpeker i likhet med Mjåvatn og Gundersen (2005) at jevnaldrende -sosialiseringen blir skadelidende av overvekten. Et eksempel på hvor vanskelig det kan være å ivareta både den psykiske og fysiske helsen hos overvektige barn er dette eksempelet. I foreldres forsøk på å aktivisere barn med andre ting enn pasifiserende dataaktiviteter, kan det å ikke få være ”på nett” for noen representere et tap av den lille sosiale arenaen som de overvektige barna mestrer (Ørntoft m.fl., 2005 s. 155-156).

I følge Skårderud er skam i ferd med å bli oppskrevet som den sentrale affekten i psykologien, den er kanskje den mest åpenbare av affektene og er opplevelsen av egen uverdighet (Wyller 2002 s. 40- 41). Få affekter kjennes like dramatisk, det er en negativ erfaring som kommer raskt og som slipper langsomt. Skårderud knytter skam til fenomenet overvekt i et psykologisk perspektiv. Skammen kan være grunnfølelsen bak spiseforstyrrelser, og ytterste konsekvens av skammen er selvmordet (Wyller 2002 s. 42).

Heede påpeker at det i vesten eksisterer et kulturelt bestemt ideale om å ha en slank kropp (Ørntoft m.fl., 2005) I følge Skårderud (Wyller 2002) er det en betydelig kulturell følsomhet i hva man skammer seg over. Kropp i det moderne samfunnet er et skambelagt tema, men på en annen måte enn i det tradisjonelle samfunnet. Seksualiteten avtabuseres mens mat, vekten, og fett – appetitten er i ferd med å bli mer skambelagt. Kroppen sladrer om hvordan man mestrer de moderne idealene, og ikke minst om selvkontroll (Wyller 2002 s. 47). Enten man forstår overvekt som et helseproblem eller en kulturell mistilpassning, så er det som Skårderud sier synlig for alle (Wyller 2002). Skårderud og Heede påpeker den nære sammenhengen mellom psykisk helsetilstand og samfunnsmessige forhold i tilknytning til årsaker og konsekvenser for overvekt.

I tråd med den engelske sosiologen Giddens betraktninger rundt hvordan mennesker løsrives fra tradisjonelle bånd og familien i det moderne samfunnet, for så å skape sin egen kultur og identitet under påvirkning av sine omgivelser (Giddens 1997 s. 21), reiser Skårderud (2000) spørsmål om vår tids familiekultur, med en liberal, åpen familie med utydelige grenser i seg selv som risiko for spiseforstyrrelsens kontroll og grensedrama. Han kaller spiseforstyrrelser det moderne Vestens etniske lidelse (Skårderud 2000 s. 86).

Sett i lys av en moderne systemteoretisk forståelse av menneskelige relasjoner og samhandling i familien, har det parallelt med informasjonssamfunnet vokst frem en økende forståelse for samhandling som gjensidige prosesser i nettverk. Den moderne samfunnsformasjonen representerer betydningsfulle endringer i tilnytningsforhold, og dermed vilkårene for å danne en trygg identitet (Skårderud & Sommerfeldt 2009). Teorier rundt systemiske modeller for spiseforstyrrelser er under utvikling, men man snakker ikke om ”den spiseforstyrrede familien” som en klart avgrensbar årsaksfaktor (Skårderud 2000 s. 55).

Skårderud støtter seg til filosofen Michel Foucault, når han påpeker at menneskekroppen er senter for, så vel som et produkt av sosiale maktforhold. Når man går bort i fra de tradisjonelle fysiske avstraffelsesmetodene, og kroppen ikke lengre skal røres, gjenstår sjelen som gjenstand for bot og bedring, og psykologi og psykoterapi. Møtet med det moderne samfunnets forventninger til hva som ansees som vellykket er spenningspunktet. Helsevesenets retorikk om sunnhet og ernæring, eller umulige idealer om å leve med de tradisjonelle verdiene, samtidig som man skal skape sitt moderne selvstendige liv preget av frihet, og hvor evnen til å prestere dominerer forventningene. Jo mer bokstavelig forventningene fortolkes, jo større er faren for avmaktsfølelsen i forsøket på å få kontroll. Forventninger til selvrealisering, selvbylde,

selvstendighet og selvkontroll kan for mange bli for mye, å føre til det motsatte, nemlig tap av kontroll (Skårderud 1994 s. 157- 183).

Mat er et kommunikasjonssystem, mentale bilder, skikker, situasjoner, minner og fellesmåltider i sosial endring, og maten speiler en travel kultur. Det stiller store krav til psykologisk selvkontroll for å håndtere det hele, ikke alle mestrer det, og Skårderud påpeker at det kan danne grunnlag for å utvikle ulike spiseforstyrrelser (Skårderud 2000 s. 90).

2.2.3 Samfunnsmessige faktorer

Innenfor det sosiologiske feltet er mat satt på dagsorden og er sett på som et uttrykk for samfunnsendring og dermed interessant for samfunnsforskere. Det er særlig knyttet til to arenaer, familie, kjønn og sosialisering som den ene, og forbruk og sosial distinksjon på den andre (Amilien 2007 s.). Gjennomgår videre noen aspekter på hvordan overvekt kan forstås i det moderne samfunnet både ved konkrete eksempler på fremstillinger, og mer subtile mekanismer som kan utløses, etter en redegjørelse for modernitetens konsekvenser og migrasjon.

Kultur og livsstil

I følge den engelske antropologen Edward Tylor skaffer mennesker seg sine kulturelle ferdigheter som medlemmer av et samfunn. Kultur er tillærte ferdigheter, Tylor definerer kultur slik:

Kultur, eller sivilisasjon, er den komplekse helhet som består av kunnskaper, trosformer, kunst, moral, jus og skikker, foruten alle de øvrige ferdigheter og vaner et menneske har tilegnet seg som medlemmer av et samfunn. (Hylland Eriksen & Arntsen Sørheim 2006 s. 35)

Et samfunn kan defineres som et system av roller, plikter og relasjoner mellom mennesker, hvor mange behov tilfredstilles gjennom et sosialt system (Hylland Eriksen & Arntsen Sørheim 2006 s. 40). Kultur innebærer som det går frem av Tylors definisjon mer enn det som ofte legges i begrepet i dagligtalen, hvor det ofte forstås som multietnistet. Ulike kulturer eksisterer også innenfor ulike grupper i en befolkning.

Klepp som er norsk professor i ernæringsvitenskap og Aarø som er professor i psykologi, definerer i likhet med Tylors definisjon av kultur, livsstil som tillærte ferdigheter som inkluderer faktorer som legger vekt på praksiser for å beherske sosiale ferdigheter: Livsstil et mønster av stabile vaner som er typisk for den gruppen en tilhører, eller ønsker å tilhøre, og som henger nøye sammen med ens holdninger, verdier og normer I følge Klepp og Aarø har WHO brukt begrepet livsstil om helserelaterte adferdsmønstre siden tidlig på 1980 tallet (Klepp & Aarø 2009 s. 20-33). Livsstil er et begrep som gjenfinnes både i sammenheng med overvekt og fedme, og i forbindelse med forebyggende og helsefremmende arbeid. Begrepet går igjen i offentlige føringer, innenfor forskning og i dagligtale.

I følge den engelske sosiologen Giddens tvinges man i større og større grad i et moderne sosialt liv til å foreta valg i sammenheng med livsstil, man blir sitt eget prosjekt (Giddens 1997 s. 91-107). Sett i sammenheng med spørsmål rundt overvekt, hvor matvaner og aktivitet kobles til vårt samfunns offentlige føringer for gode helsevalg eller mediefremstillinger av overvekt, er det interessant å se på hvilken påvirkning det kan ha på individnivå. Utviklingen fra et tradisjonelt samfunnssystem til et moderne samfunn byr på omstillinger for enkeltindividene. Det gjør også den videre utviklingen i moderne samfunn (Hylland Eriksen & Arntsen Sørheim 2006 s. 250), noe for eksempel Skårderud (2000) påpeker i forbindelse med mat og spisemønstre. For at kosthold skal kunne forstås i en sosiologisk sammenheng, er det nødvendig å ta i betraktning også de kulturelle, historiske og samfunnsstrukturelle forholdene, og sammenlikne dem med kvantitativ kunnskap om emnet (Amilien 2007 s. 94).

Globalisering og migrasjon

Modernitet er et begrep som i følge Giddens er tett knyttet til begrepene globalisering, og migrasjon. En definisjon på globalisering er ”Intensivering av verdensomspennende sosiale relasjoner som knytter fjerne lokaliteter sammen på en slik måte at lokale begivenheter formes av ting som foregår milevis unna og omvendt”. På den måten påvirkes samfunn gjennom økonomi, marked, migrasjon, politikk, miljø, kultur og media (Giddens 1997 s. 51- 52).

De norske antropologene Hylland Eriksen og Arntsen Sørheim (2006), påpeker i likhet med Giddens (1997) at moderniseringsprosesser er grunnlaget for globaliseringen av kultur og migrasjon over landegrensene (Hylland Eriksen & Arntsen Sørheim 2006 s. 24). Det er store forskjeller mellom ulike grupper utlendinger som befinner seg i Norge, som for eksempel mellom arbeidsmigranter, flyktninger og asylsøkere, familieegjenforeninger, og studenter. Dette er sentralt når man som helsepersonell forholder seg til ulike minoritetsgrupper. Flerkulturalitet er ikke et nytt fenomen i Norge, men siden 1970 har innvandrerbefolkningen i Norge steget med 7,4 %. Det legges inn store statlige ressurser, og politiske føringer for å tilrettelegge for bred deltakelse for minoritetsgruppene i det norske samfunnet. Regjeringen har gjennom Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen, laget en plan for tilretteleggelse og deltakelse for denne befolkningsgruppen, hvor det fremgår at både geografiske og sosiale forskjeller i helse kan være sammenfallende med etniske forskjeller (Arbeids og inkluderingsdepartementet 2008 Handlingsplan for integrering og inkludering, og 2009 Sentrale begreper). Det samme gjelder økonomiske forskjeller. I følge NOVA rapport om barns levekår er lavinntekt er en indikator på fattigdom, og små økonomiske ressurser er forbundet med langt mindre mulighet til å skaffe seg goder og delta i aktiviteter. Det er også kjent at lavinntekt har sammenheng med økt forekomst av overvekt (Grødem m.fl., 2008 s.14-15). Det er et mål at helseforskjellene mellom sosiale og etniske grupper skal reduseres, på bakgrunn av det er kjent at helse er ulikt fordelt mellom sosiale og etniske grupper i befolkningen (Stortingsmeldning nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller s.27)

En følge av modernitet og globalisering er dyptgripende maktforskjeller, og forskjeller i livsmuligheter (Hylland Eriksen & Arntsen Sørheim 2006 s. 28). Makt er for Foucault navnet på et sett praksiser, teknikker og strategier, for å beskrive hvordan vitensproduksjon og vitensutøvelse foregår. For å forstå dette kan man undersøke de maktpraksiser som settes i verk (Schaanning 2006 s. 39).

Budskapet i nasjonale føringer hvor det heter at ”Den enkelte har et ansvar for egen helse og vil på mange områder ha valgmuligheter og stå ansvarlig for sine valg. Men samfunnet kan og bør påvirke valgene gjennom å informere, tilføre kunnskap og påvirke holdninger.” (Stortingsmelding 16. (2002-2003) Resept for sunnere Norge s.6) kan forstås som en form for det Foucault kaller reguleringsmakt, som er statlig forankret og har et medisinsk perspektiv. Disiplineringsmakt er rettet mot individet og reguleringsmakt mot en befolkning (Schaanning 2000, bind 1, 446-468). Er det da slik at det kan være en sammenheng mellom reguleringsmakten som rettes mot befolkningen og disiplinering av enkeltindivider? Kan kravene til å mestre det moderne sosiale livet og til å foreta helsefremmende livsstilsvalg bli for store for enkelte?

Etniske forskjeller

Helseforskjeller mellom etniske grupper angår et stort antall mennesker i Norge i dag. Innvandrerbefolkningen utgjør 415 300 personer, tilsvarende 8,9 prosent av befolkningen. pr. 1. januar 2007 (Arbeids og inkluderingsdepartementet 2008 Handlingsplan for integrering og inkludering s.4). Nye måleverktøy kan også være med å nyansere generaliserte forestillinger som råder i samfunnet. I følge Hylland Eriksen og Arntsen Sørheim (2006), kommer mange innvandrere og flyktninger fra tradisjonelle samfunnsstrukturer. Dette kan gi særlige kulturutfordringer i prosessen med å inkluderes i et moderne samfunn (Hylland Eriksen & Arntsen Sørheim 2006 s. 249).

Den norske Legeforening har utarbeidet et program for å bedre helsetjenestene for ikke-vestlige innvandrere. Hovedmålet er at alle som arbeider i helsevesenet skal kunne behandle pasienter uavhengig av pasientens kulturelle og etniske bakgrunn. Legeforeningens rapport om ikke-vestlige innvandrere, er i tråd med synet på at det norske samfunnet og befolkningen gjennom globalisering og innvandring fra ulike deler av verden er blitt mer sammensatt og mangfoldig.

Rapporten belyser utfordringer både helsepersonell og denne innvandrergruppen står overfor. i helsespørsmål. I mange tilfeller kan ulike kulturelle oppfatninger, og problemer med kommunikasjon skape vanskeligheter. En spesiell utfordring ligger i ulike kulturelle oppfatninger av sykdomsårsaker, noe som har betydning for hvordan en person forholder seg til helse, sykdom og helseplager (Den Norske legeforening 2008 s. 3). Det gis en oppfordring til helsepersonell om å reflektere over egne holdninger til denne pasientgruppen, og om å være oppmerksomme på at det i spørsmål om kulturforskjeller kan være asymmetriske maktforhold angående hvem som definerer premisene. I rapporten vises det til at det er kjent at ikke-vestlige innvandrere har en høyere forekomst av livsstilsrelaterte sykdommer, og at deres sykdomsprofil

langt på vei overensstemmer med det som også er kjent fra undersøkelser fra fattige deler av majoritetsbefolkningen. Det påpekes et behov for å utarbeide egne strategier rettet mot ikke-vestlige innvandrere med tanke på fysisk aktivitet og kosthold (Den Norske legeforening 2008 s. 8-10, 31).

Samfunnsdiskurser

Kulturelle forhold og maktstrukturer er også et generelt samfunnsspørsmål. Diskurs er et moderne begrep, som defineres slik av professor Neuman: "En diskurs er et system for frembringelse av et sett utsagn og praksiser som, ved å innskrive seg i institusjoner og fremstå som mer eller mindre normale, er virkelighetskonstituerende for sine bærere og har en viss grad av regularitet i et sett sosiale relasjoner"(Neumann 2001 s. 18). Jeg skal ikke gjøre en diskursanalyse av fenomenet barn og overvekt, men i lys av hva jeg forstår som en samfunnsdiskurs rundt overvektspromatikk reiser det seg en rekke spørsmål.

Hvordan kommer de rådende synene på overvekt, kropp, helse og selvbilde frem i dagens samfunn? Er det slik at det finner sted en overvektsdiskurs som er styrende for hvordan overvekt omtales og for rådende praksiser rundt overvektspromatikk? Begrepsbruken både i statlige føringer og i mediene er interessante i denne sammenhengen. Begreper som epidemi, kamp mot, og globale trusselbilder mot helse gjenfinnes begge steder. Å fremsette utsagn er en form for praksis som iverksetter diskurser. Begrepet dikotomisering viser til gruppeidentiteter, eller "de andre" forestillinger som skapes gjennom kontraster, og som signaliserer forskjell (Schanning, 2006 s. 55). Signalene det sender til dem det berører er interessant. I nasjonale føringer er et av de tydeligste budskapene at overvekt ikke bare er et ansvar for enkeltmennesket. I følge Stortingsmelding nr.16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge som er et sentralt styringsdokument rettet mot folkehelsearbeid, heter det at våre egne valg, sammen med hvordan vi innretter samfunnet er avgjørende for helsen (Stortingsmelding nr.16 (2002-2003) resept for et sunnere Norge s. 6) Samfunnet innrettes ikke av enkeltmennesker, dermed står "egne valg" som en dikotomi til at "overvekt ikke bare er et ansvar for den enkelte". Hvem er "de" som gjør gode helsevalg med tanke på å unngå overvekt, og hvem er "de andre" som gjør dårlige helsevalg og blir overvektige? Dette er spørsmål som sett i sammenheng med økende forekomst av overvekt og fedme i befolkningen, kan ha konsekvenser for helse og velferd, som er kjerneområder i helsesøsteres virke.

Den franske filosofen og idehistorikeren Foucault analyserer "viten" som praksis.

Vitenspraksiser kan analyseres langs tre linjer, effekt, utøvelse og produksjon, som igjen er tilknyttet maktaspektet. "Å produsere diskurs kan samtidig være å intervensere i alle områdene som diskursen iscenesetter." slik kan også selve diskursen bli konstruerende (Schaanning 2000 s. 302). Hvilke følger kan det ha for overvektige mennesker hvis det råder en overvektsdiskurs som fremmer et ideale om å være slank, sunn og produktiv, ut i fra budskapene i statlige føringer og mediebildet? Hva vil dette kunne ha å si ut i fra en forståelse av identitetsdannelse, eller som Skårderud (2000) omtaler det, misdannelse?

Lien med kolleger (2007) er i sin undersøkelse slik jeg ser det inne på dette. De har sett på jenters sårbarhet for å utvikle et negativt kroppsbilde. ”Det vestlige idealbildet av vellykkede kvinner som er basert på kropp og utseende mer enn for eksempel skole og idrettsprestasjoner”, kan uttrykke seg som psykiske plager spesielt hos jenter.” De ser grunn til å vie jenter som sliter med vektproblemer spesiell oppmerksomhet og vil undersøke videre sammenhengen mellom overvekt og psykisk helse i nye studier (Lien m.fl., 2007 s. 3)

I likhet med Lien setter den danske psykologen Heede fokus på at det vestlige slankhetsideale, hvor det å være slank blir synonymt med det å være pen og tiltrekkende, har den uheldige konsekvens at overvektige fremstår som det motsatte – utiltrekkende og estetisk frastøtende (Ørntoft m.fl., 2005 s.153). I følge Heede utøver den moderne livsform et massivt press på barn når det gjelder tilgang på energitett mat og fysisk inaktivitet. I likhet med Skårderud (2000) hevder hun at dette stiller høye krav til kunnskap og evne til å velge en sunn livsstil. Hun påpeker at det er flere risikofaktorer og færre beskyttende faktorer i miljøet i dag enn tidligere, og at ansvaret nå ligger på individnivå mer enn på et kollektivt nivå (Ørntoft m.fl., 2005 s.151). Dette presset kan sees i sammenheng med begrepet makt.

Strukturelle forhold

Strukturelle faktorer som kan ha betydning for utvikling av overvekt i vår tid er for eksempel matpolitikk, og infrastruktur som for eksempel tilgang til vei og sykkelstier sammen med skole og nærmiljø. Forhold som globale og kulturelle trender, sammen med handel og økonomi påvirker også samfunnsstrukturer. Helsepolitikken påvirkes av også av disse faktorene, og av samarbeid med Verdens Helseorganisasjons som har bidratt til formingen av norske handlingsplaner mot overvekt i befolkningen. WHO er FNs særorgan for helse, grunnlagt i 1948. Helse og omsorgsministeren representerer Norge i WHO's styrende organer. Norge er sammen med USA og Storbritannia blant de største bidragsyterne til WHO, som knytter til seg et nettverk av faginstitusjoner og fagfolk, og benytter fagkomiteer og ekspertutvalg i forberedelsen av saker. Et av WHO's mandater er utforming av globale standarder og normer. Disse legger føringer for hvordan landene forholder seg til for eksempel overvektsproblematikk på et samfunnsstrukturelt nivå (Utenriksdepartementet 2007) (Helse- og omsorgsdepartementet 2009 Tema Internasjonalt helsesamarbeid).

Psykososiale faktorer

Begrepet psykososiale forhold brukes om forhold knyttet til samspillet mellom psykisk helse og de sosiale forholdene vi lever under. Begrepet psykososialt beskriver også plager som har klar sammenheng med levekår og samfunnsforholdene for øvrig (Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge s. 15).

I følge veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten har tjenesten en sentral og viktig rolle i forebyggende psykososialt arbeid. Veilederen definerer forebyggende psykososialt arbeid slik:

Med forebyggende psykososialt arbeid menes tiltak som fremmer gode mellommenneskelige, sosiale og miljømessige forhold for å forhindre psykiske plager/sykdom og problemskapende atferd. Forebyggende psykososialt arbeid er nå en forskriftsfestet oppgave i kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (Sosial og Helsedirektoratet 2004 Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten s. 34)

Psykososiale risikofaktorer kan være for eksempel samspill- eller rusproblemer i en familie, forventningspress, eller mishandling. Spesielt kan psykiske syke foreldre og foreldres vanskelige forhold til hverandre, sammen med lite sosialt nettverk og vanskelige livshendelser representere risikofaktorer. Barnets egen sårbarhet, hvor temperament, evne til konsentrasjon, motoriske ferdigheter kan påvirke samspillet med omgivelsene hvis det er problemer og utgjøre risikofaktorer. Mobbing fattigdom og flyktning/asytiltværelse nevnes også av Sosial og Helsedirektoratet som betydelige risikofaktorer for å utvikle psykiske lidelser. Det er likevel primært antallet risikofaktorer som har avgjørende betydning for utvikling av psykiske vansker, og sjeldent en særskilt risikofaktor (Sosial og Helsedirektoratet 2007 Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene s. 20).

I psykoanalysen som teoretisk modell er barndom og oppvekst fundamentet for både personlighet og psykisk sykkelighet. Spiseforstyrrelser er ett blant flere mulige symptomer for en mangel, eller udekkede behov. En form for psykoanalytisk tenkning finnes innenfor selvpsykologien, som er teorien om selvfølelsens dannelse, eller misdannelse. Et sentralt begrep her er empati, særlig omsorgspersonenes evne til å se barnets behov, og barnets behov for å bli speilet (Skårderud 2000 s. 51). Crisp (1996) legger i likhet med Skårderud (2000) vekt på bakenforliggende årsaker til at emosjonelle behov styrer matinntaket. Han påpeker matens psykososiale betydning allerede fra småbarnstiden, hvor uhensiktsmessige spisemønstre kan etableres. Mor eller nære omsorgspersoners mangelfulle kompetanse som omsorgsutøver, eller skyldfølelse overfor barnet kan føre til at mat blir en erstatning for trøst og hengivenhet, og at barn får mat som trøst når de er ulykkelige eller sinte, eller som belønning når de har vært flinke eller føyelige. "Kosemat" verdsettes som en kilde til velvære, og mat og spising blir en del av de sosiale kreftene som binder slike familier sammen. Barnet vil da kunne lære å sette mer pris på mat enn på menneskelig kontakt og kan bli usikker på seg selv i sosiale sammenhenger (Crisp 1996 s. 57).

I retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge, påpekes det at rigide oppdragelsesnormer som krav om å spise opp maten sin er uheldig. Barnet spiser ikke fordi det er sultent, men må orientere seg etter tilstedeværelsen av mat (Handeland m.fl., 2008 s.). Også Heede (Ørntoft m.fl., 2005) påpeker at ustrukturerte måltider uten at barnet er sultent er egnet til å fortrenge barnets egne signaler om sult og metthet. Dette forstås som et samspill med omsorgsutøvere med mindre følsomhet for nonverbale signaler. Når emosjonelle affekter møtes med mat, lærer barnet å lindre følelsesmessig ubehag med mat (Ørntoft m.fl., 2005 s. 148-149).

Heede trekker frem dysfunksjoner i familier som betydningsfulle for utvikling av overvekt. Det er ikke bare familiers livsstil som disponerer for overvekt, men i særdeleshet måten foreldre utøver omsorg på. Forsømte og misbrukte barn er spesielt utsatte, deres erfaringer med å ikke ha vært ivaretatt kan utløse risikoadferd på mange områder, blant annet for å utvikle en likegyldighet til egen kropp. For misbrukte barn kan den ekstreme overvekten bli et ubevisst eller bevisst vern mot nye seksuelle tilnærmelser. Særlig utsatte er barn som ikke har lært tillit til at de kan søke hjelp, de lærer seg å tåle og unnlater å søke hjelp for eksempel hos helsesøster (Ørntoft m.fl., 2005 s. 147).

I nasjonale retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge heter det at familien er den viktigste ressursen for barns utvikling, og at det er viktig at foreldre er seg bevisst oppgaven som gode rollemodeller (Handeland m.fl., 2008 s. 27). Dette samsvarer med psykoanalytisk tankegang, hvor barndom og oppvekst er fundamentalt for både personlighet og psykisk sykkelighet (Bråten 2004 s. 125-127). Også Skårderud understreker familiens betydning for barns utvikling og barns behov for psykologisk speiling. Han advarer i tillegg om at modeller om årsaksforklaringer til spiseproblematikk kan gjøre foreldrenes ansvarsbyrde stor, og at modellene heller ikke må forstås slik at de fremmer mistillit til voksenrollen (Skårderud 2000 s. 51). Familiens rolle som arena for barns utvikling er som tidligere beskrevet sentral, men ikke uten påvirkning av samfunnet rundt.

Faktorer som kan oppveie psykososiale risikofaktorer, også kalt resiliens, og beskytte barn mot å utvikle psykiske plager, er for eksempel indre faktorer som kognitiv kapasitet, kreativitet, aktivitet og utholdenhet. Andre forhold som styrker barns motstandskraft mot psykiske plager kan være empati, gode sosiale evner, impuls kontroll, gode evner til problemløsning, og optimisme. Ytre faktorer som familieforhold, gode sosiale nettverk sammen med strukturelle forhold som skole og nærmiljø styrker barns psykiske helse (Sosial og Helsedirektoratet 2007 Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene s. 19). Motsatt vi mangel på for eksempel gode strukturelle forhold kunne utgjøre et risikopotensial for å utvikle overvekt, dette underbygges av funn fra Telemarkundersøkelsen (Oellingrath m.fl., 2008), hvor det påpekes at "Overvekt og fedme skyldes ikke bare individuelle valg, men i høy grad samfunnets struktur som i mange tilfeller fremmer et høyt energiinntak og et lavt energiforbruk, og hindrer helsefremmende adferd"(Oellingrath m.fl., 2008, s. 27).

Sosioøkonomiske faktorer

Andre faktorer som kan påvirke helse er sosioøkonomiske forhold. Ulike statlige dokumenter som for eksempel Gradientutfordringen omhandler velferd og folkehelse, og definerer sosiale ulikheter i helse slik:

Med uttrykket «sosiale ulikheter i helse» siktes det til systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier i befolkningen – særlig yrke, utdanning og inntekt. Sosiale ulikheter i helse kan dermed forstås som sosioøkonomiske forskjeller i helse. (Sosial- og helsedirektoratet 2005 s. 8)

I følge Stortingsmelding 6 (2002-2003) er det en dokumentert sammenheng mellom lav inntekt og dårlig helse. Det er flere mulige årsaker til de sosiale ulikhetene i helse, som livsstil, psykososiale forhold og materielle forhold. Årsaksforholdene er komplekse, og det er så langt forsket lite på dette i Norge (Stortingsmelding nr.6 (2002- 2003) Tiltaksplan mot fattigdom s.19). Sosiale helseforskjeller er betydelige i Norge, og forskjellen er blitt større de siste 30 årene (Stortingsproposisjon 1 2008-2009 s.9)

I Stortingsmelding nr.16 (2002-2003), fremgår det at tiltak for å forebygge overvekt også bør rettes mot å redusere sosiale helseforskjeller på et samfunnsnivå (I Stortingsmelding nr.16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge s. 8) Lobstein og kolleger (2004), og Andersen og kolleger (2005) påpeker nødvendigheten av å undersøke nærmere levekår og samfunnsforholds betydning for utvikling av overvekt og fedme hos barn og unge. I en nyere undersøkelse i regi av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) om barns levekår gjøres dette (Grødem m.fl., 2008)

Norge deltar i EUs handlingsprogram PROGRESS (Programme for Employment and Social Solidarity 2007- 2013) (Grødem m.fl. 2008 s. 25). Politiske føringer som for eksempel ”Tiltaksplan mot fattigdom og sosial ekskludering” i Stortingsmelding nr.6 (2002- 2003), er sammen med Tiltaksplan mot fattigdom, og Handlingsplan mot fattigdom i tråd med EUs handlingsprogram. Dette har bidratt til at fattigdom har fått fornyet aktualitet og er en del av bakgrunnen for blant annet NOVA rapport 7/2008, om barns levekår (Grødem m.fl., 2008 s. 24)

Rapporten er basert på en studie som har som hovedmål å se på sammenhengen mellom familiers levekår og barns hverdag. Studien har fokus på barn som lever i familier med lave inntekter, og hva det innebærer for barn i Norge å vokse opp i en familie som har betydelig lavere inntekt enn familier flest. Undersøkelsen er en landsekkende representativ undersøkelse som inneholder både kvantitativ og kvalitativ informasjon fra de samme informantene. Med en fattigdomsgrense satt ved 60 % av medianinntekten, ble fattigdom i studien definert som knapphet på økonomiske ressurser. Lavinntektsutvalget ble analysert opp imot et kontrollutvalg. Enslige forsørgere, ikke-vestlige innvandrere og ikke sysselsatte var overrepresentert i lavinntektsutvalget, sammenliknet med kontrollutvalget. Funn fra denne studien viser at barn fra lavinntektsfamilier har lavere høydevekst og en litt større tendens til å være overvektige enn barna i kontrollutvalget (Grødem m.fl., 2008 s. 177)

Trivsel, psykosomatiske symptomer, og sosial tilpasning sammenfaller for barn fra lavinntektsfamilier med ikke- vestlig bakgrunn med kontrollutvalget. Barn fra lavinntektsfamilier med norsk etnisk bakgrunn skiller seg likevel ut med flere psykosomatiske symptomer og høyere skolefravær, og blant 13- 15 åringene med høyere forekomst av røykere. Dette var spesielt fremtredende hos familier som hadde hatt svak familieøkonomi over lengre tid, blant aleneforsørgere og blant familier hvor foreldrene rapporterte om helseproblemer. Barn fra lavinntektsfamilier skårer i tillegg lavere på selvtillit og på selvoppfattet kompetanse (Grødem m.fl.2008 s.181). Både retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og

fedme hos barn og unge i primærhelsetjenesten (Handeland m.fl., 2008), og Skårderud (2000) har påpekt dette som risikofaktorer for å utvikle spiseforstyrrelser.

Kan det være mangel på kunnskap eller små økonomiske ressurser som ligger til grunn for at enkelte ikke foretar helsefremmende livsstilsvalg? I Holmboe-Ottesen og medarbeideres (Holmboe-Ottesen, Wandel & Mosdøl 2004) undersøkelse om sosiale ulikheter og kosthold, er hovedbudskapet at det er store ulikheter i kostholdet ut fra sosial posisjon i samfunnet. Lavstatusgruppene spiser mer billig og energirik mat, og mindre grønnsaker. Også Holmboe-Ottesen påpeker behovet for mer dokumentasjon om hvordan kosthold og matvarevalg varierer i ulike grupper, og viser til en rekke internasjonale og norske studier som viser at kostholdet i grupper med lav sosial status er mindre gunstig helsemessig enn i bedre stilte grupper (Holmboe-Ottesen, m. fl., 2004) Et annet eksempel er den norske sosiologen Bugges rapport om ungdom og skolematvaner hvor det går frem at ungdom gjerne vil spise sunt, men at mange hindres fordi usunn mat er mye billigere enn sunn mat (Bugge 2007).

Helsedirektoratet legger frem omfattende dokumentasjon på at det eksisterer sosiale ulikheter i helse i Norge i dag og påpeker at det både er behov for mer kunnskap om hvordan disse forskjellene oppstår og opprettholdes. Direktoratet legger vekt på at det er viktig å ta helsegradienten i befolkningen alvorlig (Sosial- og helsedirektoratet 2005 s. 10). Det er kjent fra styringsdokumenter som Stortingsmelding nr.16 (2002-2003) og forskning som Stortingsmeldingen bygger på, at det viser seg å være en tendens til at det er mennesker med psykososiale og sosioøkonomiske vansker som er høyest representert med forekomst av overvekt og fedme, og at de samtidig profitterer dårligst på helseinformasjon.

På den ene siden ble det i Telemarkundersøkelsen (Oellingrath m.fl., 2008) ikke funnet grunnlag for å konkludere med høyere forekomst av overvekt, blant barn av foreldre fra lavere inntektsgrupper, mens i Andersen med kollegers undersøkelse (2005), ble sosial status definert ut i fra foreldrenes utdanningsnivå, og det ble funnet å ha en sammenheng med økt forekomst av overvekt blant barn og unge (Oellingrath m.fl., 2008) (Andersen m.fl., 2005) I Telemarkundersøkelsen (Oellingrath m.fl., 2008) var det foreldrenes utdanningsnivå som ble assosiert med økt forekomst av overvekt, spesielt mødrenes utdanningsnivå var utslagsgivende. Både Telemarkundersøkelsen (Oellingrath m.fl., 2008) og Andersen og kollegers (2005) undersøkelse konkluderer med at det er behov for mer tilsvarende forskning i Norge.

En måte å forstå strukturelle faktorerens påvirkning på fenomenet overvekt kan belyses ved hjelp av den franske sosiologen Bourdieu. I Bourdieus teori er makten i kulturelle symbol sentral. Det kan være en måte å forklare hvorfor noen grupper er mer risikoutsatte for å utvikle overvekt ut i fra en samfunnsstrukturell forklaringsmodell. Bourdieu omtaler begreper som smak, og de ulike kapitaler mennesker er utstyrt med. Kapitalene deler han inn i økonomisk, sosial, og kulturell kapital. Vår plassering i det sosiale hierarkiet blir ordnet ut i fra hvor mye vi har av forskjellige typer kapital.

Bourdieu er særlig kjent for analysen av hva som fører til ulikhet og urett, hvor han legger vekt på klassesamfunnet. Ulikheter i helse som følger sosiale skillelinjer er kjent fra Gradientsutfordringen (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Det går frem av Bourdieus teori at årsaken til mangelen på kunnskap eller motivasjon ikke alene hviler på individet, men også av mangel på strukturelle ressurser som de ulike kapitalene representerer, noe som er i tråd med det som fremkommer for eksempel i Gradientutfordringen og andre nasjonale styringsdokumenter. Bourdieu setter fokus på ulik fordeling av strukturelle ressurser, hvordan det ubevisst kan påvirke og hvilke følger det får for enkeltindividet (Bråten 2007 s. 119-121). At ulik fordeling av strukturelle ressurser kan ha negative konsekvenser for helse, gjenfinnes i Gradientutfordringen hvor det legges frem mål for å redusere sosiale helseforskjeller (Sosial- og helsedirektoratet 2005 s. 10)

Tilknyttet konsekvenser av overvekt er og så samfunnsøkonomi. Samfunnsøkonomi og en befolknings helsetilstand henger sammen fordi sykdom er knyttet til kostnader i helsebudsjettene. Dette kommer frem for eksempel i Nordisk handlingsplan for bedre helse og livskvalitet (Nordic Council of Ministers (2006) s. 22-23) Dette understrekes i Stortingsmeldin16 i følgende sitat:

God helse bidrar til økonomisk utvikling og fattigdomsreduksjon gjennom forbedring av barns læreevne, positive befolkningsmessige endringer, økt produktivitet i arbeidslivet, reduksjon i sykdomsrelaterte utgifter for husholdninger, økt sparing og dermed økte investeringer. Verdens helseorganisasjons kommisjon for makroøkonomi og helse la desember 2001 fram en rapport som viser at investeringer i helse gir betydelige økonomiske gevinster globalt sett. Gevinsten av helsetiltakene er tre ganger så stor som investeringene. (I Stortingsmelding nr.16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge s. 21)

2.3 Forebygging og behandling

Forebyggende og helsefremmende arbeid er to begreper som ofte i dagligtale brukes om hverandre, men som er definert som tilnærming til helsearbeid på ulike nivå. Helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunehelsetjenestens virksomhet for barn og unge defineres i forskrift nr 450 i helselovgivningens § 1-2 slik;

Med helsefremmende arbeid forstås tiltak som skal bedre forutsetningene for god helse og ta sikte på å fremme trivsel, velvære og mulighetene til å mestre de utfordringer og belastninger mennesker utsettes for i dagliglivet.

Med forebyggende arbeid forstås tiltak som rettes mot å redusere sykdom eller skader, og/eller risikofaktorer som bidrar til sykdom, skader eller for tidlig død.

Tilbudet skal i et tverrfaglig samarbeid tilpasses brukernes individuelle behov. (Lovdata FOR 2003-04-03 nr 450)

Forebyggingsbegrepet innenfor helse- og sosialfeltet er hentet fra medisinen, og dreier seg om å forebygge sykdom eller sosialt uakseptabel adferd. Forebyggingsbegrepet har et naturvitenskapelig fundament, som krever kunnskap om risikofaktorer for sykdom, og som

fokuserer på å unngå risiko. I følge den norske sosiologen Andrews er det ideologiske spenninger mellom forebyggende og helsefremmende strategier. Forebyggende helsearbeid kan bli forstått som et negativt helsebegrep fordi helse defineres som fravær av sykdom, og fokuserer på problemer, marginalisering, avvik og risikogrupper. Helsefremmende arbeid forstås som et mer positivt helsebegrep som definerer helse som noe mer enn fravær av sykdom, og som fokuserer på ressurser, livskvalitet, utvikling av mestring og et helhetlig perspektiv. Det helsefremmende helsebegrepet innebærer også å ha psykisk, sosialt, fysisk og åndelig velvære (Andrews 2003 s.30-43). En definisjon av helse som omfatter alle disse dimensjonene er WHO's definisjon av helse, som definerer helse som en tilstand av fullstendig fysisk, sosialt og mentalt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller lyte (Stortingsmelding nr. 26 1999-2000 Om verdier for den norske helsetenesta s. 48)

Denne definisjonen av helse som innebærer et utvidet helsebegrep er imidlertid blitt kritisert for å være urealistisk fordi den omfatter forhold som tradisjonelt har vært utenfor helsetjenestenes ansvarsområde (Lauvås & Lauvås 2004 s.). Helsesøstre utfører både sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid, hvordan helsefremmende og forebyggende arbeid utføres avhenger av målgruppen.

Måtene å tilnærme seg forebyggende helsearbeid på beskrives også med begrepene primær, sekundær og tertiærforebyggende virksomhet. Begrepet primærforebygging ble opprinnelig brukt i forbindelse med hygienearbeid og begrenning av smitekilder og sykdom. Tiltak settes inn før problemene oppstår, et eksempel er kostholdsveiledning. Sekundærforebygging brukes om tiltak som skal hindre at problemer varer ved eller videreutvikles, forebygging av overvektsproblematikk er et eksempel. Tertiærforebygging brukes om tiltak rettet mot identifiserte, ofte tungt belastede målgrupper. Innsatsen går ut på å motvirke en forverring av problemene, og grenser derfor opp mot det vi legger i behandling og rehabilitering et ofte brukt eksempel er rusproblematikk, men kan det også være relevant ved alvorlig fedme eller ved store spiseforstyrrelser (Sosial- og Helsedirektoratet 2004 Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten s. 11)

Primærhelsetjenesten er også kalt førstelinjetjenesten, eller kommunehelsetjenesten. Tjenesten består av allmennleger, hjemmesykepleien, sykehjem, fysioterapitjenesten, jordmortjenesten og helsestasjonstjenesten. Andrelinjetjenesten er sykehus, privatpraktiserende spesialister og private helseinstitusjoner. Det kreves vanligvis henvisning fra førstelinjetjenesten for å bli mottatt i andrelinjetjenesten. I Norges offentlige utredninger (2004:18) påpekes det at samhandling mellom første og andrelinje i helsetjenesten ofte skjer under vanskelige betingelser. I tråd med Samhandlingsreformen (Stortingsmelding nr. 47 2008-2009) legges det i NOU vekt på at det er nødvendig å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helsetjenesten (NOU 2004:18 s. 85)

Forebygging av overvekt og fedme foregår på to plan, strukturell og individuell forebygging. Strukturell forebygging er befolkningsrettet, med tiltak som utarbeides som overordnede nasjonale føringer gjennom aktuelle strategi og handlingsplaner. Kommunenes ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid utøves på lokalt nivå, på skoler, i barnehager og nærmiljø, og på helsestasjonene. I følge Stortingsmelding 16 (2002-2003), har spesielt

helsestasjonene og skolehelsetjenestene en særlig viktig utjevne rolle. Disse tjenestene når de fleste og virker i liten grad stigmatiserende, og har muligheten for å kombinere et primærforebyggende perspektiv med en spesiell oppmerksomhet og håndtering av utsatte og mindre privilegerte grupper (Stortingsmelding 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge s. 51) Det lokale folkehelsearbeidet koordineres av fylkeskommunene og alle fylker har en fylkeshelsekoordinator, men organiseringen av arbeidet kan variere i ulike deler av landet (Handeland m.fl., 2008 s. 27).

Individuell forebygging foregår i primærhelsetjenesten, enten hos lege, fysioterapeut eller helsesøster. I nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten om forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge, anbefales det at kommunene opparbeider et nettverk av faggrupper og ressurspersoner som kan samarbeide om ulike tiltak og tilbud overfor brukergruppen (Handeland m.fl., 2008 s. 30). Samarbeid er også hovedfokus i Stortingsmelding nr 47 (2008-2009), Samhandlingsreformens hovedmål er hvordan hensynet til samhandling bør påvirke videre utvikling av helse og omsorgssektoren (Stortingsmelding nr 47 2008-2009 Samhandlingsreformen s. 14) I stortingsmeldingen heter det innledningsvis at: ”Å skape god helse og forebygge sykdom er et langsiktig mål som krever handling nå”

Mål for helsetjenestene er å øke innsatsen for å begrense og forebygge sykdom. Bedre samhandling mellom nivåene i helsetjenesten og de ulike faggruppene er helse og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder for å møte pasientenes behov for koordinerte tjenester (Stortingsmelding nr 47 2008-2009 Samhandlingsreformen s. 13).

Med tanke på å både primær og sekundærforebyggende virksomhet rettet mot overvektsproblematikk er helsesøstrene en sentral faggruppe. Helsesøsters forebyggende funksjon dreier seg om at samfunnsbevisste sykepleiere, med spesialutdannelse som helsesøster, eller som har annen formal eller realkompetanse, generelt forstår samspillet mellom individ, samfunn og helse. Videre dreier det seg om å skaffe seg spesiell kunnskap om konkrete tiltak og virkemidler. Formålet er å redusere sykdom, skader og risikofaktorer som kan føre til mer sykdom, skade eller tidlig død. Dette arbeidet utføres gjennom planlegging, gjennomføring og evaluering av arbeidet.

2.4 Tiltak

Forebyggende helsearbeid og ernæringsopplysning står sentralt i den norske velferdspolitikken. Undersøkelser som har vist de alvorlige konsekvensene overvekt kan ha for barn og unge underbygger nødvendigheten av å utvikle gode tiltak. I følge Stortingsmelding 16 (2002-2003) er det behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget og kompetansen blant de sentrale aktørene i folkehelsearbeidet, og en styrking av helseovervåkingen. Innen forskningen varsles det blant annet en prioritering av temaene kosthold, fysisk aktivitet, psykisk helse og sosial ulikhet i helse, med et fokus på handlingsrettet forskning (I Stortingsmelding nr.16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge s. 9)

Helsedirektoratet har anbefalt at forebygging og behandling av overvekt først og fremst skal behandles i primærhelsetjenestene (Sosial og Helsedirektoratet 2004 Forebygging og behandling av overvekt og fedme i helsetjenesten s. 42).

Både Verdens helseorganisasjon (WHO 2006 Fact sheet about overweight and obesity) og norske myndigheter understreker nødvendigheten av endringer i strukturelle forhold i samfunnet for å forebygge overvekt og fedme blant barn og unge. I Stortingsmelding nr. 16 (2002-2002) heter det: "For et demokratisk samfunn bør det være en selvfølge å forsøke å påvirke vilkårene som skaper sosiale helseforskjeller. Det er et rettferdighetsproblem når mennesker med lav sosial status, få goder og få ressurser i tillegg er mer belastet med smerte, sykdom, nedsatt funksjonsevne og forkortet levealder". (Stortingsmelding nr.16 2002-2003 Resept for et sunnere Norge s. 47). Årsaksforholdene til og konsekvensene av overvekt er komplekse, og det er behov for mer kunnskap på dette området (Oellingrath, m.fl., 2008 s.27), noe som er et nødvendig grunnlag for å kunne utvikle hensiktsmessige tiltak mot forebygging og behandling av overvekt og fedme.

For å møte helseutfordringene i tilknytning til overvekt og fedme, er det laget ulike handlingsplaner, for eksempel Handlingsplan for fysisk aktivitet i befolkningen (2005-2009), Nordisk handlingsplan (Nordic Council of Ministers 2006) og Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011). Sistnevnte med det formål å tilrettelegge for gode kostvaner og å redusere sosiale forskjeller i kosthold. Dette sammen med konsekvensutredninger og handlingsplan mot sosial ulikhet er eksempler på strukturelle tiltak for å forebygge og behandle blant annet overvekt og fedme (Stortingsmelding nr.16 2002-2003 Resept for et sunnere Norge s. 50-51) Handlingsplanene kunne imidlertid ha inneholdt mer med tanke på prispolitiske virkemidler. Noe Bugge påpeker i sin rapport om ungdom og skolematvaner, hvor det sees på som paradoks at usunn mat er mye billigere enn sunn mat (Bugge 2007).

Flerfaktoriell forståelse er i tråd med Sosial og Helsedirektoratets tilnærming til å styrke det psykiske helsearbeidet gjennom samordning av hjelpeapparatets tjenester, slik at de treffer barn og unge med sammensatte problemer (Sosial og Helsedirektoratet 2007 Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene s. 11-12). Enkelte av årsakene og konsekvensene av overvekt og fedme er sammenfallende med lidelser som kan tilskrives andre årsaker. I følge Program for Psykisk helse (2006-2010) skal det blant annet satses på forskning på barn og unges psykiske helse, sosiale og kulturelle faktorer ved psykisk helse, samt fremme tverrfaglig forskning, herunder forskning på psykiske aspekter ved somatisk sykdom (Norges Forskningsråd 2007 s. 7, 10). Overvektsproblematikk er, som det fremgår av redegjørelsen for de mange ulike faktorene som spiller inn i utviklingen av overvekt blant barn og unge og konsekvenser overvekten kan ha, sammensatt problematikk. Å utvikle kunnskap om sammensatt problematikk er et tiltak som kan bidra til å forstå årsakene til utviklingen av overvekt blant barn og unge, for deretter å kunne forebygge og behandle.

I følge Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi innebærer folkehelseforskning å rette fokus mot forebygging av helseproblemer, noe som krever langsiktig forskning. Et mål er å styrke forskning på effektive forebyggende tiltak, og på sammenhengen mellom adferd og helse. For å få til dette er det nødvendig med forskning som samarbeider på tvers av fag og disipliner innenfor brede problemfelt (Helse- og omsorgsdepartementet 2007 Forskningsstrategi 2006-2011 s 22).

Både i forskningsresultater og i politiske føringer beskrives gjennomgående tiltak innenfor følgende områder som sentrale i arbeidet med å utvikle strategier for forebygging og behandling av overvekt og fedme. Endring av strukturelle forhold, endring av levesett, og kompetanseheving av aktuelle yrkesgrupper som kan være med å forebygge og behandle overvekt.

”Folkehelsearbeid er overordnet helsetjenestene og defineres som ”Et samfunns samlede innsats for å fremme befolkningens helse og for å unngå sykdom og plager”

Folkehelsearbeid handler om å satse i forhold til den fysiske helsen, blant annet gjennom påvirkning av levevaner og levekår. Men det handler også om å satse på den psykiske helsen, gjennom å legge til rette for opplevelse av mestring, god selvfølelse, menneskeverd, trygghet, respekt og synlighet (Stortingsmelding 16 (2002-2003) Resept for sunnere Norge s. 6)

Dette uttrykker en helhetlig tilnærming til å forstå psykisk helse i sammenheng med samfunnsstrukturer, miljø og fysisk helse, og politiske vilje til å utvikle tiltak.

Stortingsmeldingen uttrykker videre at:

Befolkningens helse er ikke minst et resultat av utviklingstrekk og politiske valg utenfor enkeltindividenes rekkevidde. Sykdomsbildet speiler en generell samfunnsutvikling og de kårerne vi lever under. Ansvar må derfor synliggjøres i alle sektorer når nasjonal politikk formes. (Stortingsmelding 16. (2002-2003) Resept for sunnere Norge s. 7)

Lobstein (2004) benytter en modell som legger vekt på gjensidig påvirkning mellom individ og miljø for å illustrere barns sårbarhet overfor sosiale og miljømessige risikofaktorer som kan føre til overvekt og fedme. Tiltak vil da kunne være rettet mot strukturelle forhold som bidrar til utvikling av overvekt og ikke bare å rette tiltak mot det enkelte overvektige barnet. Dette samsvarer også med funn fra Telemarkundersøkelsen (Oellingrath m.fl., 2008), som peker på at overvekt og fedme påvirkes av samfunnets struktur som i mange tilfeller hindrer helsefremmende adferd (Oellingrath m.fl., 2008, 27).

Barnehage og skole er viktige arenaer, som i økende grad har gjort kosthold og aktivitet til fokusområder. Disse arenaene er viktige med tanke på barn og unge med overvekt eller fedme. Skolebaserte tiltak i forhold til undervisning og aktivitet ser ut til å virke (Sosial og Helsedirektoratet 2004, Forebygging og behandling av overvekt og fedme i helsetjenesten s. 27). Resultater fra Telemarkundersøkelsen underbygger også behovet for nøytrale arenaer der barn tilbys helsefremmende kosthold og fysisk aktivitet uansett bakgrunn. Spesielt viktig er det for barn i familier som trenger hjelp og støtte til livsstilsendringer (Oellingrath m.fl., 2008 s. 26).

I følge retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge (Handeland m.fl., 2008) krever behandling av overvekt endring av levevaner som omfatter hele familien, og foreldrenes motivasjon er sentral. En adferdsbasert tilnærming til tiltak rettet mot overvekt bygger på prinsipper fra lærings-psykologien, som stimulus/ respons, og belønning av ønsket adferd. Motivasjonen er ofte knyttet til bekymringer for barnets fysiske og psykiske helse. Motivasjon er imidlertid ikke tilstrekkelig for å få til en endring av livsstil. I retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge understrekes det at opplevelse av mestring er en forutsetning for atferdsendring, og at det er helsepersonells oppgave å bistå familiene i denne prosessen. For å sikre opplevelse av mestring må målene for endring av levevaner være passe store og tempoet i endringsarbeidet passe høyt. De fleste familier trenger hjelp til å sette realistiske mål, evaluere disse og drive denne prosessen fremover (Handeland m.fl., 2008 s. 43).

Hjelmesæth (2007) med kolleger (Hjelmesæth, Hofsø, Handeland, Johnson & Sandbu 2007) legger også vekt på at arbeid med overvekt dreier seg om endring av levevaner. De sier følgende: ”Varig endring av livsstil er fundamentet og fellesnevneren i all fedmereduserende behandling”, enten det dreier seg om forebyggende tiltak eller adferdsterapi. Hjelmesæth understreker i likhet med de nye retningslinjene for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge, at det må til en tverrfaglig tilnærming, og et langvarig behandlingsforløp i tre trinn, som er forberedelse, behandlingstiltak og oppfølging. Det er en krevende prosess hvor endring av adferd er grunnleggende (Hjelmesæth m.fl., 2007).

Heede legger til at det er svært viktig å ta hensyn til små økonomiske midler og mangel på kunnskap om hva som er et sunt kosthold og betydningen av fysisk aktivitet i arbeid med adferdsendring. Det å ha overskudd til å gjennomføre en livsstilsendring når man har så mange andre problemer å slåss med vil for mange kunne føles uoverkommelig (Ørntoft m.fl., 2005 s.146). Det Heede påpeker er at det er sentralt at helsepersonell har tilstrekkelige kunnskaper om bakenforliggende faktorer for å arbeide med overvektsproblematikk på en slik måte at tiltakene blir hensiktsmessige.

I Heedes undersøkelse kan det tyde på at overvektige også møtes av stereotype fordommer og diskriminerende behandling selv i sine møter med helsevesenet (Ørntoft m.fl., 2005 s. 154). I retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge påpekes også nødvendigheten av arbeid med forebygging av stereotypisering av denne sårbare gruppen. Potensielt kan alle spørsmål i tilknytning til overvektsproblematikk oppleves som kritiske. Det rettes mot fagpersoner en henstilling om å ha en respektfull, ydmyk og spørrende tilnærming i samtaler om overvekt, og om å være oppmerksom på egne holdninger og antakelser i forhold til temaet (Handeland m.fl., 2008 s. 43, 34). I likhet med slik det går frem av retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge understreker Heede (Ørntoft m.fl., 2005) at det er et sårbart tema hvor barn og foreldre lett føler seg anklaget og kommer i forsvarsposisjon.

I følge Helsedirektoratet har det vært grunnlag for å hevde at helsesøstre som er svært aktuelle i forbindelse med forebygging og behandling av overvekt og fedme, ikke har tilstrekkelig kunnskap om forebygging og behandling av overvekt, og at det er behov for å styrke denne kunnskapen. På bakgrunn av studier som har sett på effekten av ulike metoder for hvordan helsepersonell leder og organiserer behandling til mennesker med overvekt og fedme er det påvist et potensiale for forbedring. Tiltak kan gå ut på undervisning og kurs av helsepersonell og utvikling av såkalte ”reminders” til bruk i veiledning og organisering av behandling i tverrfaglige team – også kalt ”Shared care”. Mål for helsepersonell har vært holdning og adferdsendring, mål for pasientgruppen har vært tilfredshet med behandling i forhold til psykiske faktorer, sykelighet og sosiale risikofaktorer. Resultatet viste at ”reminders” førte til endret praksis hos helsesøstre og leger, - og et behov for videre forskning (Sosial og Helsedirektoratet 2004, Forebygging og behandling av overvekt og fedme i helsetjenesten s. 39).

LØFT er forkortelse for løsningsfokusert tilnærming (Langslet 2004 s.16). LØFT er en metode som er utviklet av psykologen Langslet, og som er tatt i bruk av mange helsesøstre. Metoden legger vekt på positive ressurser i endringsarbeid. Det er en praktisk metode for samhandling og kommunikasjon, og er en systematisk måte for å finne frem menneskers kompetanse og ressurser. Grunntanken er å utvikle løsninger fremfor å løse problemer (Langslet 2004 s.94-109). Metoden er relevant for helsesøstre ved at den har et helsefremmende fokus på mestring og iboende ressurser

Mye brukt i behandlingstilbudet til barn og unge med overvekt og fedme i Norge, er adferdsbasert tilnærming fremgår det av retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge (Handeland m.fl., 2008 s. 43). Dette sammenfaller med LØFT som metode. Helsepersonell bistår barn og familier i å kartlegge motiverende faktorer og ambisjonsnivå. Ikke minst det å sette realistiske og gjennomførbare mål, evaluere og drive prosessen fremover (Handeland m.fl., 2008 s. 42-44).

Behandling av overvekt foregår i dag først og fremst i andrelinjetjenesten, på sykehus, og grenseverdier på iso-KMI over trettitallet kvalifiserer til henvisning til sykehusbehandling av overvekt (Handeland m.fl., 2008 s. 35).

Behandling foregår også i førstelinjetjenesten i de kommunale helsetjenestene, men da enten som primær- eller sekundærforebyggende tiltak, det vil si at man bistår til vektreduksjon med forebygging av følgesykdommer som indikasjon. Denne behandlingen kan igangsettes for eksempel av helsesøster uten henvisning av lege (Handeland m.fl., 2008 s.30).

Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er under utarbeidelse etter WHO's anbefaling om en tettere oppfølging av barns vekst (Juliussen m.fl., 2009 s. 5) Det har også vært ønske om høyde- og vektmålinger fra foreldre og fra helsetjenesten. Myndighetenes hovedmål med de nye faglige retningslinjene er å bidra til å redusere andelen barn og unge med vekstavvik. For helsesøstre skal det bli lettere å oppdage barn som står i fare for å utvikle vekstavvik. Det følger med kriterier for når det bør henvises fra

primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten. Regelmessige helseundersøkelser med målinger av høyde og vekt gir verdifull informasjon om barns helse, vekst, trivsel og utvikling. Med hyppigere veie- og måleregimer vil man få et bedre grunnlag for å iverksette og evaluere tiltak både på individ- og befolkningsnivå. Årsakene til vekstsvik er sammensatte og det er behov for mer kunnskap om både årsaker og helsekonsekvenser. Sentral registrering av høyde- og vektdata fra helsestasjons- og skolebarn er også tiltak som vil kunne bidra til forskning på et område hvor kunnskapsgrunnlaget om de sammensatte årsakene og helsekonsekvensene av vekstsvik i dag er mangelfullt (Juliussen 2009 m.fl., s. 5-8). Retningslinjene for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten må sees i sammenheng med nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenestene om forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. (Handeland m.fl., 2008 s. 6).

Tiltak i tillegg til kompetanseheving som Helsedirektoratet (2004) nevner er det å involvere helsesøstre i større grad i arbeidet med å forebygge og behandle overvekt blant barn og unge. En måte å få til dette vil være å øke antall helsesøsterstillinger. Det er også et behov for flere stillinger for de andre yrkesgruppene som bør utgjøre et tverrfaglig team i forebygging og behandling av overvekt og fedme (Sosial og Helsedirektoratet 2004, Forebygging og behandling av overvekt og fedme i helsetjenesten s. 45).

Andre nasjonale føringer som tar sikte på å styrke tverrfaglig samarbeid, som bestemmelsene om rett til individuell plan, er gode tiltak i arbeidet med å forebygge og behandle overvekt blant barn og unge. Denne retten trådte i kraft 1. juli 2001 etter helselovgivningen, og etter Sosialtjenesteloven 1. januar 2004. ”Individuelle planer er ment å bidra til at personer med langvarige og sammensatte behov for tjenester får et mer helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud” (NOU 2004: 18 s. 89). Barn og unge som er rammet av overvekt eller fedme er et eksempel på en gruppe som har langvarige og sammensatte behov. Også Heede (Ørntoft m.fl., 2005) legger vekt på at i tilnærmingen til å hjelpe overvektige barn og unge bør man legge vekt på å finne løsninger i fellesskap. Heede understreker at det ikke er noen sin skyld at barnet er overvektig, det er et problem som må løses i fellesskap. Også for foreldre er det vanskelig å gripe problematikken an alene, derfor er det nødvendig med et helhetlig hjelpeapparat som kan bistå (Ørntoft m.fl., 2005 s. 158-161).

Ved å analysere mulige årsaksforklaringer, og konsekvenser av overvekt, i lys av en tilnærming som legger vekt på kompleksiteten, kan man få et grunnlag for en helhetlig tilnærming til mulige tiltak for å forebygge og behandle overvekt blant barn og unge. Det er i samsvar med intensjoner i nasjonale føringer (Stortingsproposisjon nr.1 2008-2009 s. 12), hvor styrking av det tverrfaglige samarbeidet er et nasjonalt satsningsområde. Nasjonale styringsdokumenter legger vekt på en helhetlig tilnærming til tiltak for forebygging og behandling av overvekt i dagens samfunn. Dette uttrykkes i følgende sitat fra Folkehelseinstituttet, som refererer hovedkonklusjonene til The Royal College of Physicians og the Faculty of Public Health i England, som samsvarer med den norske måten å tilnærme seg overvektsproblematikken på et strukturelt nivå:

Den voksende overvekts-epidemien krever langsiktige og gjennomgripende forandringer i omgivelsene - endringer som oppmuntrer folk til å forandre livsstil i stedet for å klandre den som er blitt overvektig. For å stoppe epidemien må det gjøres tiltak både på nasjonalt nivå, på kommunalt nivå og på individnivå (Folkehelseinstituttet (2004) Tema: Overvekt og fedme).

En helhetlig tilnærming til forebygging og behandling av overvekt og fedme understrekes også av forskere, helsepersonell og ulike faggrupper som arbeider med overvektsrelaterte spørsmål. En slik tilnærming defineres som psykososialt arbeid i Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003). Psykososialt arbeid er prosessorientert og omfatter alt fra helsefremmende og forebyggende tiltak til psykiatrisk og medisinsk behandling (Stortingsmelding nr. 16 2002-2003 Resept for sunnere Norge s.). Stortingsmeldingen omtaler også et behov for kompetanseheving i psykososialt arbeid for barn og unge.

2.5 Et sammensatt fenomen

Som det fremgår av redegjørelsen for de ulike faktorene som har betydning for årsaker og konsekvenser av overvekt og fedme, og mulige tiltak for å forebygge og behandle overvekt og fedme er det et sammensatt fenomen. Undersøkelser viser at samspillet mellom faktorer som kan påvirke utvikling av overvekt hos barn og unge er sentralt. Likevel er det i følge Andersen og kolleger (2005) gjort mest forskning på enkeltfaktorer, og mindre på det komplekse samspillet av faktorer som spiller inn for utvikling av overvekt (Andersen m.fl., 2006).

Forskning på overvekt og fedme i dagens samfunn er i stor grad rettet mot enkeltfaktorer, som for eksempel medisinske, psykologiske eller sosiale faktorer som undersøkes, og forskningen legges til grunn for statlige føringer. Også i tidligere nevnte studier, som for eksempel Lobstein med kolleger (2004) påpekes det at det er behov for flere undersøkelser rundt det komplekse samspillet av faktorer som spiller inn for utvikling av overvekt og fedme.

Synet på at overvektsproblematikk er et sammensatt fenomen gjenfinnes i nasjonale føringer fra Helse og omsorgsdepartementet for hvordan man bør nærme seg arbeidet med overvektsproblematikk.

Overvekt- og fedmeutviklingen krever systematisk forebyggende innsats, rettet mot hele befolkningen og særskilte risikogrupper. Det er en utfordring å sikre samordning av helsetjenestens forebyggende innsats overfor grupper som står i fare for å utvikle sykdommer knyttet til levevaner (Stortingsproposisjon 1 S, 2009-2010 s. 12)

I Stortingsmelding nr 16.(2002-2003) sees psykiske problemer og lidelser i sammenheng med genetisk sårbarhet, oppvekstforhold, livshendelser og sosiale faktorer (Stortingsmelding nr 16 2002-2003) Resept for et sunnere Norge s. 22). Heedes undersøkelser kan tyde på at det å ha psykiske problemer øker risikoen for overvekt. Hennes erfaring fra klinisk praksis samsvarer med Stortingsmelding 16. i det at flere ulike faktorer spiller inn i forbindelse med overvekt (Ørntoft m.fl., 2005 s. 146). Individuelle forhold er i følge retningslinjer for forebygging,

utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge et sentralt spørsmål. ”Overvekt er et komplekst og sammensatt problem og i vurderingen av ulike tiltak må barnet eller ungdommens livskvalitet nøye vurderes. Forebygging og behandling må ta utgangspunkt i det enkelte barn og families ressurser, betingelser og muligheter for endring” (Handeland m.fl., 2008 s. 33). I tillegg til individuelle forhold og tilnærming til det enkelte barn og familie, legges det også vekt på hvordan kompleksiteten rundt overvektsproblematikk påvirker de som skal hjelpe. Noe dette sitatet viser:

Behandling av overvekt er en tidkrevende og møysommelig prosess som fordrer stor innsats fra pasient, familie og helsepersonell. Mange trenger livslang støtte og intervensjonene må være alderstilpassede. Som behandler vil man ofte føle oppgitthet, frustrasjon og fortvilelse over at pasientene og familiene ikke følger de rådene man gir, vekten stadig øker eller de dropper ut av behandling. For å kunne hjelpe til i denne prosessen er det avgjørende at behandler har et tverrfaglig miljø å støtte seg til. Hos noen er overvekten bare en av flere utfordringer pasienten og familien strever med, noe som gjør behandlingen ytterligere kompleks. Jo mer komplekse sakene er, jo viktigere er tverrfagligheten (Handeland m.fl., 2008 s. 33).

Både ut i fra et forebyggende og et behandlende perspektiv, for å hindre utvikling av overvekt og følgesykdommer, oppfordres kommunene til å opparbeide nettverk av ulike faggrupper og ressurspersoner som kan samarbeide om tiltak og tilbud overfor denne brukergruppen (Handeland m.fl., 2008 s. 25, 30). Slik konkretiseres den nasjonale helsepolitikken i forhold til overvektsproblematikk hos barn og unge, for å sikre deres rettigheter til et helhetlig og sammenhengende helsetilbud. I følge Sosial- og Helsedirektoratet er rettighetene lovfestet i Pasientrettighetsloven § 2-5, Sosialtjenesteloven § 4-3a, Kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og Psykisk helsevernloven § 4-1, med forskrift om individuell plan for barn og unge med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester. Tiltak kan være ansvarsgruppe, som består av brukeren selv eller hans/hennes representant og alle tjenesteutøvere som yter eller er ansvarlig for tilbud og tjenester til brukeren. Ansvarsgruppen har som oppgave å planlegge, følge opp og samordne enkelttiltakene fra ulike tjenester og tilbud for det enkelte barn og familie. For små kommuner vil interkommunalt samarbeid være en forutsetning for å kunne gi helhetlige og sammensatte tjenester (Sosial og Helsedirektoratet 2007 Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene s. 53-54).

Et sentralt poeng i Stortingsmelding nr. 47 2008-2009 om Samhandlingsreformen, er å se omsorgssektoren i sammenheng med de andre samfunnsområdene. Samhandlingsreformen retter oppmerksomheten mot hele spekteret av fagprofesjoner for å utvikle en samlet helsetjeneste som gjør bruk av faglige egenskaper og fortrinn hos de enkelte gruppene.. Samhandlingsreformens hovedmål er helhetlig tenkning i helse og omsorgstjenestene med vekt på forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging (Stortingsmelding nr 47 2008-2009 Samhandlingsreformen s. 15).

2.6 Helsesøsters arbeid

Helsesøstres rolle i samfunnet er regulert gjennom lovgivningen, sammen med forskrifter og retningslinjer fra Helse og omsorgsdepartementet med underliggende avdelinger. Kommunenes ansvar er å tilrettelegge for at helsesøstertjenesten utfører de lovpålagte oppgavene. Hvordan helse og sosialtjenesten organiseres avgjøres i den enkelte kommune. Nevner et utvalg av lover, forskrifter og retningslinjer som er styrende og veiledende for helsesøstertjenesten.

Den norske sosial og helselovgivning påvirkes av og må forholde seg til folkerettslige forpliktelser. I 1999 vedtok Stortinget at menneskerettighetenes stilling i norsk rett skulle styrkes. Dette innebærer at FN konvensjonene, deriblant barnekonvensjonen av 20. november 1989, gjelder som norsk lov, og skal ved motstrid gå foran annen lovgivning, i følge menneskerettsloven av 20. mai 1999 nr.30 § 3. Barnekonvensjonen regulerer forholdet mellom barn og stat, mellom stat og familie, og mellom familie og barn. Det slås blant annet fast at ethvert barn har rett til en levestandard som er tilstrekkelig for barnets utvikling på alle områder i livet, uavhengig av om de nære omsorgsutøverne har de nødvendige ressursene. Gjennomføring av statlige føringer i helse spørsmål overfor barnefamilier ivaretas blant annet av helsesøstre. Menneskerettighetene anses som overordnede etiske og folkerettslige prinsipper som legges til grunn i nasjonal rettsanvendelse og myndighetsutøvelse. På helseområdet er det WHO som arbeider med landenes overholdelse av de internasjonale standardene (NOU 2004:18 s. 30)

Folkehelsearbeid er en oppfølging av disse målsetningene. Dette gjøres som tidligere nevnt ut i fra ulike strategier. Høyrisikostrategier vil si at man går direkte ut mot å nå risikogrupper med helseopplysning og tiltak som bygger på helsefaglig kunnskap, for eksempel for å få dem til å endre livsstil. Dette reiser noen etiske dilemmaer som helsesøstre møter på i sin yrkesutøvelse. På denne måten kan man definere folk som syke uten at de har symptomer på sykdom, eller uten at det er sikkert at denne personen vil bli syk. På den andre siden er det ikke uproblematisk å vite at noen har økt risiko for sykdom som de i større eller mindre grad kan gjøre noe med uten at denne kunnskapen blir formidlet til den det gjelder. Det legges vekt på at høyrisikostrategiske tilnærminger ikke skal benyttes overfor enkeltpersoner som ikke ønsker det (Stortingsmelding nr. 26 (1999-2000) Om verdier for den norske helsetenesta s. 50).

Gruppestrategisk tilnærming er en metode som har likhetstrekk med reklame, hvor man går ut med en generell tilnærming til helseopplysningsarbeid. Dette reiser også noen etiske spørsmål som helsesøstre møter på i sitt virke, om hva som er akseptabelt av bruk av virkemidler som har en ubevist påvirkningskraft. Hva med de som ikke er i besittelse av den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til å gjøre det som er forventet? (Stortingsmelding nr. 26 (1999-2000) Om verdier for den norske helsetenesta s. 51).

Helsefremmende og forebyggende arbeid skal ha en sentral plass i samfunnsplanlegging (Glavin & Kvarme 2003 s. 82). Helsestasjon og skolehelsetjenesten er det eneste stedet hvor helsetjenestene treffer alle barn og unge, nærmere 100% av barnefamiliene benytter seg av tilbudet (Glavin & Kvarme 2003 s. 86) Dette samsvarer med Helsedirektoratets vurdering av at

helsesøstres rolle i det forebyggende og helsefremmende arbeidet er svært aktuell (Sosial og Helsedirektoratet 2004, Forebygging og behandling av overvekt og fedme i helsetjenesten s.45). Begrepet forebyggende arbeid brukes generelt i daglig praksis om både helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. Helsefremmende arbeid vil si å styrke motstandskraften mot negative faktorer, og øke mestring av dagliglivets utfordringer, – såkalt salutogenese. I helsefremmende arbeid er en av de viktigste metodene helseopplysningsarbeid, som et ledd i prosessen som gjør folk i stand til å bevare sin helse, dette gjør helsesøstre for eksempel ved hjelp av sin generelle veiledningskompetanse. Et annet eksempel som ikke er individrettet er helsesøstres deltakelse i planlegging av kommunalt helsearbeid. Denne dreiningen i helsesektoren mot å omfatte helsefremmende virksomhet utover kliniske og kurative tjenester forutsetter holdninger og endringer som setter individets totalbehov i sentrum (Glavin & Kvarme 2003 s. 99).

I organisering og tiltak på kommunalt nivå, legges følgende to hovedområder frem for helsestasjonsvirksomheter. Generelle tiltak hvor det arbeides med miljøspørsmål, rådgivning, oppsøkende virksomhet og foreldregrupper. Spesielle tiltak med arbeid for å bedre diagnostisering av sårbare grupper, iverksette helsetiltak, informasjon og henvisning videre i hjelpeapparatet ved behov. (Glavin & Kvarme 2004 s. 82).

2.6.1 Kunnskapsgrunnlaget

Kravet om faglig forsvarlig virksomhet står sentralt i den norske helselovgivningen. Kunnskapsgrunnlaget er på mange måter normativt. Det skal ikke bare ligge til grunn for å iverksette tiltak, det skal også brukes til å vurdere hvilke tiltak som ikke bør iverksettes (Stortingsmelding nr. 26 (1999-2000) Om verdier for den norske helsetenesta s.).

Rammeplan, ut fra universitet og høyskoleloven av 4.jan 2005 § 3-2, og forskrifter for helsesøsterutdanningen definerer målområder og innhold i helsesøsterutdanningen.

Helsesøstrenes kunnskapsbase med kjennskap til rammeplanen, og målsetningene om innsikt i sammenhengen mellom psykologiske, sosiologiske og sosialantropologiske emner, samt sammenhengen mellom individ, samfunn og helse. Sentralt står kunnskap om hovedlinjene som helsesøstertjenesten arbeider etter, individrettede tiltak, befolkningsrettede tiltak, i tillegg til administrasjon og kvalitetssikring av tjenestene (Kunnskapsdepartementet 2005).

Målet med helsesøsterutdanningen er å utdanne sykepleiere til sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid, blant barn og unge, deres familier og nærmiljø. Sentralt er kunnskap om helhetstenkning og en ressurs og løsningsorientert tilnærming (Glavin & Kvarme 2003 s. 88)

Sykepleiefaglige forståelses og kunnskapsformer er selve grunnlaget for utdanningen. Dette bygger på kunnskap fra felt som sykepleievitenskap, samfunnsvitenskap, naturvitenskap, humanistiske og sosiale fag. Innen sykepleievitenskapen er det fire overordnede begreper, mennesket, miljø, helse og sykepleie. Sykepleiefaglige kunnskaper kan systematiseres i fire

områder, som i samspill påvirker sykepleie og helsesøsterarbeidet. Disse områdene er klientområdet hvor kunnskap om menneskelige fenomener settes i et sykepleiefaglig perspektiv. Videre er det samhandlingsaspektet mellom klient og sykepleier, deretter er det praksisområdet, hvor kognitive, holdningsmessige og sosiale forholds påvirkning på samhandlingsaspektet inngår (Glavin & Kvarme 2003 s.)

Til sist er det de ytre organisatoriske og strukturelle faktorene i sykepleierens omgivelser, sykepleiepraksis, normer, etikk og standarder som kan påvirke sykepleiere og helsesøstres arbeid. Ytre faktorer kan enten tilrettelegge eller skape hindringer for utøvelse av fagene.

Indre faktorer er også svært viktige i utøvelsen av disse fagene, hvor kunnskaper, erfaringer og holdninger kan påvirke prioriteringer og motivasjon.

Sykepleieteoretikeren Hendersons definerer det faglige fundamentet som sykepleie og helsesøstervirket baserer seg på slik:

Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesker, enten det er sykt eller friskt til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse, som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham eller henne til å bli selvstendig så raskt som mulig. (Glavin & Kvarme 2003 s. 92-94).

Som nevnt under helsesøsters rolle er et av hovedområdene som helseøstre arbeider med rådgivning og informasjon. Helseopplysning står sentralt, og defineres som "Formidling av kunnskap om hvordan samfunn og individ kan oppnå best mulig helse" Helseopplysning er en av viktig metode i helsefremmende arbeid (Glavin & Kvarme 2003 s.101).

Helsesøstres undervisende og veiledende funksjon kan bidra til adferdsendring som grunnlag for forebygging og behandling av overvekt og fedme blant barn og unge. Dette er i tråd med Hendersons definisjon av det faglige fundamentet som sykepleie og helsesøsterarbeidet er basert på. Gjennom undervisning og veiledning bidrar helsesøstere til at barn og unge og deres familier skal oppnå nødvendig styrke, vilje, kunnskap, og motivasjon i forhold til kosthold og aktivitet, som fører til at de utvikler seg til å kunne gjøre helsefremmende valg på en selvstendig måte. Dette er både primærforebyggende og sekundærforebyggende arbeid på en gang, og det er tid og ressurskrevende. Det stiller også store krav til den enkelte helseøsters kommunikasjonsferdigheter slik at helseopplysningen gis på en måte som får barn og foreldre til å oppleve mestring.

2.6.2 Helsesøstres funksjon og arbeidsoppgaver

Svangerskapsomsorgen i samarbeid med jordmødrene, er sammen med offentlig helsearbeid som miljørettet helsevern, helsetjenester til flyktninger og smittevern funksjoner hvor helsesøsterarbeid utføres. Andre felt hvor helsesøstre er kjernepersonell er i helsestasjonstjenesten som er et gratis tilbud til alle barnefamilier hvor helsesøstre utfører et

omfattende arbeid som inkluderer alt fra detaljerte medisinske undersøkelser til veiledning og støtte til foreldre med sped- og småbarn. I skolehelsetjenesten ivaretar helsesøstre oppgaver som screening, målrettede undersøkelser, individuell veiledning, gruppesamtaler, undervisning og tiltak rettet mot omgivelsene. Sentralt er samarbeidet med hjemmet, skolen det øvrige hjelpeapparatet i samfunnet, hvor et mål er å identifisere og løse helsemessige problemer i skoleelevers situasjon. Helsesøstres tilstedeværelse på videregående skoler er nødvendig både for å hjelpe og å henvise ungdommer med ulike fysiske eller psykiske plager videre i hjelpeapparatet. Dette er en viktig målgruppe fordi mange i denne aldersgruppen strever i overgangen fra barn til voksen. Helsestasjon for ungdom er et gratis lavterskeltilbud på ettermiddager og kvelder hvor problematikk knyttet til seksualitet, rus, spiseforstyrrelser, depresjoner og forskjellige fysiske plager er områder som ofte går igjen (Glavin & Kvarme 2003 s. 82, 124-130).

For å følge med på vektutviklingen blant barn og unge i Norge i dag, er percentilkurver i bruk. Kurvene måler forholdet mellom vekt og høyde hos barn mellom 0-17 år. Helsesøstre administrerer målene og er i førstelinje for å henvise barn som har forhøyede percentilmål videre inn mot spesialisttjenestene.

Tverrfaglig arbeid er sentralt i helsesøsterarbeidet. Fastleger, barneleger, fysioterapeuter, pedagoger, psykologer og ernæringsfysiologer, samt barnevernstjenestene er samarbeidspartnere. Årsak - virkningsforholdene er sammensatte rundt folkehelseproblemer som for eksempel overvektsproblematikk. Det kreves tverrsektorielle arbeidsformer for å forebygge. Fellestrekket for alle typer folkehelseproblematikk er at innsatsen bør starte i barne- og ungdomsalderen hvor helsesøstre er sentrale aktører (Glavin & Kvarme 2003 s. 83).

Hvordan helsefremmende og forebyggende arbeid utføres avhenger av målgruppen. Helsesøstre utfører både sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid, metodevalg vil i de fleste tilfeller ha en primærforebyggende tilnærming hvor tiltakene settes inn før problemene oppstår. Sekundærforebyggende tiltak er også sentralt i helsesøstres arbeid, betegnelsen brukes om tiltak som skal hindre at problemer varer ved eller videreutvikles slik som for eksempel ved overvektsproblematikk (Glavin & Kvarme 2003 s.100).

3 METODE

Metodiske valg dreier seg om hvordan forskere kan fremskaffe kunnskap om fenomener, og om hvilken status kunnskapen har. Det kan gjøres ved hjelp av ulike forskningsprosesser som ved kvantitativ metode eller kvalitativ metode (Grimen 2007 s. 237). I følge Kvale er den opprinnelige betydningen av ordet metode, veien til målet (Kvale 2009 s. 52). I dette kapittelet redegjøres det for fremgangsmåten som er brukt for å fremskaffe ny kunnskap om hva helsesøstre vet om overvekt blant barn og unge, og hvilke utfordringer og muligheter de står overfor i arbeidet med overvektige barn og deres familier.

Kvantitativ metode er en metode som undersøker flest mulig. Telling og måling er vanlige former, som fremstilles i tabeller, grafer og i statistikk. Det er mange spesifikke regler og mye formalisering og trinnene i forskningsprosessen er klart adskilt (Befring 2007 s. 29) Kvantitativ metode er nyttig fordi det kan gjøres en velbegrunnet generalisering på bakgrunn av at noen fenomener bare er tilgjengelige gjennom representative utvalg (Grimen 2007 s. 255).

Innvendinger mot bruk av kvantitativ metode er for eksempel at folk kan fortolke spørsmålene i spørreskjemaer ulikt, og da har man likevel ikke noen garanti for at alle har besvart de samme spørsmålene (Grimen 2007 s. 256).

Innenfor kvalitativ forskning er det flere ulike metodiske tilnæringer, som har utviklet seg som en følge av grunnlagsdebattene som har foregått (Ryen 2006 s. 27). Felles for kvalitative metoder er at det er metoder hvor man konsentrerer seg om et lite utvalg, som man til gjengjeld vil undersøke svært grundig. Kvalitativ tilnærming omfatter ulike metoder, hvorav ett er intervju. (Ryen 2006 s. 18). Kvalitativ metode kan være en selvstendig kilde til innsikt i samfunnsforhold, de kan ha hjelpefunksjoner i forhold til kvantitative studier eller de kan brukes til testing av hypoteser (Grimen 2007 s. 245). Det grunnleggende materialet er ikke objektive data som skal kvantifiseres, men meningsfulle relasjoner som skal tolkes (Kvale 2009 s. 25). Det er gjerne tilrettelagt for en dynamisk samhandling mellom den som observerer og den som blir observert (Befring 2007 s. 29). Innvendinger kan være at metoden ligger i spenningsfeltet mellom faren for å manipulere data, og foreta overfortolkning fordi det foregår i en kontekst hvor forskeren selv inngår, og sikring av vitenskapelige krav.

Kritikk av kvalitativ metode har vært at det kan være vanskelig å sikre at utvalget er representativt, at man bruker ledende spørsmål, eller får strategiske svar som følge av manglende anonymitet hos informantene. Metoden er ressurs- og tidkrevende, et solid kvalitativt opplegg beregnes å ta mellom ett og to år (Kvale 2009). I følge Kvale er intervjuer en grunnleggende del av kvalitativ forskning. Den samfunnsfaglige relevante kunnskapen dannes i interaksjon mellom mennesker, og det kvalitative intervjuet kan bidra til å strukturere og konkretisere denne kunnskapen (Kvale 2009 s. 62).

I den videre fremstillingen i metodekapittelet er fokus rettet mot kvalitativ metode fordi informasjonen i denne studien er innhentet ved hjelp av et kvalitativt intervju.

3.1 Holistisk og fenomenologisk hermeneutisk tilnærming

Historisk sett kan filosofien betraktes som alle vitenskapelige disipliners opphav. Sammen med religion og kunst handler det om å forstå verden og å plassere våre liv i en større sammenheng. Den fremste leverandøren av en slik helhetsforståelse har vært, og er i store deler av verden religioner, mens vitenskapen har overtatt i den moderne vestlige verden. Vitenskapen er en metodisk søken etter begrunnbar og sikker viten (Svendsen 2003 s. 40). Et spørsmål som lar seg besvare med empiri, altså erfaringsbasert kunnskap, er ikke et filosofisk spørsmål, men et filosofisk spørsmål kan utvikle seg til å bli vitenskapelig. Vitenskapsfilosofien er en disiplin som fokuserer på vitenskapsteorier og vitenskapelige praksiser. Fenomenologi og hermeneutikk er vitenskapsteoretiske grunnposisjoner ((Svendsen 2003). Holisme er både en filosofi og en vitenskapsteoretisk retning. Holisme blir ofte fremstilt som det motsatte av er reduksjonisme, som har vært det rådende forskningsidealet innen naturvitenskapene (Lauvås & Lauvås 2004 s. 157) Det ene utelukker ikke det andre, og som Oellingrath og kolleger (2008) understreker, er det behov for forskning om barn og overvekt med forskjellige metodiske tilnærminger for å dokumentere individuelle og samfunnsmessige årsaker. Dette underbygges ved hjelp av Grimens (1989) kritikk til at begrepsparet holisme og reduksjonisme beskrives som motsetninger til hverandre. Reduksjonisme er holistisk i den forstand at den innebærer et forslag til å forstå helhetlige sammenhenger, og motsatt ut i fra et holistisk syn vil noen deler ofte være fremtredende, og dermed være en form for reduksjonisme. I følge Grimen er det bare mulig å beskrive forslag til helhetssyn innenfor spesielle fenomener (Grimen 1989 s. 138). Med holisme i forbindelse med spørreundersøkelsen med helsesøstre, og fremstillingen av funnene, menes den helhetlige tilnærmingen til årsaker og konsekvenser av fenomenet overvekt blant barn og unge i dagens samfunn.

Den franske filosofen Montesquieu, var en foregangsmann i opplysningstidens Frankrike på 1700 tallet. Hans tankegods har preget vestens utvikling frem til i dag. Montesquieu omtalte samspillet mellom faktorer som påvirker den sosiale strukturen som en helhet, noe dette sitatet illustrerer: ”Mennesket blir påvirket av en rekke årsaker, av klima, religion, lover og statsledelsens forordninger, moral og sedvaner. På dette grunnlaget formes nasjonens ånd.” Dette er et uttrykk for et tydelig holistisk perspektiv (Guneriusen 1996 s. 49). Holistisk tankegang i vårt samfunn gjenfinnes i blant annet i nasjonale føringer for forebygging av overvekt i dagens samfunn, som er redegjort for i teorigrunnlaget.

Fenomenologisk filosofi er basert på en deskriptiv studie av menneskers bevissthet (Kvale 2009 s. 38), slik at ting skal vise seg så fritt for fortolkning som mulig. Et fokus som innebærer et forsøk på å skille mellom fenomenene i seg selv og den fortolkningen som foretas. Et svært vanskelig skille i praksis fordi vi har tanker og meninger om fenomenene, og fordi egen forforståelse preger det som tolkes. Likevel må målet være å i minst mulig grad la egen fortolkning bli en fastlåst sannhet (Damsgaard, 2007 s. 199). Sentrale trekk ved hermeneutisk forståelse er i følge den norske filosofen Arne Næss forholdet mellom helhet og del, og at

begrepet mening alltid er kontekstuellet betinget. Delene får sin mening fra helheten, og helheten får sin mening av delene. Denne meningsutvekslingen kalles ofte den hermeneutiske sirkel. Hermeneutisk forståelse av at helheter og deler sees i sammenheng med hverandre sammenfaller med en holistisk forståelse hvor tesen er at helheten er mer enn summen av delene (Næss 1980 s. 142-150). En annen sentral tese i hermeneutikken er ”ingen forståelse uten forforståelse” altså hvilke forutsetninger som forståelse og tolkning springer ut i fra (Næss 1980). Samspillet mellom helhet og del forstås i lys av at de enkelte delene er meninger som har oppstått i en kontekst. Holisme representerer en metode som benytter seg av helhet som forklaringsprinsipp. Det er sammenfallende med hermeneutikkens tolkningsprinsipp (Lauvås & Lauvås 2004 s. 157).

For eksempel påpeker de to amerikanske sykepleieforskerne Benner og Wrubel, i sin teori ”the Primacy of Caring” at ens tenkemåte er avgjørende for ens handlinger. De mener at vitenskapsfilosofi dreier seg om ens grunnleggende forståelse av hva som karakteriserer vitenskap og dens forhold til samfunnet generelt og i forhold til sykepleie spesielt. Menneskesyn og syn på kunnskap er sentralt. Teori om mennesker og det som er betydningsfullt i deres liv kan etter Benner og Wrubels syn ikke bygge på en positivistisk innfallsvinkel, men bør ta utgangspunkt i en hermeneutisk fenomenologisk innfallsvinkel. Hermeneutisk fenomenologisk innfallsvinkel har tre kjennetegn. Mennesket er selvfortolkende i sitt vesen, selvforståelsen er avgjørende for tolkning og handling, og oppfattelse av mening påvirkes av kultur og den kontekst den oppstår i. Dette sammenfaller med en holistisk tilnærming hvor man må innrette seg etter menneskers totale livssituasjon når enkeltheter skal utforskes (Konsmo 1995 s. 25-28).

Holisme som innfallsvinkel går igjen i hele denne oppgaven. Samspillet mellom de ulike faktorene som har betydning for overvekt er lagt vekt på i innledningen og i teorigrunnlaget så vel som i drøftingen av datamaterialet. Det at ulike faktorer er inndelt i kapitler er gjort fordi det var nødvendig å strukturere materialet for å fremstille det innenfor 100 sider. Det er ikke et uttrykk for et syn som innebærer at sammensatte systemer kan forklares alene ved hjelp av de enkelte faktorene.

Den kvalitative forskningens utvikling metodologisk og teoretisk, har gått i retning av kunnskapsdannelse på bakgrunn av vitenskapsteoretiske grunnposisjoner som fenomenologi og hermeneutikk. Intervju som en del av kvalitativ forskning har utviklet seg i samsvar med denne måten å oppnå kunnskapsdannelse på (Kvale 2009 s. 24-26).

En helhetlig innfallsvinkel og fenomenologisk hermeneutisk metode er valgt fordi et vesentlig forskningskrav er å velge en metode som er tilpasset det man skal undersøke. Emnet overvekt blant barn og unge er et fenomen som står sentralt helsepolitisk og i forhold til utviklingen generelt i dagens samfunn. I kvalitativ forskning er søkelyset ofte rettet mot å undersøke fenomener og prosesser som inngår som sentrale i den samfunnsutviklingen som vi er en del av (Damsgaard 2007 s. 199). Å undersøke hva helsesøstre vet om overvekt blant barn og unge, og hvilke utfordringer og muligheter de står overfor i sitt arbeide med emnet er egnet for intervju som metode fordi det dreier seg om helsesøstrenes kvalitative beskrivelser og subjektive

opplevelse av fenomenet overvekt blant barn og unge. I den første delen av undersøkelsen, som dreier seg om hva helsesøstrene vet om overvekt blant barn og unge, har intervjuguiden en høyere strukturingsgrad hvor parametrene er bestemt på forhånd ut i fra Telemarkundersøkelsen. Det gjør den mindre fenomenologisk i sin tilnærming enn del to som tar sikte på å undersøke hvilke utfordringer og muligheter helsesøstrene står overfor i arbeidet med overvektige barn og unge, som har åpnere spørsmål rundt fenomenet overvekt blant barn og unge.

Fenomenologisk refleksjon benekter ikke realiteter, men innebærer å skape en avstand til opplevde realiteter, og retter oppmerksomheten mot det som konstituerer realiteter, eller vilkårene for erfaringer (Guneriusen 1999 s. 161). Fenomenologisk inspirasjon innebærer en beskrivende studie av menneskers bevissthet, for å forstå verden fra deres ståsted (Kvale 2009 s. 38- 73) Ut i fra denne forståelsen av fenomenologisk tilnærming, legges det vekt på å beskrive helsesøstrenes erfaringer med arbeidet med overvektige barn så presist som mulig ut fra deres uttalelser.

For at et intervju skal være rent fenomenologisk, slik at svarene i minst mulig grad skal være preget av forforståelse og fortolkning, er et ustrukturert intervju hvor intervjuet arter seg som en fri samtale med tema, generelle spørsmål og problemstillinger som utgangspunkt en metode. Generelt vil det da i følge Befring styrke validiteten ved å legge intervjusituasjonen maksimalt til rette på informantens premiss, slik at han eller hun kan uttrykke seg mest mulig fritt og naturlig. På den annen side kan man styrke reliabiliteten ved å strukturere intervjuguiden og på den måten gardere seg mot feilfaktorer (Befring 2007 s. 124). Det fenomenologiske aspektet i spørreundersøkelsen blant helsesøstrene ligger i at intervjuguiden er semistrukturert, den legger føringer for intervjuet gjennom emneintroduserende spørsmål, men det har også vært lagt vekt på oppfølging av informantens svar. Det ble i tillegg stilt spørsmål i intervjuguiden om informantene hadde noen refleksjoner omkring temaet barn og overvekt som de ikke hadde fått tatt opp i noen av de foregående spørsmålene, eller noe som de ønsket å utdype nærmere. De fleste ga betydelig tykkere besvarelser på dette spørsmålet, som i større grad er et generelt spørsmål, og som ga grunnlag for friere samtale, enn mange av de andre spørsmålene i intervjuguiden.

Kvalitative studier har gjerne en fenomenologisk tilnærming, fordi de innebærer et fokus på informantens opplevelse og forståelse av et fenomen, men rent fenomenologisk er det sjeldent. Med en hermeneutisk analyse i kvalitative studier, legges det vekt på informantens forståelse og tolkning av denne i et videre teoretisk perspektiv (Befring 2007 s.181). I hermeneutisk forståelse er meningstolkningen det sentrale. Begrepene samtale og tekst er viktige, og det legges vekt på tolkerens forforståelse av emnet (Kvale 2009 s. 40). Som helsesøster som undersøker hva kolleger legger i begreper, beskrivelser og formuleringer rundt fenomenet overvekt blant barn og unge, ser jeg ikke bort fra egen forforståelsen av emnet i søken etter meningssammenhenger og betydningen av sosiale kontekster. Det er lagt vekt på at dette i minst mulig grad skulle prege fortolkningen av informantens informasjon.

En tolkning er en måte å forstå bruken av, eller meningen med en formulering på. En avsender legger en bestemt tolkning til grunn for en formulering, en mottaker forstår også formuleringen på en bestemt måte, men den samsvarer ikke alltid med avsenderens hensikt. En formulering kan også være flertydig, og en påstand kan uttrykkes med flere formuleringer. I tolkningsarbeid bør tolkninger være rimelige. For at en formulering skal være en rimelig tolkning av en annen formulering er det ikke nok at de to formuleringene uttrykker den samme påstanden i en sammenheng. En rimelig tolkning må kunne uttrykke den samme påstanden i relativt mange tilsvarende sammenhenger. En tolkning dreier seg om å finne noe som det er mulig å tro at en person mener å si med sin formulering, og erstatte den med en annen formulering. (Johnsen 2002 s. 31-34). I en hermeneutisk kontekst er det stort rom for det relative og det subjektive, og et vesentlig premiss er at observasjoner ikke gir absolutte og objektive uttrykk for fenomener (Befring 2007 s. 27). Dette sammenfaller med målet med denne undersøkelsen, som er å fremskaffe helsesøstrenes subjektive opplevelse av erfaringer og utfordringer som de står overfor i sitt arbeid med overvektige barn og deres familier.

3.2 Eget metodevalg

Det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide med utgangspunkt i kvantitative data fra Telemarkundersøkelsen, for å utdype og supplere allerede eksisterende funn. I den samme intervjuguiden ble det også formulert spørsmål med en mer åpen tilnærming for å få et innblikk i helsesøstrenes egne erfaringer om hvilke utfordringer og muligheter de står overfor i arbeidet med overvektige barn og deres familier. Det førte til en todeling av undersøkelsen.

Spørsmålene i intervjuguidens første del er definert på forhånd, på bakgrunn av parametrene fra Telemarkundersøkelsen. Spørsmålene er formulert med tanke på å undersøke hva helsesøstre vet om disse faktorenes påvirkning på overvekt og fedme blant barn og unge. Parametrene omfatter sammenhengen mellom overvekt blant barn og unge og følgende forhold:

- Skilte foreldre
- Foreldrenes utdanningsnivå
- Familieøkonomi

I tillegg til spørsmål knyttet til disse tre parametrene er det i intervjuguidens første del lagt vekt på at det er et ønske å belyse om helsesøstre har erfaringer med sammenheng mellom overvekt blant barn og unge og psykiske lidelser. Det er også inkludert spørsmål om helsesøstre har observert noen sammenheng mellom overvektsproblematikk hos barn og om foreldrene har minoritetsbakgrunn.

Den andre delen av denne undersøkelsen er åpnere formulert, noe som gjenspeiler seg i svarene, med tykkere beskrivelser. Disse spørsmålene er formulert med tanke på å undersøke hva helsesøstre erfaringsmessig ser på som utfordringer og muligheter i sitt arbeid med overvektige barn og deres familier, for så å fortolke svarene i lys av teorigrunnlaget.

3.3 Vitenskapelige krav

Vitenskapelige krav til forskning har utviklet seg opp gjennom historien og frem til i dag gjennom store debatter, som for eksempel positivismestriden. Innen positivismen har det vært hevdet at en naturvitenskapelig forskningsmåte kan og må brukes i all vitenskapelig virksomhet (Ryen 2006 s. 26) Dette var en del av grunnlagsdebatten mellom naturvitenskapene og samfunnsvitenskapene. Kravet til vitenskapelighet i forskning er fortsatt gjenstand for debatter og speiler det kvalitative intervjuets posisjon innen forskning (Ryen, 2006, 34) Diskusjoner om hva som skiller god fra mindre god forskning, har oppstått på nytt i kjølvannet av ulike kvalitative retninger og deres ytterpunkt positivismen. Her er de vitenskapelige kravene sentrale (Ryen 2006 s. 171).

Vitenskapelig arbeid og vitenskapelige resultater skal kunne etterprøves, testes og kontrolleres av enhver kompetent forsker. "Føre var" er et viktig prinsipp når det er tvil om at kvalitetssikringen og etiske forhold er godt nok ivaretatt. Kvalitetskravene intersubjektivitet, reliabilitet og validitet vurderes i nær sammenheng med etiske krav.

I følge Kvale har enkelte kvalitativt orienterte forskere en negativ innstilling til disse kvalitetskriteriene som da blir kalt for "den positivistiske treenighet", og avviser dem fordi de mener de hindrer en kreativ og frigjort kvalitativ forskning (Kvale 2009 s. 159). Å forkaste kvalitetskriteriene er neppe egnet til å heve statusen til kvalitativ forskning. Det er følgelig vesentlig å opprettholde slike vitenskapelige krav, men tilpasse dem til det som kjennetegner kvalitativ forskning.

3.3.1 Etiske forhold

Norge har gjennom lovgivningen, opprettet ulike uavhengige forskningsetiske komiteer, i Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning av 2006, 06.30 § 3, heter det: "Det skal være nasjonale forskningsetiske komiteer som til sammen dekker alle fagområder. Komiteene skal være rådgivende organer innen forskningsetikk. Departementet oppretter komiteer, bestemmer komiteenes ansvarsområder og oppnevner medlemmer. "Komiteene skal ha kompetanse i relevante forskningsdisipliner, etikk og jus. De skal også ha lekrepresentasjon." Lovdata 2006-06-30 Forskningsetikk)

Innenfor all kvalitativ forskning er etiske hensyn og bevisst metodevalg vesentlig. På sammen måte er prinsippet om konfidensialitet, tillit og å ikke volde skade sentralt (Ryen 2006 s. 221). Det å bryte disse får negative konsekvenser for selve forskningens kvalitet, ikke minst fordi fortrolighet i seg selv er et poeng innenfor ulike kvalitative metoder.

Etiske forhold er knyttet til både ivaretagelse av informanter og gjennomføring av hele forskningsprosjektet. Det handler også om respekt for andre forskeres arbeider, gjennom for eksempel etterrettelighet med tanke på god henvisningsskikk (Kvale 2009 s. 65).

Det er også respekt for enkeltpersoner som eventuelle fenomener angår, som for eksempel ved å ta hensyn til svake grupper eller ved å forhindre stigmatisering. I teorigrunnlaget er det lagt vekt på å synliggjøre hvordan helsepersonell bør tilnærme seg overvektsproblematikk ut i fra normative retningslinjer i nasjonale føringer og faglige anbefalinger.

Å undersøke helsesøstres kunnskaper og erfaringer i sitt arbeid med overvektige barn, og hvilke utfordringer og muligheter de står overfor i dette arbeid, betraktes som klinisk forskning, men prosjektet var ikke fremleggelsespliktig for Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Denne undersøkelsen er forelagt og godkjent av NSD, personvernombudet for forskning og studiarbeider. Informantene ble i informasjonsbrevet informert om hensikten med spørreundersøkelsen, hvor kravet om konfidensialitet ble understreket og muligheten for å trekke seg fra undersøkelsen ble tydeliggjort, sammen med samtykkeerklæring. Indirekte personidentifiserbare personopplysninger som stemmeopptak er oppbevart i henhold til NSD krav om anonymitet på PC som er beskyttet med brukernavn og passord. Bakgrunnsopplysninger som kan være indirekte personidentifiserende er anonymisert.

3.3.2 Intersubjektivitet

Intersubjektivitet betyr mellom subjektene. I forskningssammenheng vil dette være forskere, informantene, og leserne. Intersubjektivitet er en metodisk forutsetning for en kvalitativ intervjuform, for å få frem informantenes subjektive opplevelse (Dalen 2004 s. 105).

Om et kvalitativt forskningsresultat er intersubjektivt avgjøres av alle forhold som har betydning for resultatet, fra observasjoner, data, bearbeiding av data, metoder, analyser og slutninger. Forskningskravet om intersubjektivitet danner bakgrunn for å se på alle typer resultater så vel som veien frem til resultatene, og det er rettet mot hele forskningsprosessen. Leseren av en intervjustudie må stole på forskerens utvelgelse og fremstilling av informantenes uttalelser (Kvale 2009 s. 136). Etterprøvbarehet er derfor et nøkkelkriterium for den kvalitative forskningen. Dette kravet kan ivaretas ved at det redegjøres for prosedyrer, som det legges vekt på i denne undersøkelsen, eller at det er flere som tolker prosessen. Når det redegjøres for hele forskningsprosessen, og konteksten og intensjonen er kjent blir selv avvik forståelige, selv om ikke alle vil være enige (Kvale 2009 s.).

Redegjør derfor for bakgrunn for valg av tema, og teorigrunnlag, metodevalg og analyseform, og for hvordan informantene ble skaffet til veie, sammen med beskrivelse av hvordan intervjuguiden ble utviklet. Intervjuguiden og informasjonsbrevet til deltakerne i undersøkelsen legges ved oppgaven sammen med kopi av det operasjonaliserte datamaterialet.

3.3.3 Reliabilitet

Reliabilitet henviser til hvor pålitelige resultatene i en undersøkelse er. Etterrettelighet og nøyaktighet er sentralt i denne sammenhengen. I kvalitativ forskning må reliabilitet knyttes til

åpenhet om hva man har spurt om, hva informantene har svart, metodebruk og utvalg av sitater (Kvale 2009 s. 47). Beskrivelsen av fremgangsmåten for spørreundersøkelsen med helsesøstre er i tråd med kravet om etterprøvbarhet ved at det redegjøres for prosedyrer, noe som er sentralt for reliabiliteten. Naturvitenskapelige krav kan ikke uten videre overføres til samfunnsvitenskap, men en konklusjon er reliabel dersom andre kommer til samme konklusjon ved bruk av de samme premissene. Krav om objektivitet kan være vanskelig sett i lys av at intervjueren er en del av intervjusituasjonen. Reliabilitet i kvalitative undersøkelser vurderes ut i fra hva som undersøkes, kvaliteten på observasjonen og argumentasjonen som legges til grunn (Kvale 2009 s. 115). I kritikk av kvalitativ forskning som metode rettes utsagn som "Resultatene er ikke reliable, de er bare resultater av ledende spørsmål" (Kvale 2009 s. 159). En slik kritikk kan imøtegås ved hjelp av tydelighet på hvilke spørsmål som er stilt, begrunnelse for valg av spørsmål, ordrett transskribering som ligger til grunn for fremlagte sitater, og kritisk vurdering av egen metodisk tilnærming og rolle som intervjuer. God henvisningsskikk er også et ledd i å være etterrettelig. En metode for å henvise sitater og referater til den kilden de er hentet fra i den løpende teksten er "navn-år-metoden" som ofte omtales som Harvardsystemet. Harvardsystemet anbefales av APA, som er en forkortelsen for The American Psychological Association. APA har utarbeidet regler for utforming av referanser i litteraturlisten (Spangen 2007 s. 50-51). Kombinasjonen av Harvardsystemet og APA standard for henvisninger er benyttet i denne oppgaven.

3.3.4 Validitet

"Med validitet menes hvorvidt en intervjustudie undersøker det den er ment å skulle undersøke" (Kvale 2009 s. 47). En måte å undersøke dette kan være å la informanter få lese analysen før publisering, eller å vurdere generaliserbarhet i forhold til teori og tidligere forskning. Analytisk generalisering i kvalitative studier innebærer en antakelse om hvorvidt funnene i en undersøkelse kan anvendes for å forutsi hva som er sannsynlig at kan skje i en liknende situasjon (Kvale 2009 s. 161). Kritikk til validitetsspørsmålet i kvalitative undersøkelser har vært at de bare er basert på subjektive tolkninger (Kvale 2009 s. 159). På den annen side vil kvalitative fenomener knyttet til menneskers opplevelse nødvendigvis måtte innebære subjektive tolkninger og erfaringer. Man kan da si at man undersøker det man har tenkt å undersøke hvis målet er å få frem nettopp slike aspekter.

Ivaretagelse av validiteten i denne undersøkelsen har vært gjort ved å utføre prøveintervju for å luke ut spørsmål som var uhensiktsmessig formulert, ledende eller mangelfulle på andre måter, og for å prøve ut om spørsmålene ga relevante svar i forhold til undersøkelsens mål. Det er også gjort ved å klargjøre sentrale begreper.

Videre i oppgaveprosessen er validering gjort ved å kontrollere det transkriberte materialet og analysen av funnene opp i mot teorigrunnet. På en kritisk måte er tolkninger vurdert, sammen med vurdering av egen påvirkning i intervjusituasjonen.

Andre aspekter rundt validitet i den kvalitative forskningen er, som Kvale (2009 s. 62) påpeker, følgende; Kjennskap til filosofiske analyser, noe som av plasshensyn i denne oppgaven er kort redegjort for i forbindelse med avsnittet om fenomenologisk, hermeneutisk tilnærming.

Kunnskap om rasjonalitetens utvikling i den vestlige kultur. Igjen av hensyn til oppgavens størrelse har det ikke vært brukt mye spalteplass på å beskrive sosiologiens klassikere og utviklingen fra det tradisjonelle til det moderne samfunnet. Det har likevel i teoridelen under psykologiske, samfunnsmessige og miljømessige faktorer vært redegjort for dette aspektets betydning for fenomenet overvekt gjennom for eksempel betydningen av idealer og kroppsbilder i det moderne samfunnet. Kritisk perspektiv på samfunn. Samfunnsstrukturer som fremmer eller hemmer utvikling av overvekt, som har vært redegjort for i teoridelen, er eksempler på kritiske perspektiver på samfunn relatert til oppgavens emne.

Kunnskap om ulike forskningsmetoder. Metodevalget førte til at det var nødvendig å vurdere om andre metoder innenfor de kvalitative alternativene kunne være aktuelle. Det å sette seg inn i eksisterende forskning som er relevant for å forstå overvektsproblematikk, ga også et innblikk i kvantitative forskningsmetoder.

Bevissthet om humanitetens etiske dimensjoner. Fremhever spesielt redegjørelsen for rådende syn på overvekt i dagens samfunn, og syn på marginaliserte grupper. I denne forbindelsen ble det veldig tydelig at bevissthet om etiske dimensjoner er sentralt både i klinisk arbeid og i arbeid med å fremskaffe ny informasjon. Arbeidet med NSD søknad var også bevisstgjørende.

Kunnskap om emnet som studeres, er som tidligere nevnt i innledningen ivaretatt.

3.4 Det kvalitative forskningsintervjuet

Samtaleformen har tradisjonelt tilhørt de humanistiske fagene. I moderne samfunnsvitenskap er intervjuforskning et relativt nytt fenomen, men med den vekt som legges på intervjuet som samtale, og på tolkning av mening, bringes intervjuforskning nær de humanistiske fagene (Kvale 2009 s. 23). Kvale understreker at det er den menneskelige samhandlingen som produserer vitenskapelig kunnskap i forskningsintervjuet, men han skiller mellom samtale som en del av hverdagslig samhandling og som en faglig utveksling som forskningsintervjuet er en del av, som i dette sitatet: "Formålet med kvalitative forskningsintervju er å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden, særlig med hensyn til tolkninger av meningen med fenomener som blir beskrevet" (Kvale 2009 s. 28- 30). Beskrivelser av spesifikke situasjoner eller hendelsesforløp innhentes fremfor generelle meninger. Det bør utvises åpenhet overfor nye eller uventede endringer, som endringer av intervjupersonens egne beskrivelser eller tolkninger (Kvale 2009 s. 39). Det finnes ikke regler for ustandardiserte intervjuundersøkelser, men det fins standardiserte metodevalg for de ulike stadiene i intervjuundersøkelsen (Kvale 2009 s. 44). Kvale beskriver videre intervjuundersøkelsen i syv stadier, i rekkefølge ut i fra når de bør utføres (Kvale 2009 s. 47)

1. Tematisering

Tematisering vil si undersøkelsens målformulering, mye av det som gjenfinnes i denne oppgavens innledning. Tematisering innebærer å definere hva som skal undersøkes, hvorfor, og hvordan det skal undersøkes. I denne undersøkelsen er det fenomenet overvekt blant barn og unge, og hva helsesøstre vet om emnet som undersøkes. Egne erfaringer og temaet aktualitet er bakgrunn for undersøkelsens målformulering. I tillegg undersøkes helsesøstres utfordringer og muligheter i sitt arbeid med overvektige barn og deres familier. Dette undersøkes for å innhente empirisk informasjon som eventuelt kan brukes som grunnlag for endring, eventuell forbedring av praksis og utvikling av fagfeltet innenfor helsesøstres arbeid med overvektige barn på bakgrunn av deres egne erfaringer, og eventuelt som en systemevaluering.

2. Planlegging

I denne fasen er det sentralt å ha vurdert etiske spørsmål. Prinsippet om anonymitet ble vurdert i forhold til spørsmålene i intervjuguiden og utvalget. For både å kunne belyse sentrale spørsmål i forbindelse med temaet, og samtidig ivareta de nødvendige kvalitetskravene til en slik undersøkelse ble intervju av helsesøstre valgt som innfallsvinkel. Deretter ble det vurdert gjennomførbarhet i forhold til alle intervjuundersøkelsens syv stadier, noe som i følge Kvale også ville være til stor hjelp for å opprettholde den opprinnelige entusiasme gjennom hele prosjektet.

Med utgangspunkt i Telemarkundersøkelsen begynte planleggingen av en intervjuguide, hvor den første delen utviklet seg på bakgrunn av de tre tidligere nevnte parametrene. Det ble kommet frem til at målet med undersøkelsen ikke bare var å utdype hva som kan ligge bak noen av tallene i Telemarkundersøkelsen, men også oppnå større forståelse av fenomenet barn og overvekt ved hjelp av helsesøstres kunnskaper og erfaringer. Etske hensyn ble hel tiden vurdert og andre innfallsvinkler som kunne ha potensial til å komme i konflikt med kvalitetskriteriene ble forkastet. Undersøkelsens form og vitenskapsteoretiske ståsted ble avgjort. Deretter ble det søkt om godkjenning for å gjennomføre prosjektet hos NSD.

3. Intervjuing

Intervjuing krever en gjennomarbeidet intervjuguide, god bakgrunnskunnskap om temaet, og innsikt i intervjusituasjonens mellommenneskelige aspekter. Noe som er grunnleggende for å utvikle ny meningsfylt kvalitativ kunnskap (Kvale 2009). Med faglig tilknytning til både temaet og informantene, kan bakgrunnskunnskap sies å være til stede. Det har rettet oppmerksomheten mot det Dalen (2004) kaller ”den holistiske feiltakelsen”, som er at kjennskap til området som skal studeres også kan føre til tolkninger ut i fra en feilaktig forforståelse (Dalen 2004 s. 110). Arbeidet med intervjuguiden var krevende. En måte å unngå overfortolkninger ut i fra egen forforståelse, har vært å legge vekt på å belyse fenomenet ved hjelp av annen forskning og eksisterende teori.

4. Transskribering

Transskribering er vanligvis overføring fra lydopptak til skriftlig tekst. Reliabilitet kan også settes i sammenheng med transkripsjon av lydopptak av intervjuer (Kvale 2009 s. 102).

Lydopptakene av intervjuene ble overført til skriftlig form på en ordrett måte, for å komme så nær opptil informantenes muntlige uttalelser som mulig. Uttalelser som kan identifisere informanter er imidlertid omskrevet.

5. Analysering

I følge Kvale (2009) vil analyse si: ”På grunnlag av undersøkelsens formål og emneområde, og i samsvar med intervjumaterialets natur, bestemme hvilken analysemetode som er best egnet”.

Rådata i kvalitative undersøkelser er ofte ikke målbare i seg selv, de må derfor operasjonaliseres, det vil si konkretiseres. Det er i denne undersøkelsen gjort ved en prosess som kalles meningsfortetting, hvor informantenes uttalelser komprimeres og kategoriseres. I undersøkelsens første del er dette utført på bakgrunn av parametre fra Telemarkundersøkelsen, og ut i fra funn fra spørreundersøkelsen. I den andre delen på bakgrunn av spørsmålskategoriene i intervjuguiden, og funn fra spørreundersøkelsen. Videre er det gjort en meningstolkning av funn fra undersøkelsen som er vurdert opp i mot teorigrunnlaget. (Kvale 2009 s. 125).

6. Verifisering

Verifisering, et meget viktig stadium, som lett kan føre til utmattelse dersom ikke de to første stadiene er grundig gjennomført. Her inngår vurderinger av de vitenskapelige kravene.

Vurdering av reliabilitet og validitet, sammen med generaliserbarhet er lagt til grunn for å avgjøre om undersøkelsen holder standard (Kvale 2009 s. 97). En måte som ble benyttet for å teste reliabilitet i intervjusvar var å stille spørsmål for å få frem en bekreftelse av intervjuerens tolkninger av svarene under intervjuet. Verifisering av intervjufunnene dreier seg om å undersøke hvor pålitelige resultatene er, og validering om intervjustudien undersøker det som er sagt at skal undersøkes (Kvale 2009 s. 47). Prøveintervju og vurdering av undersøkelsesfunnene opp i mot teorigrunnlaget ble gjort for å verifisere om de vitenskapelige kravene var ivarettatt, og om spørsmål og funn i fra undersøkelsen dreide seg om det som var ment å dreie seg om. Analysen ble også kontrollert ved å høre igjennom lydopptakene gjentatte ganger.

7. Rapportering

Rapportering består i at data og metodevalg formidles i en form som overholder vitenskapelige kriterier og etiske fordringer, og som kan leses med interesse av andre enn forskeren selv (Kvale 2009 s. 47). Kvale omtaler metode som en ”svart boks” hvor man kan lete etter opplysninger om femgangsmåte (Kvale 2009 s. 187). Metoderedegjørelsen er laget med det for øye at det skal kunne lette arbeidet dersom noen skulle ønske å gjenta eller utvide denne undersøkelsen, og å være en ”ferdsskriver” for leseren. Målet har vært å tydeliggjøre alt fra valg av emne, teorigrunnlag, vitenskapsteoretisk ståsted og fremgangsmåte i behandling og fremstilling av datamaterialet.

3.4.1 Utvalg

Informantene i denne undersøkelsen ansees å utgjøre et strategisk utvalg. De er alle offentlig godkjente helsesøstre, med kvalifiserte kunnskaper og erfaringer for å kunne uttale seg om overvekt blant barn og unge i et forebyggende og helsefremmende perspektiv. Helsesøstre er en yrkesgruppe som i sitt virke følger nasjonale føringer og har en viktig rolle i arbeidet med barn og overvekt. Utvalget ble rekruttert ved å sende en skriftlig forespørsel til ledende helsesøstre i ulike kommuner. (Vedlegg nr.1, Informasjonsskriv med forespørsel om å delta i intervjuundersøkelsen) Forespørselen ble av lederne tatt opp på helsesøstrenes fagutviklingsmøter, hvor jeg fikk anledning til å møte for å uttype ytterligere hva undersøkelsen går ut på, og til å besvare spørsmål.

Ved å skrive seg på den vedlagte listen, samtykket helsesøstrene både til å delta i undersøkelsen og til at de hadde lest informasjonen om prosjektet. I alt åtte helsesøstre deltok i denne undersøkelsen. I utvalget er både relativt nyutdannede helsesøstre og helsesøstre som har lang erfaring representert. Informantene jobber innenfor alle feltene i helsesøstertjenesten, helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Kommunene er ikke navngitte fordi det vil kunne komme i konflikt med forutsetningen om informantenes anonymitet.

3.4.2 Instrumentutvikling

Utarbeidelsen av intervjuguiden begynte med valg av tema, deretter ble sentrale begreper som kunne danne grunnlag for å formulere spørsmål vurdert i forhold til målsettingen.

Undersøkelsens mål som er å få større innblikk i helsesøstres erfaringer og synspunkter, og eventuelt fremskaffe nye innspill til overvektsproblematikken som på sikt kan føre til forbedret praksis, ble fastsatt i denne prosessen. Intervjuguiden er semistrukturert, eller halvstrukturert. Med tanke på det senere analysearbeidet var det ønskelig med en god struktur som grunnlag for dette arbeidet, uten å stenge av for samspillet og spontane innspill fra informantene.

I første del av intervjuguiden er spørsmålene formulert ut i fra den første problemstillingen, ”Hva vet helsesøstre om overvekt blant barn?” og ut i fra de valgte parametrene fra Telemarkundersøkelsen. Det ble også lagt til spørsmål som dreier seg om overvektsproblematikk i tilknytning til psykososiale og sosioøkonomiske forhold, og spørsmål om helsesøstre har observert sammenheng mellom overvektsproblematikk hos barn og om foreldrene har minoritetsbakgrunn.

Den andre problemstillingen ” Hvilke utfordringer og muligheter har helsesøstre i arbeidet med overvektige barn?”, dannet grunnlag for spørsmål som er videre formulert i forhold til spørsmålene i intervjuguidens første del. Disse spørsmålene dreier seg hovedsakelig om utfordringer og muligheter helsesøstre står overfor i sitt arbeid med overvektige barn og unge, og deres familier. Begge problemstillingene er tatt med innledningsvis i intervjuguiden som spørreundersøkelsens tematiske tilnærming.

Deretter følger generelle spørsmål i intervjuguiden rundt problematikken, og videre med påfølgende spørsmål som er mer konkrete, og som berører mer følsomme tema etter hvert. Det er brukt inngående spørsmål som for eksempel ”Har du noen eksempler på sammenheng mellom overvektsproblematikk og foreldrenes kunnskaper om hva som fører til overvekt?” og spesifiserende spørsmål som ”Har du vært kontaktet av barn som har vært utsatt for mobbing på grunn av sin overvekt?” Indirekte spørsmål som åpner for svar som omfatter samarbeidspartneres rolle i arbeidet med overvektsproblematikk ble også stilt. Det siste spørsmålet i intervjuguiden åpner for informantenes frie assosiasjoner til temaet, og lyder slik ”Har du noen refleksjoner omkring temaet barn og overvekt som du ikke har fått tatt opp i noen av spørsmålene ovenfor, eller noe som du ønsker å utdype nærmere?” Det ble lagt vekt på at spørsmålene skulle være åpne og relevante for temaet uten å lede eller å legge føringer for besvarelsene. For å kontrollere at dette hadde lyktes ble det utført to prøveintervjuer, hvorav det ene er inkludert i selve undersøkelsen, etter samtykke fra helsesøsteren. Under prøveintervjuene ble det gjort erfaringer som beskrives i kritikk av intervjuguiden. Det kvalitative verktøyvalget ble vurdert opp i mot kvalitetskravene sammen med etiske hensyn.. (Vedlegg 2, Intervjuguiden)

3.4.3 Kritikk til intervjuguiden

Problemstillingen som spørsmålene i intervjuguidens første del baserer seg på, ”Hva vet helsesøstre om overvekt blant barn?” viste seg å gjøre de fleste av helsesøstrene usikre på om hensikten var å avsløre om de hadde mangelfulle kunnskaper om overvektsproblematikk. Dette ble erfart allerede i det første prøveintervjuet, slik at dette ble tatt opp med alle informantene før selve intervjuene begynte, at det var blitt gjort oppmerksom på at spørsmålet kunne tolkes på denne måten. Det ble nødvendig å klargjøre at det ikke var et mål å sjekke kunnskapsnivået hos helsesøstrene, men at målet var å få innsikt i deres erfaringer med overvektsproblematikk. Videre ble det tatt opp at spørsmålene, spesielt de innledende spørsmålene med fordel kunne vært mindre omfattende og mer presist formulert.

Mange av helsesøstrene var opptatt av å ”svare riktig”. Det kan sees i sammenheng med at de på bakgrunn av den foregående kritikken kan ha følt at de skulle eksamineres. Det var nødvendig å understreke før intervjuene kom i gang at det riktige svaret ville være deres oppriktige mening og beskrivelse av egne erfaringer. Disse erfaringene er i tråd med det Kvale (2009) påpeker om at samtalen i et forskningsintervju ikke er en gjensidig form for interaksjon mellom likeverdige, men at det kan oppstå et asymmetrisk maktforhold hvor intervjueren definerer situasjonen, presenterer samtaletemaene og styrer intervjuet ved å stille spørsmål (Kvale 2009 s. 74).

I ettertid er det klart at spørsmål som dreier seg om forekomst burde hatt en sentral plass i intervjuguiden, sammen med spørsmål som retter seg mot samfunnsforhold. Det viste seg imidlertid at de fleste helsesøstrene la vekt på samfunnsstrukturers påvirkning da de besvarte spørsmål som dreide seg om fellestrekk i de familiene som er rammet av overvekt.

Intervjuguidens andre del er mangelfull med tanke på spørsmål rettet mot hvordan helsesøstrene

selv vurderer de mulighetene de har i arbeidet med overvektige barn og unge. Spørsmål som ble rettet med tanke på helsesøstrenes muligheter var i tillegg ikke direkte formulert mot muligheter, så også de svarene har en tendens til å dreie seg om utfordringer.

3.4.4 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble foretatt på helsesøstrenes egne kontorer. I en innledende samtale ble det utvekslet noen erfaringer om temaet. Alle intervjuene hadde en vennlig tone og fløt uten lange opphold, eller at noen hadde spørsmål de ikke ønsket å besvare, selv om tema iblant var innom vanskelige erfaringer. Informantene var godt motiverte og ga utfyllende svar der hvor de selv mente at de hadde erfaring. Der hvor de ikke mente å ha erfaring ble det tydelig uttrykt som en begrunnelse for å ikke besvare enkelte spørsmål. Å legge inn en pause mellom første og andre del var et heldig grep, som fikk god tilbakemelding.

I alle intervjuene ble det tatt sikte på å følge rekkefølgen i intervjuguiden, selv om det ved noen tilfeller ble rettet oppfølgingsspørsmål, og spørsmål for å få informantene til å presisere meninger bak uttalelser. Andre ganger kom helsesøstre inn på temaer som lå lengre frem i intervjuguiden. Det ble lagt vekt på å ikke legge føringer verken i den innledende samtalen eller under selve intervjuet på bakgrunn av egne erfaringer. Det var meget vanskelig å unngå på direkte spørsmål om egne erfaringer. I flere av intervjuene ble det også observert at helsesøstre søkte bekreftelse på sine uttalelser ved å legge til ”ikke sant” eller andre måter å få bekreftelse på sine antakelser. Det ble lagt vekt på å bekrefte at det var informantens erfaringer og antakelser som var det sentrale å få innblikk i. Alle intervjuene ble avsluttet med en påminnelse om at helsesøstre kunne ta kontakt i ettertid for å supplere eller endre på uttalelser hvis de ønsket det.

3.4.5 Analysearbeidet

Datamaterialet har vært analysert etter en empirisk, fenomenologisk analyseform som kalles meningsfortetning (meaning condensation). Det innebærer å lese svarene på en så uforutinntatt måte som mulig, for så å tematisere uttalelsene (Kvale 2009 s. 127). Problemstillingene og intervjuguiden var utgangspunkt for analysen og dannet grunnlaget for struktureringen av datamaterialet

Datamaterialet ble systematisert på følgende måte. Ut i fra spørsmålene som den første problemstillingen var rettet mot, ble tematiseringen først gjort på bakgrunn av de tre utvalgte parametrene fra Telemarkundersøkelsen (Oellingrath, m.fl., 2008), skilte foreldre, foreldrenes utdanningsnivå og familieøkonomi. En fjerde analysekategori ble dannet og først kalt ”annet”. Ut i fra funn fra intervjuundersøkelsen som viste seg under denne analysekategorien, ble datamaterialet ordnet etter følgende underkategorier, som også ble brukt til å danne strukturen i drøftingsdelen.

- Forekomst
- Årsaker
- Fysiologiske/ genetiske faktorer
- Sosioøkonomiske forhold
- Samfunns- og miljømessige faktorer
- Psykologiske faktorer
- Overvekt blant minoriteter

De tre nevnte parametrene fra Telemarkundersøkelsen (Oellingrath, m.fl., 2008) inngår i kategorien sosioøkonomiske forhold. Datamaterialet ble ordnet slik fordi det ble vurdert som det mest hensiktsmessige for å besvare den første problemstillingen ”Hva vet helsesøstre om overvekt blant barn og unge?”.

Meningsfortetningen som ble gjort ut fra intervjuguidens andre del omhandler den andre problemstillingen ”Hvilke utfordringer og muligheter har helsesøstre i arbeidet med overvektige barn?”.

Nøkkelordene utfordringer og muligheter ble brukt som grunnlag for å tematisere funnene som fremkom på bakgrunn av spørsmålene tilknyttet den andre problemstillingen. Funnene ble ordnet under følgende underkategorier som også gjenfinnes i drøftingsdelens struktur, først ut i fra kategorien helsesøstres utfordringer:

- En sammensatt utfordring
- Samfunnmessige utfordringer
- Tid
- Kunnskap
- Arbeidsredskap
- Tverrfaglige utfordringer
- Egne utfordringer

Kategorien helsesøstrenes muligheter ble ordnet ut i fra funn fra intervjuundersøkelsen, hvor helsesøstrene hadde fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid, deres egen opplevelse av muligheter i arbeidet med overvektige barn, og til sist deres helhetlige forståelse av overvektsproblematikk. Dette ble tematisert på følgende måte:

- Helsefremmende og forebyggende arbeid
- Muligheter
- Muligheter i et helhetlig perspektiv

4 HELSESØSTERES KUNNSKAP OM OVERVEKT BLANT BARN OG UNGE

Tre kategorier kunnskap trer frem i helsesøstrenes svar på spørsmålene i intervjuguidens første del, som omhandler hva de vet om overvekt blant barn og unge. De støtter seg til forskningsbasert kunnskap om emnet, som de finner i nasjonale føringer, og artikler de har lest. De benytter seg av erfaringsbasert kunnskap, både egen og den de får via kollegaveiledning for å skaffe seg kunnskap om hvordan de skal forholde seg til overvektige barn og deres familier. Bruerkunnskap er en kunnskapskilde som spesielt de erfarne helsesøstre fremhever som grunnlag for både problemløsning, og begrunnelse for sine vurderinger av årsaker, konsekvenser og erfaringer. Helsesøstre deler sine erfaringer om hva de vet, både om menneskelige og samfunnsmessige forhold, i forbindelse med overvekt blant barn og unge. Hovedfokus i helsesøstrenes kunnskap om overvekt er rettet mot forekomst, årsaker, konsekvenser og overvektsproblematikk hos minoriteter.

4.1 Forekomst

Spørsmålene i intervjuguiden til denne spørreundersøkelsen er ikke beregnet på å få helsesøstre til å kvantifisere hvor mange barn eller unge som er overvektige blant dem som de arbeider med. Innledningsvis i samtalen før spørsmålene i intervjuguiden ble påbegynt, og da de ble forespurt om å delta i denne spørreundersøkelsen, uttrykte alle helsesøstre bekymring over økende forekomst av overvekt blant barn og unge som motivasjon for å være med i denne spørreundersøkelsen. De fleste melder også behov, under selve intervjuet, for kompetanseheving for å ruste seg til å møte overvektsproblematikk på en faglig forsvarlig måte. Som nevnt i innledningen er nye nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge underveis (Handeland m.fl., 2008). Helsesøstre ser på overvekt blant barn og unge som en utfordring som de i større og større grad møter. En helsesøster sa det slik; ”Vi ser jo at det er en økning i det at det er overvektige unger, nå har jeg meldt meg på kurs for å få mer innblikk i spørsmålet”. Andre observasjoner rundt fenomenet overvekt som erfarne helsesøstre gjør, er at de som er overvektige i dag ofte er mer overvektige enn barn tidligere. En helsesøster ønsket at hun hadde hatt et screeningsredskap, med det ville hun ha et hjelpemiddel for å ta rede på graden av overvekt og forekomsten av overvekt i sitt distrikt, for lettere å vurdere når og hvilke tiltak som kunne settes inn. Nye nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er også under utarbeidelse hos Helsedirektoratet etter WHO's anbefaling om en tettere oppfølging av barns vekst (Julusson m.fl., 2009)

Helsesøstrenes uttalelser er en såkalt naturalistisk generalisering, som innenfor kvalitativ generalisering bygger på personlige erfaringer, eller ”den tause kunnskapen”. Når ”den tause kunnskapen” uttrykkes i ord blir den til et budskap, som er annerledes enn statistisk eller

analytisk generalisering. Helsesøstrene skiller ikke mellom generaliseringsformene. For eksempel sier en av helsesøstrene;

Jeg kan ikke si noe veldig bestemt, det har jeg ingen statistikk på. De kommer jo ikke akkurat med likningsoppgaven i handa til meg, men det virker jo som om de ressurssterke familiene, de får til mer trim, de er mer aktive, de reiser oftere på tur på søndagene. Det er en generell trend tenker jeg at de familiene er mer aktive og dermed også at de spiser sunnere enn de som ikke har høyere utdanning eller som kanskje bare har grunnskole.

Bak uttalelsen ligger erfaringen at familier med høyere utdanning har en livsstil som beskytter mot utvikling av overvekt, og motsatt at familier med lavere utdanning kan være i en potensiell risikogruppe for høyere forekomst av overvekt på grunnlag av sin livsstil. Trenden som helsesøsteren erfarer er i tråd med det som fremkommer for eksempel i NOVA undersøkelsen om barns levekår (Grødem m.fl., 2008), Nordisk handlingsplan (Nordic Council of Ministers 2006), og i Gradientsutfordringen (Sosial- og helsedirektoratet (2005)).

4.2 Årsaker og konsekvenser

Spørsmålene i intervjuguidens første del er rettet mot om helsesøstrene kunne si noe om sine erfaringer om hva som kan være fellestrekk som karakteriserer de familiene som har overvektige barn og unge. Spørsmålene retter seg mot genetiske forhold, sosioøkonomiske og psykososiale fellestrekk i de familiene som har overvekt. Spørsmålene er som det tidligere er redegjort for, blant annet en oppfølging av Telemarkundersøkelsen (Oellingrath m.fl., 2008). De retter seg mot foreldrenes samlivsform, utdanningsnivå og familieøkonomi. I tillegg er det spørsmål om sammenhengen mellom overvekt og psykologiske faktorer, og mellom overvekt og etnisitet.

I helsesøstrenes svar kom det frem at de hadde observert risikogrupper der overvekt og fedme er hyppig forekommende. I forbindelse med disse spørsmålene beskriver helsesøstrene samfunnsmessige forhold de også mener at kan bidra til økt forekomst av overvekt blant barn og unge. De beskriver forhold i den moderne samfunnsstrukturen som de oppfatter at kan ligge til grunn for at de observerer at forekomsten av overvekt og fedme blant barn og unge viser en økende tendens. Dette er forhold som de mener kan bidra til at enkelte grupper kan være mer risikoutsatte enn andre for å utvikle overvekt, og som kan ha konsekvenser for fenomenet overvekt.

4.3 Fysiologiske/genetiske faktorer

Når helsesøstrene beskriver fellestrekk som karakteriserer de familiene som har overvektige barn, inkluderes arv som en bakenforliggende årsak til at enkelte barn er mer risikoutsatte for å utvikle overvekt. En av helsesøstrenes syn på genetiske årsaker til overvekt og fedme kommer frem i følgende sitat:

Nei, noe veldig generelt om det syns jeg at det er vanskelig å si, fordi jeg ser jo slanke foreldre som kommer med ganske lubne babyer, overvektige babyer og der tenker jeg at når de babyene

begynner å krabbe og gå, og strekker seg i høyden så blir de like slanke som foreldrene sine. Så har jeg store kraftige foreldre som kommer med store kraftige barn. Der tenker jeg jo at de har noe å slekte på, men jeg tenker også at; Hva er genetik her og hva er livsstil? Det er det jeg kan si på generelt grunnlag.

Jeg tenker også når jeg ser kraftige foreldre med tykke barn at her må vi starte tidlig, og finne ut hvorfor de er store og kraftige, og finne ut om det er genetik eller om det er måten de lever på.

Helsesøsterens erfaring er i tråd med det som tidligere er redegjort for om at arv i betydelig grad bidrar ved utvikling av overvekt. I likhet med forskerne bak de tidligere refererte undersøkelsene (Wangensteen m.fl., 2005) og (Lobstein m.fl., 2004) understreket denne helsesøsteren betydningen av samspillet mellom arv og miljø. "Å starte tidlig" innebærer både et forebyggende og et helsefremmende perspektiv ved å veilede i forhold til kosthold og aktivitet. Dersom barnet har en arvelig disposisjon for å utvikle overvekt blir det desto viktigere å fokusere på miljømessige tiltak for å forebygge overvekt. Helsesøsteren sier videre at det gjør hun ved å legge vekt på individuelle vurderinger. Når hun oppfatter at det kan være arvelige forhold inne i bildet, sier hun som vist i det neste sitatet at det i tillegg stiller spesielle krav til tilnærming for ikke å skape skyldfølelse hos foreldrene.

Det kan være vanskelig, og også der hvor foreldrene er overvektige selv og de avviser at det er deres – skyld – skyld er et vanskelig ord, men noe er selvpåført gjennom et usunt kosthold. Mens hos andre igjen, der er det genetik som gjør det vanskelig, og der er det veldig såre vanskelige ting. Man må som helsesøster være *veldig veldig* forsiktig. Man må nærme seg svært forsiktig.

Helsesøsteren legger vekt på, likhet med det som fremkommer i nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme blant barn og unge (Handeland m.fl., 2008), at man som helsepersonell må være bevisst på å ikke møte familier med overvektsproblematikk med bebreidelser og moralisering. Helsesøsterens syn samstemmer også overens med psykologen Heede (Ørntoft m.fl., 2005) som understreker at overvekt hos barn ikke er noen sin skyld men et problem som må løses ved å se på mulige løsninger i miljøet sammen med familien. En annen helsesøsters ser på det arvelige aspektet som en faktor som kan vanskeliggjøre tilnærmingen til å veilede, nettopp fordi arv ofte forstås som en noe man ikke kan gjøre noe med.

Mens andre igjen sier at; "Å nei, det pleier å være sånn i familien, vi er litt lubne når vi er små og så vokser vi det av oss", eller som en mor sa til meg, "Vi er sånn alle sammen vi, se på meg jeg er jo litt lubben jeg også, jeg har klart meg fint, - det er sånn vi *er* liksom" Noen trenger tid på den prosessen med å se at kanskje det er best for barnet mitt at vi gjør noe med dette her.

Helsesøstrene påpeker at overvekt er et sårbart tema hvor barn og foreldre lett føler seg anklaget og kommer i forsvarsposisjon. For å hjelpe barnet og familien i prosessen med å motivere og veilede, kreves det, som Skårderud (2004) hevder, en psykoterapeutisk grunnholdning, som innebærer å være lyttende, åpen og inviterende. Dette viser helsesøstrenes svar at de er svært opptatt av. Helsesøstre bruker løsninger i miljøet som for eksempel kostholdsveiledning som en

innfallsvinkel, i tilfeller hvor det først er kartlagt om det kan være spørsmål om arv, dette beskriver en helsesøster slik;

Jeg tenker litt på arv når jeg hører litt om foreldre og besteforeldre, det henger jo litt sammen med det. Så det er vel det jeg tenker akkurat nå i alle fall. Det er sikkert en sammenheng og det ligger jo litt til arv. En kan jo liksom ikke bare skyldte på mat og kost, men det er noe av det, i hvert fall sånn som jeg forstår. Da vi begynte å prate så var det jo masse i kosten som det i hvert fall er viktig å gjøre noe med.

Det neste eksempelet viser hvordan helsesøstre forstår det komplekse samspillet mellom ulike faktorer som spiller inn for å forstå fenomenet overvekt. En erfaring som en helsesøster hadde viser at også barn i gitte situasjoner forstår sammenhengen mellom utvikling av overvekt og fedme, og arvelighet.

I forhold til denne ungen så har det nok det. Han har hatt en dårlig oppvekst, han har en kjempeovervektig mor som døde i sommer, bare ca. femti år. Han har blitt veldig redd sjøl og nå da for dette her. I dette tilfellet her så har det en sammenheng. Det er det nok i noen andre saker og da, men det er jo ikke alle da.

Hun påpeker forbindelsen med multiproblematikk og en arvelighet i forhold til overvekt i dette tilfellet. Hun nyanserer det med å legge til at selv om dette kan gjelde også i noen andre saker, så er det ikke alle. Gutten som hun forteller om er selv sterkt overvektig, og i dette tilfellet har det påvirket guttens psykiske helse. Han har angst som er definert som en psykisk vanske (Sosial og Helsedirektoratet 2007 Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene), som er forbundet med hans vanskelige livssituasjon. Dette er også et eksempel på hvordan helsesøstre ser sammenhengen mellom årsaker og konsekvenser av overvekt.

4.4 Sosiale og økonomiske forhold

I spørreundersøkelsen med helsesøstre går det frem hvordan de ser på fenomenet overvekt blant barn og unge, og familieforhold som skilte foreldre, foreldrenes utdanningsnivå og familieøkonomi. Gjennomgår helsesøstrenes erfaringer i nevnte rekkefølge. Det viste seg at å analysere helsesøstrenes erfaringer ut i fra de tre nevnte parametrene fra Telemarkundersøkelsen bød på utfordringer for en klar struktur i fremstillingen. Helsesøstre var gjennomgående opptatt av at ut i fra deres forståelse av overvektsproblematikk, så er det et sammensatt problemområde. De understreket at de ser på familieforhold, foreldrenes utdanningsnivå og familieøkonomi som faktorer som er tett knyttet sammen og som påvirker barn og familiers levesett. Dette tolkes som at helsesøstre har en helhetlig tilnærming til overvektsproblematikk. På samme måte som i Telemarkundersøkelsen (Oellingrath m.fl.2008) fremgår det av helsesøstrenes svar at forekomsten av overvekt ser ut til å være høyere blant barn av alenemødre, og de som hadde skilte foreldre. Rundt sammenhenger mellom foreldrenes samlivsform og overvekt blant barn og unge, fremkommer en samstemmighet om at det blant barn med skilte

foreldre er en høyere forekomst av overvekt. En helsesøster uttrykker det slik; ”Min erfaring er at hovedvekten av overvektige barn er barn av alenemødre”.

Helsesøstrene tar opp at det er vanskelig å få til enighet om oppdragelse og kosthold i familier der mor og far har vært skilt. Det gjør det ofte veldig vanskelig å få de to foreldrene til å samarbeide i forhold til å legge opp et sunt kosthold for barnet, i de tilfellene der det kan være en fare for at barnet kan utvikle overvekt. Psykososiale faktorerens betydning har tidligere vært redegjort for i forbindelse med utvikling av psykiske plager (Sosial og Helsedirektoratet (2007), det beskriver også plager som har sammenheng med levekår som tidligere referert fra NOVA rapporten om barns levekår (Grødem m.fl., 2008). Helsesøstrene uttrykker bekymring for barn av skilte foreldre i forhold til overvekt, spesielt der hvor konfliktnivået mellom foreldrene er høyt og foreldrene sliter med å samarbeide. Helsesøstrene er samstemte i at det da er svært vanskelig å veilede og å jobbe for å forebygge overvekt, en helsesøster uttrykker det slik;

Så kan man jo kanskje se de barna som har skilte foreldre, delt omsorg, at det kan variere litt, ut i fra, hva jeg hører, hva er det hjemme hos mamma, hva er det hjemme hos pappa – at det ikke alltid er samsvar om det. De kan være uenige om hvordan de håndterer det, noen ser på det som et problem, men andre ser ikke det som et problem, Og at det kan være et problem. Det er et utgangspunkt for vanskelig samarbeid.

I Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (Sosial og helsedirektoratet 2007), nevnes blant annet samspillproblemer i en familie som en risikofaktor for å utvikle psykiske plager. På bakgrunn av psykoanalysen som teoretisk modell, kan et dårlig samarbeidsklima hos skilte foreldre forstås som en risikofaktor for å utvikle slike psykiske plager. Barndom og oppvekst som forstås som fundamentet for både personlighet og psykisk sykkelighet, og at spiseforstyrrelser er ett blant flere mulige symptomer for en mangel, eller udekkede behov. Også den danske psykologen Heede (Ørntoft m.fl., 2005), påpeker dysfunksjoner i familier som betydningsfulle for utvikling av overvekt, og hun sier følgende; ”Det er ikke bare familiers livsstil som disponerer for overvekt, men i særdeleshet måten foreldre utøver omsorg på”. Dette er bakenforliggende faktorer som helsesøstrene uttrykker bekymring for når de deler sine erfaringer om overvekt blant barn og unge, og skilte foreldre.

En tendens som flere helsesøstre beskriver som sin erfaring illustreres ved hjelp av følgende sitater; ”Oftest er det mor som søker hjelp” når det er bekymring i forbindelse med overvekt hos barn, og ”Det er ofte problematisk når det gjelder foreldresamarbeidet”. En helsesøster uttrykker det slik; ”At helheten har blitt vanskelig fordi at, i et par tilfelle har jeg opplevd det at det har vært far som har sabotert hele greia, og mor har vært fortvila, og da blir det *veldig* vanskelig, *veldig* dårlig resultat for det barnet det gjelder” og ”Dårlig foreldresamarbeid er en stor utfordring”

Mulige årsaker til at noen barn av skilte foreldre er utsatt for å utvikle overvekt beskriver helsesøstre i følgende sitater; ”Dårlig samvittighet som kan føre til ettergivenhet hos foreldrene”, eller ”Fedrene gjør det lettvent med kostholdet når de har barna”, og ”Delt omsorg fører til ulik

praksis i forhold til kosthold og aktivitet". De fleste helsesøstre hadde erfaringer hvor de hadde opplevd at det var moren som hadde bekymring for overvekt hos barnet, men noen av dem uttrykte også at det ikke alltid er slik, en helsesøster sier det på denne måten;

Så er det dette med de skilte foreldrene. Det er en tanke om at de skilte foreldrene vil barnet sitt så godt det er bare så kort tid de er til stede at da vil foreldrene lage i stand for å kose seg mens de er sammen. Og så tenker den andre foreldren det samme og så opplever jeg mødre som er fortvilte i forhold til at de ser at barna er overvektige, de prøver å få til en dialog med pappaen, de prøver å ha et godt kosthold når de er hos moren. Dette kan også være motsatt at det er faren som er fortvilet. Poenget er at den ene foreldren ikke føler at den når frem hos den andre og at barnets overvekt bagatelliseres med at jeg også var litt lubben da jeg var liten, eller med at neida vi spiser gulrøtter og grønnsaksuppe men i neste øyeblikk så er de på gatekjøkken. Det er ikke alltid slik som det blir fremstilt.

Det helsesøstrene påpeker er i tråd med Crisps (1996) funn hvor "Kosemat verdsettes som en kilde til velvære, og mat og spising blir en del av de sosiale kreftene som binder slike familier sammen". Flere av helsesøstrene har lagt vekt på at de forstår at foreldrene har et ønske om å gjøre gode hyggelige ting sammen med barna sine når de er sammen, men at mangelfull kunnskap om hva som fører til overvekt, eller mangelfull evne til å sette kunnskapen om i handling igjen kan føre til at barn utvikler overvekt. Noe en annen helsesøster uttrykte på denne måten;

Så kan det være, det kan jo også handle om et ønske om å gjøre "det gode". Jeg registrerer det at hvis man er på gatekjøkken en onsdag ettermiddag, hvor mange fedre har barn på besøk. Så velger jeg å tenke at det er ønsket om å gjøre noe godt og hyggelig sammen som bringer den lille familien til et sånt spisested. Men jeg er bekymra over vektnivået hvis man besøker sånne steder ofte.

Når det gjelder kunnskap om hva som fører til overvekt, eller evner til å sette kunnskapen om i praksis sa en helsesøster følgende:

En støter jo på den problemstillingen, at mor og barn kan være ivrige etter å endre opplegg, legge om kost, mens den andre foreldren mangler forståelse, eller har manglende evne, eller ikke er interessert av en eller annen grunn til å følge opp dette.

Helsesøstrene undrer seg over hva som ligger til grunn for at noen foreldre ikke følger veiledningen som de får. De observerer at ikke alle barn med skilte foreldre har like gode forutsetninger i begge hjemmene sine. Den samme helsesøsteren vurderer psykologiske forsvarsmekanismer som en mulig bakenforliggende årsak i tillegg til det som er problematisk ved delt omsorg. Det er også et eksempel på hvordan helsesøstere tenker helhetlig og tar med seg flere faktorer inn i vurderingen av årsaker til overvektsutvikling. Sine tanker om forsvarsmekanismer som kan ligge bak at noen virker som de har vanskelig for å ta til seg veiledningen som gis uttrykte hun slik; "Ja, man kan tro at folk vet ganske mye om kost og ernæring fordi at mediene er fulle av det. Jeg er usikker på i hvilken grad de tar den informasjonen inn over seg". Dette samstemmer med Stortingsmelding 16 2002-2003 hvor det går frem at forekomsten av overvekt i befolkningen er økende til tross for mer helseopplysning

og større tilgang til sunt kosthold enn noen gang tidligere historisk sett. Helsesøsteren sier videre;

Jeg er usikker på forsvarsmekanismer, hvis man definerer seg som overvektig, om man velger å hoppe over informasjon fra mediene, eller om man tar det til seg. Jeg antar det er tilsvarende mekanismer som med kunnskap om hvor skadelig røyking er. Jeg tror ikke alltid at man ivrer mest etter å skaffe seg de ”vonde” kunnskapene. Så jeg har stor respekt for forsvarsmekanismene hos enkeltindividet i den forstand at vi skaper sperrer hos oss når noe er vanskelig.

I likhet med Handeland og kolleger (2008) legger hun vekt på kompleksiteten rundt overvekt i et forebyggende perspektiv som fordrer stor innsats fra både pasient, familie og helsepersonell, og varsomhet med tanke på hvordan man tilnærmer seg. Helsesøsteren ser på veiledning til hele familien som sentralt forebyggende arbeid. Hun vurderer psykologiske hindringer som kan stå i veien for at foreldre tar til seg veiledningen, og hun ser ikke på delt omsorg som en årsak, som påvirker alene, noe som er i tråd med det som fremkommer i veilederen for psykisk helsearbeid i kommunene (Sosial- og Helsedirektoratet 2007) om samspill mellom ulike faktorer.

Helsesøsteren vurderer delt omsorg som en faktor som sammen med andre faktorer kan bidra til å gjøre samarbeid vanskeligere. Noe av det som kan være vanskeligere i forbindelse med delt omsorg er ulik oppdragelse, ulikt kosthold, og at det bare er den ene av foreldrene som følger opp helseveiledningen som gis. Helsesøstrene peker dermed på det problematiske i å vite at familien er den viktigste ressursen for barns utvikling, samtidig som de opplever at det er vanskeligere å få til enhetlige tiltak når barnet vokser opp i to hjem som har ulik praksis. Noe en helsesøster understreker i dette sitatet;

Familieforhold, jeg snakker veldig mye med foreldrene om dette at de må være enige. Så tenker jeg da at hvis foreldrene bor hver for seg og ikke kommer sammen til helsestasjonen. At jeg har kontakt med bare den ene foreldren og den andre kanskje bor i en annen by. Det er en faktor som gjør det veldig vanskelig! For jeg tenker at dette er ikke noe som bare den ene foreldren kan sitte med alene. Dette må begge foreldrene være enige om, også når de bor sammen. Så det gjelder begge deler men det er en ekstra utfordring når foreldrene ikke bor sammen.

I Telemarkundersøkelsen (Oellingrath m.fl., 2008) ble foreldrenes utdanningsnivå positivt assosiert med forekomst av overvekt hos barna, og spesielt var mødrenes utdanningsnivå utslagsgivende. Helsesøstrene fremhever ikke mødrenes utdanningsnivå spesielt, men kommer ofte inn på betydningen av foreldrenes kunnskaper om kosthold og overvekt. De setter i flere tilfeller foreldrenes utdanningsnivå i sammenheng med generelle kunnskaper om kosthold og helse, og setter videre disse erfaringene i sammenheng med familieøkonomi. Dette er i tråd med Stortingsmelding 16 Resept for et sunnere Norge (2002-2003), hvor det hevdes at helseinformasjon ikke alltid treffer dem som den er ment å være rettet mot. I meldingen går det også frem at det ofte viser seg å være mennesker med både psykososiale og sosioøkonomiske vansker som er høyest representert med forekomst av overvekt og fedme, og som samtidig profitterer dårligst på helseinformasjon. Sitatet nedenfor viser hvordan en helsesøster beskriver sammenhengen. Det er igjen eksempler på hvordan helsesøstrene hele tiden setter ulike faktorer

som påvirker overvekt hos barn og unge i sammenheng. Dette gjenfinnes også i styringsdokumenter som for eksempel Stortingsmelding 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge, hvor det fokuseres på forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier i befolkningen – særlig yrke, utdanning og inntekt.

Jeg snakker med foreldrene og prøver å finne ut hva de selv vet og kan, og veilede om hva de kan gjøre for at barna ikke skal legge enda mer på seg, og prøver å finne ut av det. Og der igjen kommer jo foreldrenes bakgrunn, hva slags yrkesbakgrunn de har. Det er jo lettere å veilede en sykepleier med et barn som holder på å bli overvektig.

På spørsmål om hun ser en sammenheng mellom utdanning og hvordan hun går frem for å veilede, svarer hun: ... Ja det gjør jeg. De familiene som har kunnskaper har større forutsetning for å sette inn tiltak tidligere og være i forkant enn en familie som ikke har den kunnskapen, og å være motivert for å bruke den kunnskapen de har.

Helsesøstre mener gjennomgående at de ser en sammenheng mellom lavere utdanning og høyere forekomst av overvekt blant barn og unge. En annen sier det slik;

Hovedvekten blant de overvektige ligger hos dem med lav utdanning. De jeg har jobbet med i forbindelse med overvekt har generelt et lavt utdanningsnivå. Sosiokulturell bakgrunn spiller en rolle både i overvektsproblematikk og i forhold til annen helseinformasjon som for eksempel røyking. Lavt utdanningsnivå er et fellestrekk hos de familiene som har overvektsproblematikk. Kunnskap og motivasjon til å leve sunt henger sammen med utdanningsnivå

Eksemplet nedenfor viser hvordan både økonomi og utdanning settes i forbindelse med å gjøre livsstilsvalg som er gunstige med tanke på å forebygge overvekt.

Det er nok flest av dem med alt i fra middels utdanning til høyere utdanning som drar ut i skiløypene. Det kan ha å gjøre med tilgjengelighet til bil det å ha råd til å bruke bilen og kjøre et par mil for å komme ut i skiløypene, betale bompenger og såne ting. Ikke minst det å eie ski, barn i vekst trenger jo stadig nytt utstyr.

På spørsmål om hun mener at det er sammenheng mellom familiens økonomi og anledningen til å være med på aktiviteter, svarer hun: ... Ja!

En helsesøster tok opp vanskeligheter som man som helsesøster kan støte på når man veileder grupper med mangelfulle kunnskaper. Hun beskrev eksempler på hvordan hun oppfattet at foreldrene ikke hadde grunnleggende kunnskaper om kosthold for barn i vekst, og følgene det fikk for overvektige barn som hun hadde jobbet med;

Ja, altså eg er veldig bevisst når eg har samtaler om overvekt, så er eg veldig bevisst på å ikkje bruka ordet slanking. Eg snakkar kun om sunt kosthold, betydningen av eit sunt kosthold og kva som ligg i det, og om fysisk aktivitet. Ordet slanking det nevner eg ikkje og da.... Eg har hatt eit par erfaringar de foreldra har regelrett sulta ungane sine. Der er noken episoder som har brent seg inn i hukommelsen. Det har og vore ungar i ein alder der dei trenger.... Dei er i ein vekstfase hvor dei har behov for eit sunt kosthold og så blir dei omtrent utsulta! Eg hadde ein unge som berre fekk lov til å ta eit glass juice i løpet av ein skuledag. Det er jo farleg. Når me jobbar i denne bransjen så tenker me jo forebygging heile vegen sant.

I helsesøsterbransjen baserer det faglige fundamentet seg, som tidligere redegjort for under kunnskapsgrunnlaget for helsesøstre, på sykepleierens grunnleggende funksjoner (Glavin 2003). En av disse funksjonene er å hjelpe mennesker til å utføre de handlinger som bidrar til helse som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Foreldre som i beste mening sulter barna sine for å forebygge overvekt mangler grunnleggende kunnskap om kosthold for barn i vekst. Som tidligere referert fra Lobstein og kolleger (2004) har barn og unge i vekst både behov for riktig sammensatte næringsstoffer for å sikre vekst og utvikling, og behov for byggestoffer til lagringsenergi. Helsesøsteren fokuserer på at mennesker på bakgrunn av mangelfulle kunnskaper har en adferd som virker mot sin hensikt, og faktisk kan være svært skadelig for barn. Forebygging hele veien dreier seg i denne sammenhengen om å veilede foreldrene om sunt kosthold for barn i vekst, og betydningen av fysisk aktivitet. Helsesøsteren bruker sykepleierens undervisende funksjon for å hjelpe foreldrene til å oppnå den nødvendige kunnskapen, slik at de igjen kan hjelpe barna sine. Det er ikke nødvendigvis motivasjon til å hjelpe barnet, men den nødvendige kunnskapen som mangler hos foreldrene. Episoden som har brent seg inn i helsesøsterens hukommelse er også et eksempel på utfordringer som helsesøstre forteller om, noe som drøftes senere. Helsesøsteren uttalte videre;

Eg ser jo det at der det er overvekt hos barn så har jo foreldrene mangelfull kunnskap om hvilke faktorer som bidrar til å skape overvekt. Altså kunnskapen generelt om sunt kosthold er dårlig, sant, Har noen kunnskap som de ikke klarer å anvende? Det er jo klart, og eg ser jo at det er et poeng her at kunnskapen kan være der, men at de ikke har evnen eller viljen til å sette den om i handling, den er heller ikke tilstede. Nå har me jo snakka mykje om kosthold men faktorer som fysisk aktivitet er minst like viktig!

En annen helsesøster sier det slik;

Jeg tror at i hvert fall en del av de med større kunnskapsbank kan instruere seg selv. Noe som de med liten skolegang, og som kanskje ikke er i arbeidslivet og møter krav fra kolleger og arbeidsgivere kan på den måten. At de mangler i vanskelige situasjoner selvinstruksjonsmuligheter, de mangler kunnskaper om hvordan de kan hjelpe

Helsesøsterens observasjon samsvarer med Stortingsmelding 16 (2002-2003) hvor det påpekes at mennesker med psykososiale og sosioøkonomiske vansker ofte ikke profitterer på helseinformasjon.

Telemarkundersøkelsen (Oellingrath m.fl., 2008) viste ingen signifikante forskjeller i forekomsten av overvekt blant barn av foreldre fra ulike inntektsgrupper. I denne spørreundersøkelsen blant helsesøstre viste svarene at de ofte ser en sammenheng mellom dårlig familieøkonomi og overvekt blant barn og unge. I et eksempel som en helsesøster ga, hadde foreldre begrunnet at de ikke tok med barnet på aktiviteter fordi det var for dyrt for dem:

Nå har me snakka veldig mykje om svømming da fordi at svømming er for så vidt billig da. Så akkurat den siste mammaen som eg snakka med no da, da snakka me mykje om svømming. Men for hennar så var det og dyrt da.

Den gjennomgående innfallsvinkelen til helsesøstrene når de svarer på spørsmål i intervjuguiden som vedrører barns levekår er at de legger vekt på samspillet mellom flere faktorer. En helsesøsters erfaring var at forekomsten av overvekt ofte står i sammenheng med både dårlig økonomi, og at det er familier hvor foreldrene har middels eller ingen utdanning.

Av de som jeg har møtt som er overvektige, det er absolutt barn og ungdommer som ikke nødvendigvis er fra de mest velstående familier, men som det virker som de alltid har penger til å gå til kiosken eller til bensinstasjon eller fastfoodshoppene. Der er veldig ofte der jeg oppfatter at de får maten sin.

Hun kobler også overvekt blant barn og unge til andre faktorer i tillegg til foreldrenes utdanning og økonomi, som for eksempel familiens daglige rutiner;

Om det er fordi familiestrukturere er slik at det ikke er gode rutiner hjemme, det vet jeg ikke – det er nok mange faktorer som spiller inn på hvorfor de får penger til å gå å kjøpe seg noe, og at det blir slik selv om de i utgangspunktet har dårlig økonomi. Men jeg tror at den dårlige økonomien også henger sammen med et dårlig opplegg i familiestrukturen, måltidservering, tidspunkter for mat, alt henger sammen tror jeg. Det at det er stort sett familier som har en veldig ustrukturert hverdag, og hvor foreldrene ikke alltid er hjemme og samler familien, og lager middag, men overlater familien til seg selv. Det er ikke, jeg har ikke fått det inntrykket i hvert fall, det er ikke mye faste aktiviteter i disse familiene, for eksempel at disse ungdommene er fast på fotballtrening eller fast på skitur eller sånt.

Helsesøsterens erfaring samsvarer med både Holmboe-Ottesens (2004) undersøkelse om sosiale ulikheter og kosthold, hvor det går frem at lavstatusgruppene spiser mer billig og energirik mat, og mindre grønnsaker, og Gradientutfordringen (Sosial- og helsedirektoratet 2005) som viser at forskjeller i oppvekstkår kan ha følger for utvikling av overvekt blant barn og unge. En annen helsesøster uttrykker det slik; ”Jeg tenker det at det ofte har en sammenheng med familieøkonomi, for som oftest så velger dei det billigaste og det trenger ikkje alltid å være det sunnaste kostholdet. At det er en sammenheng.” Dette er et syn som deles av flere helsesøstre.

På spørsmål om sammenheng mellom overvektsproblematikk hos barn og familiers økonomiske situasjon, er det en helsesøster som sier det slik: ”Ja, jeg tenker at det kan være tilfelle, og da forbinder jeg lav familieinntekt ofte med utdanningsnivå og det, i mitt hode sier det noe om tilnærming til hverdagslivets utfordringer”. En annen helsesøster viste til hvordan familieøkonomien påvirker det sosiale livet:

Jeg har nylig hatt en familie som,- hvor mammaen sa at vi går en tur i skogen om søndagene og tenner bål og finner på ting der, men så er det problematisk at de er sammen med andre familier som drar på Aktivitetsparken, de er i Badeparken og det koster penger, og denne familien her har ikke så god råd – Det er veldig viktig å støtte dem på at de bruker nærområdene rundt seg som ikke koster noe, og som er minst like sunt som det å være i Badeparken og i Aktivitetsparken. Selvfølgelig kan det også være greit å ty til på dager som det er skikkelig dårlig vær.

På spørsmål om det hun mener er om dette er en utfordring for familier som ikke har så veldig god råd, svarte hun: ...Ja, det påvirker barns sosiale liv, de vil jo også gjerne oppleve det som de hører at andre barn opplever.

Som den danske psykologen Heede (Ørntoft m.fl., 2005) hevder, er det svært viktig å ta hensyn til både små økonomiske midler og mangel på kunnskap om hva som er et sunt kosthold, og betydningen av fysisk aktivitet i arbeid med adferdsendring. Helsesøstrene er gjennomgående opptatt av dette i sine uttalelser, om familieøkonomi og sammenheng med overvekt hos barn. Erfaringene med å veilede i slike familier knytter de også til spørsmålet om utfordringer som de opplever i sitt arbeid med overvektige barn og familier. De tar opp at et er et dilemma å veilede rundt tiltak som de har grunn til å anta at familiene ikke har råd til å følge opp, eller har krefter til å følge opp. Heedes (Ørntoft m.fl., 2005) syn på det at å ha overskudd til å gjennomføre en livsstilsendring når man har så mange andre problemer å slåss med vil for mange kunne være uoverkommelig, gjenfinnes i helsesøstrenes erfaringer. En helsesøster sa: ”Noe jeg tenker på nå er usunn mat, billig mat og sånne ting”. Hun ble spurt om hun så sammenheng med økonomi og svarte følgende:... Ja! Det ser ein jo. Dei gjeng og fortare på gatekjøkken og sånne ting. Hvis ein har dårleg økonomi på ein måte mens ein samtidig kanskje ikkje har arbeid, og at ein slit og da kanskje at ein ikkje orkar så mange ting. Da blir det lett at ein berre kjøper ein pølse på bensinstasjonen eller sånne ting. Ein ser jo litt sånt da

Helsesøstrene er samstemte om at overvekt hos barn og unge at er et sammensatt problemområde, hvor mange ulike faktorer spiller inn. De er opptatte av å ikke generalisere, eller slå fast at alle overvektige barn kommer fra familier med psykososiale eller sosioøkonomiske vanskeligheter. Helsesøstrene forsøker å nyansere uttalelsene sine, noe som illustreres i denne helsesøsterens syn:

Jeg har jobbet i en bydel hvor det er en overopphopning av, statistisk, av forskjellige, hva skal jeg si... jeg vet ikke om jeg skal si prøvelser eller svakheter. Altså livets utfordringer på mange områder, sosioøkonomisk, er relativt store, men jeg har ikke tallmessig grunnlag for å si, at det er flere overvektige barn på den skolen enn det er på den skolen som jeg er på nå.

Likevel viser det seg i nyere rapporter som NOVAs levekårsundersøkelse blant barn (Grødem m.fl., 2008) eller i Stortingsmelding 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge, at det er tendens til høyere forekomst av overvekt og fedme blant grupper med psykososiale og sosioøkonomiske vansker.

4.5 Samfunns- og miljømessige faktorer

Som tidligere nevnt både fra Telemarkundersøkelsen (Oellingrath m.fl., 2008), og i følge Heede (Ørntoft m.fl., 2005) utøver den moderne livsformen et massivt press på barn når det gjelder tilgang på energitett mat og mangel på fysisk aktivitet. Dette stiller høye krav til kunnskap og evne til å velge en sunn livsstil. I likhet med Crisp (1996) og Skårderud (2000) som går ut over kun en medisinsk forståelse av spiseproblematikk, går også helsesøstrene i beskrivelsene av sine erfaringer inn på betydning av påvirkning fra samfunnet når det gjelder utvikling av overvekt.

En helsesøster sier at hun ser på overvektsproblematikk som et samfunnsproblem og ikke bare et problem for det enkelte barn og familie. Hun sier samtidig noe om at hun oppfatter at det dreier seg om veldig mange i dette sitatet;

Jeg syns samfunnsstrukturer og samfunnstendenser ikke akkurat legger til rette for at vi skal klare dette på en lett måte. Heller det motsatte, at det bare blir verre før vi kan få en bedring. Vi trenger veldig mye mer omorganisering av hverdagen for veldig mange folk tror jeg, før vi kan klare å gripe dette av på en ordentlig måte.

Hun er her inne på samfunnsstrukturelle forhold. Det hun er inne på er at møtet med det moderne samfunnets forventninger til hva som ansees som vellykket, enten det gjelder retningslinjer fra helsevesenet om sunnhet og ernæring, eller moderne idealer, stiller for store krav til psykisk selvkontroll for å håndtere det. Hun observerer at veldig mange ikke mestrer det og at konsekvensen er at de er risikoutsatte for å utvikle overvekt. Skårderud (2000) påpeker problematiske forhold ved vår tids familiekultur. Han understreker at en liberal, åpen familie med utydelige grenser i seg selv kan utgjøre en risiko, og at maten gjenspeiler en travel kultur, og fellesmåltider i endring. Dette sees på som en årsaksforklaring på den økte forekomsten av overvekt i dagens samfunn. Helsesøstrene uttrykker bekymring for at det ofte viser seg å være psykososiale og sosioøkonomiske vansker blant dem som er høyest representert med forekomst av overvekt og fedme.

Det er ikke i intervjuguiden spørsmål som direkte retter seg mot strukturelle samfunnsspørsmål. Likevel bærer helsesøstrenes erfaringer preg av at de er opptatt av samspillet mellom foreldre, barn og samfunn som sentralt med tanke på at enkelte grupper er risikoutsatte for å utvikle overvekt. På spørsmål om helsesøstre er i ferd med å avdekke et samfunnsproblem på et tidligere tidspunkt nå, enn for eksempel for et tiår tilbake, svarer en helsesøster slik:

Jeg kunne ønske å si å ja selvfølgelig, men jeg tror at vi har en lang vei å gå. Da jeg leste høringsnotatet i NSF (Norsk sykepleierforbund) så satt jeg med en følelse av at det blir gjort alt for lite konkret. Det er veldig mye overskrifter og veldig mye antakelser i forhold til hva som ligger bak overvektproblematikk i samfunnet, men i forhold til det å faktisk klare å gjøre noe med disse problemene - det tror jeg at vi har masser av arbeid igjen før vi kan begynne å få gjort noe som helst egentlig. Både i forhold til familiestrukturer, økonomiske problemer, kostvaner og aktivitetsnivå, alle disse momentene.

Helsesøsteren påpeker i likhet med Telemarkundersøkelsen (Oellingrath m.fl., 2008) at samfunnets struktur kan hindre helsefremmende adferd, og at overvekt og fedme ikke bare skyldes individuelle valg.

Psykologiske mekanismer som spiller inn i forbindelse med årsaker til og konsekvenser av at barn og unge utvikler overvekt, beskriver helsesøstrene ofte i sammenheng med samfunnsmessige og miljømessige faktorer som påvirkning.

4.6 Psykologiske faktorer

Et av spørsmålene i intervjuguiden var om helsesøstrene hadde observert sammenheng mellom barns psykiske helse og overvekt. Helsesøstrene er gjennomgående svært opptatt av hvordan overvektige barn har det, og legger ofte vekt på konsekvenser som overvekten kan ha for deres trivsel og selvfølelse. En helsesøster sier; ”Ja det er jo ofte ein opphopning av psykiske problemer hos dei som har overvekt. Da tenker eg på angst, depresjon og lav selvfølelse”. Som tidligere redegjort for peker den norske psykologen Sandsengen (2009) på to måter å forstå psykiske forhold på i sammenheng med overvekt og psykiske problemer. Om bestemte typer psykiske problemer bidrar til at folk blir overvektige, eller om man kan få psykiske problemer som en følge av overvekt. Som tidligere referert til viser undersøkelser at overvekt kan ha alvorlige psykologiske konsekvenser for barn og unge (Ørntoft m.fl., 2005). Dette går igjen i helsesøstrenes refleksjoner rundt hva de vet om fenomenet overvekt blant barn og unge. Det er en tendens til at helsesøstrenes erfaringer med psykiske forhold i forbindelse med overvekt blant barn og unge dreier seg om psykiske konsekvenser av overvekten.

Mange av helsesøstrenes svar som dreide seg om sammenhengen mellom barns psykiske helse og overvekt, kom også i forbindelse med et annet spørsmål. Det var spørsmålet om de hadde inntrykk av at overvektige barn har utfordringer som normalvektige barn ikke har, en helsesøster sa følgende; ”Ja det tenker eg at dei har altså, absolutt! ”. Helsesøsteren ble videre spurt om hun kunne beskrive dette, og hun svarte følgende:

Da tenker eg jo på helseutfordringer i forhold til sin fysiske helse, og også sin psykiske helse. Så eg tenker det at dei strever meir med. Dei føler seg meir sånn.... Dei strevar i forhold til mobbing...dei føler seg aleina, lav selvfølelse, sånne ting kjem inn i bildet. Det er vanskeleg å komma på dei rette orda her i så full fart. Det er så mange ting og da.. men da er jo da eg kjeme på i denne sammenhengen. Det er jo det der med å være trist og lei seg og selvfølelse og ikke minst de helsemessige utfordringane, ikkje sant. Det blir en større og større utfordring ettersom tida går og de nærmer seg tenårene. Nå snakker eg om barn i barneskulen.

Spørsmålet ble videre fulgt opp med spørsmål om hun hadde observert forskjell mellom større og mindre barn, hvor hun svarte:... Ja, eg syns det altså! At det er forkjellig i barneskulealder og i ungdomsskolen altså! På spørsmål om hun mener det er noen sammenheng mellom psykisk helse og overvekt svarer hun: Ja! Meiner eg!... Det er jo ofte ein opphopning av psykiske problemer hos dei som har overvekt. Da tenker eg på angst og depresjon og lav selvfølelse.

Helsesøstrene er samstemte i det at belastningen ved å være overvektig øker etter hvert som barna blir eldre. En helsesøster nevner at hun går frem på ulike måter avhengig av barnas alder, og at også hun observerer utfordringene overvektige barn møter på i forhold til selvbildet:

De har jo utfordringer, altså siden jeg er jo i barneskolen, så har jeg delt ungene i to på et vis. Det er de minste barna og så er det fra fjerdeklasse og opp. Da relaterer jeg de til vanlige pubertetsutfordringer, og de endringsprosessene som skjer, og jeg tenker at de har utfordringer! Der hvor selvbildet har så mye å si, og de ser seg selv hvordan de ser ut. De får ikke kjøpt den olabuksa som de to beste venninne har – for den går ikke på min kropp. Jeg tenker at det er mange unødvendige vanskeligheter. Ikke unødvendige – det er mange ekstravanskeligheter på veien mot å bli voksen, som gjør det ekstra tungt!

Selvbilde, skyld, skam og mestring er begreper som i følge Skårderud (2000) er relatert til psykologiske forhold. Disse begrepene går igjen i alle helsesøstrenes erfaringer. En tredje helsesøster beskriver den psykiske belastningen overvektige barn opplever slik;

Når det er en stor overvekt så tror jeg barna selv føler seg selv stigmatiserte. De sliter veldig med selvbildet, og dette gir en psykisk belastning som andre unger slipper. Så om de ikke er stigmatiserte av andre så tror jeg at de føler det selv.

De føler seg annerledes, de gjør det! Det vil jeg påstå. De som jeg har jobbet med, der har det vært det psykiske aspektet som jeg jobber med som har vært verktøyet, helt fra starten, det er derfor de ber om hjelp med overvekten. Det er først og fremst fordi dette er en stor psykisk belastning, og at de sliter med selvbildet. Det er det som jeg blir presentert for.

Helsesøstrene er ofte opptatte av følger et dårlig selvbilde kan ha for barn og unge. En av dem beskriver hvordan hun har erfart at overvektige unge har opplevd det:

De gjemmer seg, de er ikke så sosialt aktive, de føler seg helt feilplassert i forhold til idrett. Gym på skolen. Ja de mister troen på seg selv i forhold til det å oppnå mål fordi de har prøvd å slanke seg og ikke klart det og de blir veldig mismodige, de mister troen på seg selv i forhold til det å kunne klare ting.

Hennes erfaring samstemmer med tidligere refererte undersøkelser. Både den danske psykologen Heede (Ørntoft m.fl., 2005) og Lobstein med kolleger (2004) har påpekt at overvektige barn vender barn overvektproblemet innover i seg. Dette er påvist at har følger for lav selvtillit og dårlig mestringsfølelse. Evnen til problemløsning og det å møte hverdagslivets utfordringer og mestre skolearbeid blir skadelidende, sammen med den sosiale kompetansen, og disse faktorene forsterker hverandre negativt (Lobstein m.fl., 2004). Helsesøsteren beskriver dette videre slik;

De som jeg har jobbet med har en tendens til å se på seg selv som en som ikke lykkes i livet generelt, det kommer ut av det at de har mislykkes med å holde seg slanke, dette får konsekvenser for flere områder i livene deres. Det vil jeg påstå ut i fra hva jeg har erfart og hørt. Og som sagt til og med i forhold til dette med å ha tro på seg selv, til og med i et klasserom, ja til og med akademisk fordi de ofte ikke tror at de kan klare ting. Så jeg tror at de generelt har belastninger som gjør livene deres tyngre for dem, ikke bare i bokstavelig forstand.

En annen beskriver også hvordan barn vender problemet inn over seg selv, og hvordan barn opplever at det er skammelig å være overvektig. Helsesøstrenes erfaringer med barns opplevelse av skam i forbindelse med overvekt er i tråd med psykiateren Skårderuds (Wyller 2002) syn på skam i forbindelse med overvekt. Han sier som tidligere nevnt at skammen er kanskje den mest åpenbare av affektene og er opplevelsen av egen uverdighet, at lite annet kjennes like dramatisk. Det er en negativ erfaring som kommer raskt og som slipper langsomt. I samtaler med barn som helsesøstre gjengir, kommer det frem at enkelte barn også føler at de må skåne foreldrene sine slik som vist i dette sitatet;

For det at, i alle fall til meg så sier dei at dem vil ikkje vere tjukke! Dem syns det er dumt at dem har ein sånn kropp. Dem er lei av å bli erta, dem syns det er trasig å kle av seg i dusjen.

Dem føler at dem er klomsete i gymmen. Dem blir beglodda når dem skal opp på tavla. Nokon av dem vil ikkje sei det heime. Dei har ikkje lyst til å *lage* problemer for foreldra.

Dei skal på ein måte holde dette her innafør seg sjøl.

Som Heede (Ørntoft m.fl., 2005) påpeker vil mange barn på ulike måter forsøke å fortrenge sin overvekt i dagliglivet. Likevel konfronteres de med overvekten sin i mange situasjoner og mange vil på grunn av sin manglende selvfølelse trekke seg unna. Enten helsesøstre beskriver det som bagatellisering, eller at barna gjemmer seg, og ikke så sosialt aktive, eller føler seg helt feilplassert i forhold til idrett så er det situasjoner hvor barn opplever skam. Eller de beskriver at barna finner måter å kompensere på, eller å spøke det bort på, så dreier det seg om at skam er til stede som den grunnleggende affekten. En helsesøster sa: ”Noen sier at de kan virke veldig muntre og sånn utad og de kan fleipe med overvekten sin, men inne i seg er de egentlig veldig, veldig lei seg. Det har jeg lest og hørt mange eksempler på”. En annen helsesøster viser til følgende eksempel på kompensering;

Eg kjenner i hvert fall til ein gutt som var veldig... Han har bedra seg litt no men han var veldig bråtøff og skulle kompensere heile tida. Laga mykje styr i klassa og laga mykje styr for foreldra og måtte liksom heile tida ha andre strategiar for å få seg venner da . Han var ikkje så veldig populær ellers

Helsesøstre er samstemte i at overvektige barn opplever vanskeligheter i gymtimer på skolen, også i denne sammenhengen er skam sentralt. Opplevelsen av skam settes ofte i sammenheng med mobbing, noe en helsesøster viser i dette eksempelet da hun svarte på spørsmålet i intervjuguiden om hun hadde vært kontaktet av barn som hadde vært utsatt for mobbing på grunn av sin overvekt;

Ja, og det er jo nettopp sånn at dei har ikkje vilt sagt de til foreldra og dei har ikkje tørt å sei det til lærarn heller men dei blir – eg hugsar serleg ein gutt – han blei erta i gymmen, veldig sånn skjult, han blei erta i garderoben.
Og han, i dag gjeng han i åttende klasse, og han sier fortsatt...Eg hører at han spør læraren; ”Skal me ha gym i dag?”, eller ”Hva skal me ha til gym?” Han må heile tida forberede deg for han gruar seg så til den dusjesituasjonen!

Helsesøsteren påpekte videre samarbeidet med læreren som avgjørende for at gutten ikke skulle være nødt til å oppleve gymtimene som gjentakende ydmykkelser. Dette uttrykte hun slik: ”Ja! Og eg har snakka med den læreren og spurt om han ikkje kan få sleppe å dusje, må han dusje?! Hvorfor det! Nå har vel læreren begynt å fire litt på da”.

Helsesøsterens fokus på samarbeidet med læreren sammenfaller med nasjonale føringer i blant annet i Stortingsmelding 16 2002-2003 hvor det legges vekt på at ansvar må synliggjøres i alle sektorer. Samarbeidet med andre yrkesgrupper er sentralt i det forebyggende og helsefremmende arbeidet rettet mot grupper med sammensatte behov som det går frem av Stortingsproposisjon 1 2008-2009 om styrking av det tverrfaglige samarbeidet. Hun sa videre:

Han har til og med spurt meg om den læreren kan tvinge ham til å dusje og eg seier at nei, ingen kan tvinge deg til å dusje. Og det er ingen problem, du kan jo dusje når du kjem heim. Og da seier han det at ... nei han sa ikkje det da men det er ein annen som har sagt det før at når du er tjukk få får du så veldig liten tiss i forhold til dei andre i klassen og eg trur at det kan og ha noko med det for dei er veldig opptatt av lengda og størrelsen og fasongen og da blir på ein måte den tissen litt borte i den valken.

Helsesøstrene setter opplevelsen av skam i forbindelse med tap av mestring, en helsesøster beskriver hvordan barn hele tiden leter etter nye strategier for å opprettholde fasaden slik: ”Dei her som er så overvektig at dem har trøbbel i gymmen for eksempel, og at dem blir tungpusta for ingen ting, dem klarer ikkje å klatre ute. De blir ikkje valgt på lag for eksempel”. På spørsmål om hun mente at det kunne ha sammenheng med mestringsfølelse og selvbilde, svarte hun: ”Å ja da, det blir jo selvfølgelig dårligere mestringsfølelse, og dei må heile tida finne nye strategiar for å finne ein forklaring på hvorfor dei ikkje vil klatre i det treet og så vidare. Det blir jo eit stress ut av det”.

Et utvalg i tillegg av andre helsesøstres beskrivelser av overvektige barns opplevelse av skam i forbindelse med sin overvekt følger, ” Dette her med å måtte kle av seg og få kommentarer. Helt klart utfordrende”, og ”De sliter med overvekt ikke sant, de liker ikke å vise seg i joggetøy ute på gaten med sine 100 kg, og så jogge opp og ned”. Helsesøstrene er inn på barnas erfaringer med at overvekt er et problem som ikke lar seg skjule og hvordan barna påvirkes av det. Erfaringene er i tråd med problemet som Skårderud (Wyller2002) beskriver, hvor kroppen sladrer om hvordan man mestrer de moderne idealene, og ikke minst om omgivelsenes syn på deres selvkontroll.

Andre situasjoner som helsesøstrene legger vekt på som vanskelig for overvektige barn er kleskjøp. Både kleskjøp som er en situasjon som oppleves som ydmykende, og gymtimen som er en ukentlig påminnelse om hva de ikke mestrer, er tidligere referert fra den danske psykologen Heede (Ørntoft m.fl., 2005). Hun påpekte at de psykologiske skadevirkningene slike nederlag kan ha for barn, og sammenhengen med at jevnaldrende -sosisering blir skadelidende av overvekten. Dette er erfaringer som også helsesøstrene forteller om, en sa det slik;

Ja det er jo det, og særleg når dei blir litt større og kjem i puberteten og sånn, så kan de bli veldig deprimerte. Dei blir jo lei seg,... og ikkje få gå i dei kleda som seg kunne tenkt seg. Dem ser rundt deg og dem ser annerledes ut enn dem andre.
Så kler dem seg kanskje i noko store greier da, så blir det enda meir behagelig å gå i dei store gevantene, og så legger dei ikkje så merke te det.

De foregående eksemplene dreier seg om barnas selvbilde og opplevelse av skam i forbindelse med overvekt. I forbindelse med skyldfølelse dreier helsesøstrenes erfaringer ofte om foreldrene, selv om det som tidligere nevnt er barn som tar skyldfølelsen inn over seg og for eksempel ikke vil involvere foreldrene. Helsesøstre beskriver foreldrenes skyldfølelse i forbindelse med vanskeligheter med å tilnærme seg i en veiledningssituasjon. De forteller om foreldre som kan oppleve skam ved at barna deres har blitt overvektige. En sier det slik; ” Har man et veldig overvektig barn så er det synlig for alle liksom. Jeg tror foreldrene føler veldig på det”. Dette knytter helsesøstre igjen til holdninger til overvekt i samfunnet. Holdninger og handlinger er sentrale begreper innenfor psykologien og de representerer også sosiale faktorer (Raaheim, 1984) Holdninger i samfunnet og opplevelsen av skam ved å ikke mestre idealene er knyttet til samfunnsdiskursen rundt overvektproblematikk, Schaaning (2000) påpeker hvordan samfunnsdiskursen kan bli konstruerende i seg selv, og hvordan den kan påvirke

identitetsdannelsen hos den enkelte. Dette samsvarer med Handeland og kolleger (2008) som omtaler problemene overvektige barn kan oppleve som følge av den stigmatiseringen de kan være utsatt for. Som tidligere referert fra Heedes (Ørntoft m.fl., 2005) undersøkelse, kan det tyde på at overvektige også møtes av stereotype fordommer og diskriminerende behandling selv i sine møter med helsevesenet. Også helsesøstrene er opptatt av holdninger, en helsesøster snakket om holdninger i samfunnet som kan være med å bidra til at skyldfølelse oppstår, hun sa følgende;

Jeg tenker at på et vis så er samfunnet sånn at de som er overvektige møter masse fordommer fra slanke folk om at det er både barn og voksne som har dårlig styring på ses sjøl. Det er jo dessverre fordommer som man kan kjenne på hos seg selv også.

Helsesøstrene påpeker rådende syn i samfunnet på overvektige og hvordan det påvirker både dem selv og de menneskene som det gjelder. Gjennomgående viser helsesøstrenes erfaringer og beskrivelser av sitt arbeid med overvektige barn og deres familier at de er bevisste på både egne holdninger og på at de tilstreber å ha en respektfull tilnærming. På samme måte som i de nye retningslinjene for forebygging og behandling av overvekt og fedme i primærhelsetjenesten (Handeland m.fl., 2008) mener de at det er et sårbart tema hvor barn og foreldre lett føler seg anklaget og kommer i forsvarsposisjon, og hvor bebreidelser, belæring eller moralisering bør unngås. Følgende sitat illustrerer dette;

Og det er en tilbakeholdenhet fra min side med tanke på dette med å ikke ønske å fornærme foreldrene, og det å påpeke at de kanskje har gjort noe feil. Dette er noe som jeg opplever at foreldre er veldig obs. på, og de ser at de ikke har gjort ting riktig underveis, og foreldrene sitter nok med mye skyldfølelse. Så jeg syns nok dette er vanskelig og jeg bruker mye energi på å skape en god relasjon, for å unngå å sette foreldrene i forsvar, jeg syns det er veldig viktig. Det å få dannet en relasjon er den største utfordringen.

Videre sier helsesøstrene at det kan være enklere å komme i posisjon til å gi kostholdsråd enn til å veilede i forbindelse med aktivitet. Aktiviteter kan være forbundet med at det koster penger, og at det derfor kan knytte seg til skam og skyldfølelse hos foreldrene, over å ikke ha økonomiske ressurser til å la barna delta i aktiviteter. Å erkjenne at man ikke har råd til å ta med barnet sitt på relativt rimelige aktiviteter, og å fortelle det til helsesøsteren sin er en nedverdiggende opplevelse. I en slik sammenheng er skam en sentral følelse, og den ledsages gjerne av følelsen av ikke å mestre forsørgerrollen. Flere helseøstre kommer inn på at det er et mer følsomt tema å snakke med foreldre om barnas aktivitetsnivå enn om kosthold, en helsesøster uttrykker det slik.

Jeg har et inntrykk av at de fleste foreldre snakker om at de tror at det er kostholdet det dreier seg om. Aktivitet er mindre snakket om, jeg syns det er vanskeligere å få foreldrene med på den delen av samtalen. De har lett for å innrømme at ungen kanskje spiser feil, men å få dem til å sette ord på aktiviteten, og hva de selv har klart å gjøre for å aktivisere ungdommen, det syns jeg at det er sjeldnere at det blir prat om fra deres side.

På spørsmål om det er et mer følsomt tema svarer hun:

Ja jeg vet ikke om det er fordi de selv er inaktive og har av den grunn ikke har oppfordret de unge nok til å tenke at de må være i aktivitet, altså for å få den unge i aktivitet så de har kanskje en skyldfølelse der. Mens særlig der hvor de selv er slanke, så tenker de at de selv har spist riktig

mens ungen har spist feil. Så de er raskere til å sette ord på kostholdet enn på aktivitet. Så det er oftest det som foreldrene påpeker som ”feilen”, og kanskje fordi de selv lettere kan innrømme at de har gitt ungen for mye potetgull eller liknende, mens det er vanskeligere å innrømme at de ikke har tatt ungen med på nok skiturer.

Ut i fra helsesøstrenes synspunkter kan det virke som om det er mer tabubelagt å ikke tilrettelegge for aktiviteter for barn enn å ikke sørge for et sunt kosthold. Det er nærliggende å spørre om det skyldes sosioøkonomiske eller psykososiale faktorer som gjør at det er et mer følsomt tema? Er det mest skambelagt å ikke mestre selve aktiviteten? En helsesøster sier: ”Dem er lei av å bli erta, dem synes det er trasig å kle av seg i dusjen. Dem føler at dem er klomsete i gymmen. Dem blir beglodd når dem skal opp på tavla”. Eller er det mest vondt å ikke ha råd til å delta? Noen barn er som tidligere nevnt redde for å føle at de *lager* problemer for foreldrene. Det er velkjent blant helsesøstre at noen barn høylytt hater skidager på skolen. Det er ikke fordi de hater å gå på ski men fordi de hater situasjonen hvor de mangler det nødvendige utstyret. Da er det lettere å få skjenn for å lage bråk, enn å vise hvor leit det er å ikke ha det samme utstyret som det ser ut som om alle de andre har. For utstyret koster penger det er en erfaring som flere helsesøstre vektlegger. En uttrykte det slik;

Det er jo stort sett gratis å gå en tur i skogen hvis man har den lett tilgjengelig. Likevel ser vi nok at noen av familier blir værende mye inne i helgene at de har mye inneaktiviteter, spesielt på vinterstid, de tar ikke med seg ungene i skiløypene, noen gjør selvfølgelig det. Men det er nok flest av dem med alt i fra middels utdanning til høyere utdanning som drar ut i skiløypene. Det kan ha å gjøre med tilgjengelighet til bil det å ha råd til å bruke bilen og kjøre et par mil for å komme ut i skiløypene, betale bompenger og såne ting. Ikke minst det å eie ski, barn i vekst trenger jo stadig nytt utstyr.

På sammen måte som det fremkommer i Gradientutfordringen (Sosial- og helsedirektoratet 2005) hvor det påpekes at forskjeller i helsetilstand følger sosiale og økonomiske kategorier i befolkningen, trer sammenhengen mellom overvekt hos barn og levekår frem ut i fra helsesøstrenes erfaringer. Det viser de gjennom eksempler hvor levekår kan true foreldres følelse av å mestre forsørgerrollen, og å være til hinder for å delta i aktiviteter. Andre psykologiske unnamanøvre er eksempler på barns tilbaketrekning for å unngå kommentarer, eller stressmomentet i at overvekten er til fysisk hindring for å bevege seg.

4.7 Overvekt blant minoriteter

Sosial og helsedirektoratet (2005). legger i Gradientutfordringen frem omfattende dokumentasjon på at det eksisterer sosiale ulikheter i helse i Norge i dag, og det påpekes at det er betydelige forskjeller i forekomst av overvekt og fedme. Noe som underbygges i NOVA rapporten om barns levekår (Grødem m.fl., 2008). I tillegg er det betydelige forskjeller mellom ulike innvandringsgrupper (Sosial- og helsedirektoratet 2005). I følge Folkehelseinstituttet (2004) viser en studie blant vel 3000 innvandrere fra ikke-vestlige land, at forekomsten av overvekt og fedme varierer med etnisk bakgrunn blant innvandrere i Oslo. For eksempel er andelen med KMI

over 30 er størst blant kvinner fra Tyrkia og lavest blant menn fra Vietnam. En annen undersøkelse som registrerte vekt og høyde ved hjelp av spørreskjema viste at innvandrerungdom fra andre vestlige land, Øst-Europa og Midtøsten/Nord-Afrika hadde høyest forekomst av overvekt (Folkehelseinstituttet, faktaark 2008 Overvekt hos barn og unge).

I legeforeningens program for å bedre helsetjenestene for ikke-vestlige innvandrere, går det frem at det er kjent at denne gruppen har en høyere forekomst av livsstilsrelaterte sykdommer enn majoritetsbefolkningen (Den norske Legeforenings rapport om ikke-vestlige innvandrere 2008). Helsesøstrene ble i intervjuene spurt om de mente det er sammenheng mellom overvekt hos barn og om foreldrene hadde minoritetsbakgrunn, og eventuelt hvilken bakgrunn de hadde.

Helsesøstrene skiller i sine uttalelser mellom opprinnelsesland, men ikke mellom ulike grupper utlendinger som befinner seg i Norge, som for eksempel mellom arbeidsmigranter, flyktninger og asylsøkere, familiegjenforeninger, og studenter. De helsesøstrene som hadde erfaringer med barn og unge fra minoritetsfamilier, mener at somaliere har høyest forekomst av overvekt blant minoritetsgruppene. En sier det slik: ”Av alle de som jeg har møtt er det først og fremst de somaliske som sliter med overvekt”. En annen helsesøsters observasjon i forhold til forekomst av overvekt blant minoritetsgruppene var følgende;

I forhold til kultur så ser vi jo at en del familier fra ikke-vestlige land, de er veldig glad i søte ting, det ser jeg allerede på det første hjemmebesøket. De fra for eksempel Irak og kanskje spesielt Somalia de er lubne, de er det. De asiatiske er vanligvis ikke lubne. Det er særlig de somaliske vil jeg si.

Sett i sammenheng med undersøkelser som Folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet, faktaark 2008 Overvekt hos barn og unge) baserer sine tall på, hvor innvandrerungdom fra andre vestlige land, Øst-Europa og Midtøsten/Nord-Afrika hadde høyest forekomst av overvekt, må helsesøstrenes observasjoner sees i lys av at denne spørreundersøkelsen er foretatt i distrikter som har bosatt mange somaliere i forhold til hva man kan finne andre steder i landet. Helsesøstrene har gjort observasjoner som sammenfaller med Folkehelseinstituttet angående forekomst av overvekt blant asiatiske innvandrergrupper. En helsesøster satte det videre i sammenheng med både arvelige faktorer som kroppsbygning og miljømessige faktorer som kosthold slik: ”De fra for eksempel Irak og kanskje spesielt Somalia de er lubne, de er det. De asiatiske er vanligvis ikke lubne. Altså, jeg ser jo at de somaliske foreldrene er svære og kraftige de har en helt annen kroppsbygning og størrelse.” På spørsmål om forskjeller i kostholdet svarer hun:

Hva de spiser som gjør at de er kraftigere det hmmm, det går mye på søtt der også, men de bruker jo mye oljer og sånne ting og da. Det fins sikkert veldig mange varianter der, akkurat sånn som det norske kostholdet, det varierer jo fra landsdel til landsdel det.

En annen helsesøster satte overvekt blant minoritetsfamilier i sammenheng med økonomiske faktorer, da hun ble spurt om hun hadde observert sosiokulturelle forhold som hun mente at kunne være av betydning for barns overvekt. Dette samsvarer med Legeforeningens rapport om

ikke-vestlige innvandrere, hvor det går frem at deres sykdomsprofil langt på vei overensstemmer med det som er kjent fra undersøkelser fra fattige deler av majoritetsbefolkningen (Den norske Legeforenings rapport om ikke-vestlige innvandrere 2008).

Ja! for dei utenlandske så er det jo det..... jo det er nok det for det er jo en del familiar som er aktive i idrettsmiljø og som står på heile tida og så er det nokon som dett utafør. Så det har nok med det ... dei foreldra som, men det er ikkje alltid det heller når eg tenkjer meg om. Tenker du at noen av de veldig aktive foreldrene er foreldre som sliter med økonomi? Nei! Det er jo ikkje det veit du, neida det er ikkje det! Men nei, så det har nok en sammenheng. Og au foreldre som ser at det er viktig å prioritere tida faktisk på å gjøre det, og følge den ungen dit i nokon år.

Det å prioritere tid til aktiviteter for barn tilskrives også kulturelle ulikheter når helseøstre beskriver sammenhenger med minoritetsbakgrunn og overvekt. Både Hylland Eriksen og Arntsen Sørheim (2006), og Legeforeningens rapport om ikke-vestlige innvandrere (2008) påpeker at kulturelle ulikheter kan skape vanskeligheter. Ulike kulturelle oppfatninger av sykdomsforståelse kan også påvirke forståelsen av kosthold og aktivitets betydning for helse, noe en helsesøster uttrykker slik:

Da må jo vere dette her med at i enkelte kulturar så har dei for lite fokus på det der med å være ute i naturen, og vere fysisk aktiv og at det kan bidra til å spela inn – absolutt!
Me normenn har generelt eit .. me er generelt flinkare til å bevega oss utendørs, i skogen, og dra på turar, ikkje minst det det med å vere flinke til å oppdra ungane våre til å gå på turar heilt i frå dei er små. Me ser ikkje alltid det i ikkje-norske, altså ikkje- etniske norske miljø.

De av helsesøstrene som har erfaring med barn fra minoritetsfamilier, beskriver grensesetting overfor barn som et problem. Helsesøstrene oppfatter problemer med grensesetting som mer vanlig hos enkelte minoritetsgrupper enn det de oppfatter i etnisk norske familier. Dette gjelder spesielt mødres autoritet overfor sønner, og de fremhever spesielt familier fra Somalia, en helsesøster sa det slik;

Jeg tenker spesielt på somaliske gutter, der mammaen er under barnet i rang, og hvor det kanskje også er eldre søstre, i familier hvor det bare er pappaen som kan si ifra, eller han til og med er fraværende.
Da er det på en måte gutten som styrer hele familien og da kan du tenke deg i veldig mange settinger så blir dette feil også i forhold til mat og kosthold.

Dette funnet står i motsetning til den ofte stereotypiserte oppfatningen om minoritetsfamiliers oppdragelsesform som råder i samfunnsdiskursen. Minoritetsfamiliers oppdragelsesformer beskrives spesielt i medier som mer autoritær enn den som oppfattes som den moderne norske formen for oppdragelse. Hylland Eriksen og Arntsen Sørheim (2006) hevder at mange innvandrere kommer fra samfunn med tradisjonelle samfunnsstrukturer, noe som kan gi særlige kulturutfordringer i samspillet med aktører i et moderne samfunn. Helsesøstrenes erfaringer viser at de ofte observerer problemer med grensesetting hos enkelte minoritetsfamilier, som en kulturutfordring, en helsesøster sa det slik;

Ja jeg ser en del av dette. Noe av det som dette handler om er grensesetting og en del av dette ser jeg igjen i noen kulturer. Jeg har noen som har flerkulturell bakgrunn som sliter med å sette grenser. Der ser jeg vel en del foreldre som sliter med grensesetting hele veien som også sliter med barna i forhold til maten. Så noe av effekten blir kanskje at de spiser feil mat og at det er barnet som bestemmer hva det skal spise, ikke foreldrene. Dette syns jeg at jeg ser hos en del utenlandske foreldre, jeg ser det også hos norske med ønske om å være snill og grei og så blir ikke resultatet snilt og greit.

En helsesøster sier at det kan virke som om det er mer vanlig blant foreldre med Somalisk bakgrunn å møte emosjonelle behov med mat;

Ja eg har eit veldig godt eksempel, no jobbar eg ikkje så veldig mye med minoritesbarn men eg har det fra helsestasjonen, hvor det er veldig svær med saft og så fort det er eit knyst fa babyen så er det mat. Så det er i hvert fall eit par mødre som har hatt kjempesvære ungar. Ei av dem mødrene som har blive veldig veldig *norsk* ho seier det at er er liksom så status og det å kunne gi dem brus og kunne gi dem saft og det er nesten bedre enn å kunne gi dem mjølk da.

På spørsmål om hun kan si noe om hvilke minoritetsgrupper det dreier seg om, svarer hun:... Dei er somaliske stort sett dei som eg har vore borte i, dei som har vore kjempetjukke har stort sett vore somaliske. Som tidligere redegjort for lærer barn å lindre følelsesmessig ubehag med mat, når emosjonelle affekter møtes med mat (Crisp 1996). Sett i sammenheng med at spisemønstre dannes tidlig i barndommen vil denne oppdragelsesformen kunne være uheldig med tanke på vektutvikling senere i livet. Som Heede (Ørntoft m.fl., 2005) hevder vil det være egnet til å fortrenge barnets egne signaler om sult og metthet.

En helsesøster påpekte at religion kan være et aspekt som kan ha betydning for utvikling av overvekt for noen minoritetsbarn, i tillegg til holdninger til mat og måltidsmønstre generelt i enkelte minoritetsfamilier. Både holdninger, spisemønstre og religion er eksempler på faktorer som inngår i Tylors definisjon på kultur, som er tillærte ferdigheter som ligger til grunn for å beherske sosiale ferdigheter (Hylland Eriksen & Arntsen Sørheim 2006). Helsesøsteren påpeker vanskelighetene som oppstår når disse ferdighetene ikke samsvarer med den vestlige forståelsen av hva som er nyttige ferdigheter for eksempel for å oppnå god helse, hun uttrykte det slik:

Det ser jeg at er en gjentagende problematikk i det somaliske miljøet mer enn blant de andre utlendingene som jeg jobber med. Jeg jobber med mange. Av alle de jeg har møtt så er det først og fremst de somaliske som sliter med overvekt Jeg har hatt mye samtale med den ene jenta, i forhold til kosthold, og noen ting der er, sånn som jeg har oppfattet fra hennes miljø, som kanskje er gjentagende i de andre somaliske familiene, jeg vet ikke nok til å kunne påstå det men. Det er blant annet rutiner rundt dette med fasting. For de som er muslimer får en veldig feil rutine ut og inn av fastetiden, veldig store mengder mat sent på kvelden, og en holdning, - den jenta ga i alle fall klart uttrykk for at det som er servert, det skal spises opp!

Helsesøsteren påpeker videre på samme måte som i de nye retningslinjene for forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge i primærhelsetjenesten (Handeland m.fl., 2008) at rigide oppdragelsesnormer med krav om å spise opp maten sin er uheldig, og knytter dette til religionsutøvelse og kulturelle holdninger til mat. Noe som får den uheldige følgen for overvektsutvikling at barn må orientere seg etter tilstedeværelsen av mat og ikke spiser fordi de er sultne.

Det å spare mat i fryseren eller det å legge vekk mat etter et måltid som er blitt til overs, - det er oppfattet som en uting, det som står på bordet det skulle spises. Det er mye kaker ved besøk. Jeg vet ikke sikkert om det er gjentakende i det somaliske miljøet, men for meg virker det gjengående at det er i det somaliske miljøet at jentene sliter mest med overvekt i forhold til de utlendingene som jeg jobber med. Om dette er fakta eller om det bare er en tilfeldighet som jeg observerer det vet jeg ikke sikkert.

Et annet spørsmål er hva helsesøstre oppfatter at minoritetsbarn spiser. Helsesøstrene beskriver at de oppfatter kostholdet hos enkelte etniske minoritetsgrupper som preget av gjennomgående bestående av mer fett og sukker enn det de som de i sin kostholdsveiledning anbefaler. Som en helsesøster sa; ”Det går mye på søtt der også, men de bruker jo mye oljer og sanne ting og da”. En annen helsesøster sier det slik;

Jeg har en antakelse om at noen av de som kommer til Norge, at sukkernivået i kosten deres gjennomgående er på et annet nivå enn hos oss. Det har man jo selv opplevd på... fordi at man er budt på kaker og mat fra andre land og kjenner smaksmessig at det er meget søtt. De har med seg en annen grunnleggende forståelse i forhold til kosthold enn det jeg har, så jeg ser at det er et stykke veg å gå i mange familier.

I tråd med Veileder for psykisk helsearbeid (Sosial og Helsedirektoratet (2007) ser helsesøstre på vanskelige livshendelser og det å skulle tilpasse seg en tilværelse i et nytt land som aspekter helsesøstre som er sentrale med tanke på at barn med minoritetsbakgrunn kan være risikoutsatte for å utvikle overvekt. Det er igjen et uttrykk for at helsesøstre er oppmerksomme på kompleksiteten rundt årsaker til overvekt og konsekvenser som det kan ha. Helsesøstrene er gjennomgående opptatte av barns trivsel og konsekvenser det kan ha for utvikling av overvekt når barn har det vanskelig. En helsesøster brukte et eksempel som hun hadde jobbet med en tid for å beskrive dette;

Ja men det i dette spesielle tilfellet så har det vært flukt fra krig, omplanting i Norge, familiære prøvelser av diverse slag. Plutselig døde den ene foreldren, så det har vært mange livshendelser, og mange prosesser underveis.

Helsesøstrenes erfaringer er i tråd med Heedes (Ørntoft m.fl., 2005) syn på at det er ekstra vanskelig å gjennomføre en livsstilsendring når man har så mange andre problemer å slåss med. Det vil for mange kunne føles uoverkommelig og stiller store krav til de som skal hjelpe. Et aspekt som helsesøstre kommer inn på er veiledning av familier med utenlandsk bakgrunn. Ingen av helsesøstrene har sagt noe om det er språkbarrierer som gjør at det er vanskelig å veilede. De er gjennomgående opptatt av at det er vanskelig å nå frem med betydningen av å redusere sukkerinnholdet i barnas kosthold. En helsesøster sier det slik;

Vanskelig å få frem budskapet til minoritetsfamilier – det er en kjempeutfordring. Det kan være et sårbart emne, i forhold til utenlandske familier kan det være vanskelig å få frem viktighet av å ikke gi barna så mye søtt. Vi sier det samme gang på gang, de kommer igjen, og igjen, og igjen, og det er en kjempeutfordring. Det er det! Og i forhold til... de kan nok oppleve at det blir mye mas i fra min side da om de tingene.

Helsesøstrenes erfaringer er i tråd med det Handeland og kolleger (2008) sier om at man som behandler ofte vil føle oppgitthet, frustrasjon og fortvilelse over at pasientene og familiene ikke følger de rådene man gir, vekten stadig øker eller de dropper ut av behandling. Dette leder mot neste kapittel som omhandler utfordringer som helsesøstre opplever i sitt arbeid med overvektige barn og deres familier.

5 UTFORDRINGER HELSESØSTERE HAR I ARBEIDET MED OVERVEKTIGE BARN

Som tidligere redegjort for er det mange ulike faktorer som kan belyse hvordan fenomenet overvekt blant barn og unge forstås i dagens samfunn. Ut i fra intervjuundersøkelsen blant helsesøstre kommer det frem at de ikke ser på fenomenet overvekt blant barn og unge ut i fra én forklaring eller ett perspektiv. Helsesøstrene legger vekt på at mange faktorer inngår i et komplekst samspill som kan føre til overvekt, og at det får ulike konsekvenser for barn og unge. Dette gjenspeiles både i helsesøstrenes beskrivelser av hva de vet om overvekt blant barn og unge, og i hva de ser på utfordringer og muligheter i dette arbeidet.

I intervjuguidens andre del er det spørsmål som retter seg mot både mot strukturelle og individuelle forhold i forbindelse med overvekt. Spørsmålene dreier seg som tid, kunnskap eller veiledningsredskap som helsesøstere har til rådighet. Det er også spørsmål om tverrfaglig arbeid i forbindelse med overvektsproblematikk. Vanskeligheter som helsesøstrene beskriver, dreier seg om mangel på ressurser og organisatoriske utfordringer, og at kompleksiteten i fenomenet overvekt oppleves som en utfordring.

5.1 En sammensatt utfordring

En helsesøster beskriver kompleksiteten i fenomenet overvekt blant barn og unge i sammenheng med forekomst. Kompleksiteten i årsakene til overvektsproblematikk påvirker hvordan hun skal tilnærme seg i arbeidet med overvektige barn og deres familier. Helsesøsteren påpeker at hun som helsesøster ikke har metoder og klare retningslinjer:

Så det er et så stort og så sammensatt problem, eller utfordring, det som knytter seg til overvekt at jeg tenker at det er med på å gjøre overvekt til et vanskelig område å veilede og å gjøre det riktige i. Og fordi det ikke er spesifikke metoder å bruke nettopp fordi det er et overveldende stort område.

I motsetning til de fleste helsesøstrene hadde denne helsesøsteren opplevd at overvektsproblematikk var en del av helsesøsterutdanningen, men at kompleksiteten i problematikken og omfanget har økt raskere enn det helsetjenesten har rukket å følge med på.

Som jeg har opplevd det så var vektutfordringer hos barn og unge en del av grunnopplæringen, men i min praksisperiode som helsesøster så har jo særlig overvektproblemen øket i aksellererende grad. Jeg erfarer at den metodikken som vi har hatt tidligere om å forholde oss til økende lengdeutvikling som det som skal balansere en overvekt ikke lengre holder mål. Jeg tenker at vi må gå mer direkte til verks, og jeg føler at jeg mangler noe metodikk i forhold til dette. Jeg skal spare meg for å si at jeg savner oppskrifter for hvordan jeg skal gjøre ting for det har jeg ikke så veldig sansen for. Det er andre tilnærminger som må til, men jeg savner kanskje klarere retningslinjer fra helsemyndighetene i hvordan vi skal ramme inn denne utfordringen

Retningslinjer fra helsemyndighetene finnes i Stortingsproposisjon nr.1 2008- 2009 hvor det

heter at ” Overvekt- og fedmeutviklingen krever systematisk forebyggende innsats, rettet mot hele befolkningen og særskilte risikogrupper.” I stortingsproposisjonen fremgår det også at tverrfaglig samarbeid er sentralt. Andre nasjonale føringer for å styrke det systematiske forebyggende arbeidet og tverrfaglig samarbeid som metode generelt fremkommer av Stortingsmelding nr 47 2008.2009, Samhandlingsreformen, og er overførbart til overvektsproblematikk.

Helsesøsterens etterlysning kan være et uttrykk for at forekomsten og utviklingen av overvekt er et problemområde som har utviklet seg raskere enn tjenestene i helsevesenet har nådd å utvikle forebyggende strategier og systematiske metoder. I sitatet over påpeker helsesøsteren at overvektspene har økt i aksellererende grad, og at hun erfarer at den metodikken som de har hatt tidligere ikke lenger holder mål. Det er ikke tilstrekkelig å forholde seg til kostholdsveiledning slik at risikoutsatte barn kan forebygge overvekt bare ved å bremse vektutviklingen, slik at de ved lengdevekst oppnår en BMI som ikke utgjør overvekt. Helsesøsteren påpeker et behov for veiledning for å få til nye måter å tilnærme seg overvektsproblematikk.

Som tidligere redegjort for i kapittelet om helsesøstrenes kunnskapsgrunnlag, kan forebygging av overvekt og fedme foregå på to plan, strukturell og individuell forebygging. Forebygging er kjerneområder i helsesøstres arbeid. Strukturell forebygging er befolkningsrettet, med tiltak som utarbeides som overordnede nasjonale føringer gjennom aktuelle strategi og handlingsplaner (Glavin & Kvarme 2003). Helsesøsteren beskrev at hun ikke finner spesifikke metoder i strategi og handlingsplaner, og at det derfor blir vanskelig fordi det er et overveldende stort område å veilede i. Både nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge (Handeland m.fl., 2008), og nye retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten ((Juliusson m.fl., 2009) er som tidligere nevnt på vei fra Helsedirektoratet.

Individuell forebygging foregår i primærhelsetjenesten, blant annet hos helsesøstre. Ut fra helsesøstrenes erfaringer i sitt arbeid med overvektige barn og deres familier går det frem at de beskriver både strukturelle og individuelle utfordringer i dette arbeidet. De legger også vekt på at utfordringer som er knyttet til strukturelle forhold påvirker på individuelt nivå.

Et eksempel på samfunnsmessige forhold som påvirker på individnivå er nasjonale satsninger på aktivitet for barn (Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009). Gymtimen er allerede som Heede (Ørntoft m.fl., 2005) påpeker det en ukentlig påminning om hva overvektige barn sliter med å mestre både fysisk og psykisk. En helsesøster påpeker at for at denne satsningen skal være god for dem som trenger det aller mest, må det en holdningsendring til. Hennes erfaring er at det ofte knytter seg et prestasjonskrav til aktiviteter;

At det å være i farta blir moro, og at det blir mindre prestasjonsforventning rundt det. Jeg tenker at vi må revurdere og evaluere hele vårt fokus på aktivitet og hvordan vi skal motivere til mer aktivitet i samfunnet uten at alle må ut å kjøpe kort på treningsstudioer.

Eller dette med å være med for eksempel i et fotballag, da dreier det seg veldig mye om å prestere rundt treningen.

Det er for mye plikt rundt dette. Og igjen blir da den som er overvektig belastet med en anklage om at: Du har ikke gjort din plikt. Du har ikke gjort ditt antall treningstimer i uken. Så dum du er. Vi må vekk fra dette! Vi bør få trening inn som en naturlig del av hverdagen

Eksemplene viser at det er mange sammensatte aspekter rundt fenomenet overvekt som utgjør utfordringer på ulike nivåer for helsesøstre som arbeider med overvekt blant barn.

5.2 Samfunnsmessige utfordringer

Selv om intervjuguiden ikke inneholdt spørsmål som rettet seg direkte mot samfunnsmessige forhold i forbindelse med overvekt blant barn og unge, så viser helsesøstrenes beskrivelse av utfordringer, hvordan samfunnsmessige forhold kan påvirke deres arbeid i forbindelse med overvekt blant barn og unge. En helsesøster kommer inn på rådende syn på overvekt i dagens samfunn. Hun er inne på overvektsdiskursen i samfunnet som viser seg gjennom for eksempel mediers begrepsbruk og referanser. Overskrifter og antakelser kan virke konstruerende for hvordan man forholder seg til overvekt, og forverre situasjonen både for overvektige mennesker og for helsepersonell;

Det er veldig mye overskrifter og veldig mye antakelser i forhold til hva som ligger bak overvektproblematikk i samfunnet. Jeg syns samfunnsstrukturer og samfunnstendenser ikke akkurat legger til rette for at vi skal klare dette på en lett måte. Heller det motsatte, at det bare blir verre før vi kan få en bedring.

Men at vi helsesøstre kan spille en viktig rolle i opplæringen av samfunnet generelt kanskje, der tror jeg absolutt at vi har en oppgave, og en plass i dette arbeidet.

Men vi må også bli mye mer tydelige i forhold til hva den oppgaven går ut på. Og det må tas tak i mye tidligere, det må vi, og det må, og det må til enda mer kontakt med, i mye større grad med omgangskretsen til både barn og foreldre.

Helsesøstren påpeker også faktorer som gjenfinnes i Bourdieus teori (Bråten 2007) om de ulike kapitalene som mennesker er utstyrt med når hun trekker frem familiestrukturer, økonomi og vaner. Ved å legge vekt på omorganisering av folks hverdag er hun inne på en strukturell forklaringsmodell på fenomenet overvekt. Hun beskriver samfunnsstrukturer og samfunnstendenser som utfordringer for forebygging og behandling av overvekt. Dette gjenfinnes også i Telemarkundersøkelsen (Oellingrath m.fl., 2008) hvor det understrekes at overvekt og fedme ikke bare skyldes individuelle valg, men i høy grad samfunnets struktur som i mange tilfeller hindrer helsefremmende adferd.

Samtidig gjør hun noe i denne uttalelsen som ofte går igjen når helsesøstre beskriver utfordringer i sitt arbeid med overvektige barn og deres familier. Når helsesøstre beskriver utfordringer i sitt arbeid presenterer de like ofte muligheter slik som i dette eksempelet. Helsesøstren sier at til tross for utfordringene ser hun muligheten for at helsesøstre kan spille en

viktig rolle i opplæringen av samfunnet generelt. Hun ser sin rolle i dette arbeidet helt i tråd med Helsedirektoratets vurdering av at helsesøstres rolle i det forebyggende og helsefremmende arbeidet er svært aktuell (Sosial og Helsedirektoratet 2004, Forebygging og behandling av overvekt og fedme i helsetjenesten).

5.3 Tid

En utfordring som helsesøstrene opplever er mangel på tid. Et dilemma som helsesøstre kommer opp i er at de har lovpålagte oppgaver, som for eksempel vaksinerings oppgaver som de må prioritere, og at det ikke er tid igjen til andre oppgaver. En helsesøster sier at arbeid med overvekt er så tidkrevende at det kan gå ut over andre oppgaver. I følgende sitat kommer det frem at for å spare tid vurderer helsesøsteren å danne gruppe.

Det er jo selvfølgelig noe som tar mye tid det er ikke noe som er gjort over natten dette her. Det er en skikkelig livstilsendring for mange. Det kommer til å ta tid ikke sant. Vi snakker ikke måneder, vi snakker år, og der man tenker at hvis det er mange, ja er det der jeg skal prioritere tiden min? Hvordan skal vi gjøre det? Skal det være individuelle eller skal man ha gruppe? Hvordan gjør man dette? Jeg ser på tiden som en utfordring å fa kabalen til å gå opp. Det går ut over andre ting man ikke får gjort da.

Gruppeveiledning kan være et godt tiltak for overvektige i følge Heede (Ørntoft m.fl., 2005) som undersøkte effekten av psykologisk og pedagogisk gruppebehandling av svært overvektige barn og deres foreldre. Grupper bør likevel ikke opprettes på bakgrunn av ressursmangel, men ut i fra en faglig begrunnelse. En annen helsesøster kobler tidsaspektet opp mot kompleksitet på denne måten;

I møte med overvektige barn så er tida en utfordring... jeg tenker at tidsaspektet er en stor utfordring fordi at det er krevende å være i skolehelsetjenesten i øyeblikket. Og det er mange barn med sammensatte utfordringer som trenger oppfølging og hjelp, så tidsmessig så er det utfordrende å gå inn i sammenhengende veiledningsoppgaver tenker jeg

Det foregår arbeid på nasjonalt plan for å styrke helsesøstrenes muligheter for å prioritere arbeid med overvektige barn. Helsesøstrenes erfaringer med at tid er en knapp ressurs og at det er behov for flere stillinger, er en utfordring som det arbeides med i Helsedirektoratet. Direktoratet påpeker som tidligere nevnt at det er behov for økt kompetanse for de yrkesgruppene som bør utgjøre et tverrfaglig team i forebygging og behandling av overvekt og fedme (Sosial og Helsedirektoratet 2004, Forebygging og behandling av overvekt og fedme i helsetjenesten). Dette kommer også enstemmig frem i helsesøstrenes erfaringer. De opplever at de står overfor tidkrevende problematikk som de ikke har kapasitet eller kompetanse til å følge opp. I det neste eksempelet vurderer en helsesøster problemet med lite tid opp imot muligheten for å få avlastning av en ressursperson som har spisskompetanse på området barn og overvekt;

Jeg tenker at jeg trenger litt mer tid, men det er gjennomgående i de fleste problemer. Som sagt dette er ikke noe som er gjort på en dag, så vi skulle gjerne hatt mer tid, og kanskje noen som hadde dette som sitt spesialfelt som kunne virkelig bruke tid på det. En ressursperson i

forhold til den type problematikk. Dette er en av mange ting som vi må jobbe med i løpet av en hverdag. Samtalevirksomheten og den oppfølgingen som bør gjøres krever mer tid enn mange andre ting. En synstest er gjort på en, to, tre, eller en henvisning det er ikke noe som er veldig tidkrevende. Vektproblematikk krever samtalevirksomhet både med barn og familien. For å få til et opplegg er det noe som man må ha tid til

Tid til å skaffe seg tilstrekkelige kunnskaper er også en utfordring som helsesøstrene opplever;

Jeg syns dette er veldig interessant og jeg har mange ganger tenkt på dette har jeg lyst til å lese mer om, men så har jeg ikke så veldig mange av disse familiene og så har jeg ikke fått prioritert det. Jeg syns at det ville vært interessant å satt meg inn i hva det er de faktisk spiser, og jeg spør dem også.

5.4 Kunnskap

Mangel på kunnskap om temaet overvekt, og metodikk for faglig forsvarlig praksis, er noe helsesøstrene legger vekt på i sine beskrivelser av utfordringer i sitt arbeid med overvektige barn og deres familier. En sier:

Helt klart krever det spisskompetanse! Jeg tenker det, at vi helsesøstere, vi har en sånn liten basis med kunnskap som vi får fra helsesøsterstudiet, og jeg tenker også at jeg kan *ikke* sitte og behandle overvekt blant barn i mitt distrikt! Det har jeg ikke kompetanse til og ikke tid til!

Som tidligere redegjort for er kunnskapsgrunnet for helsesøstre på mange måter normativt. Det skal ikke bare ligge til grunn for å iverksette tiltak, det skal også brukes til å vurdere hvilke tiltak som ikke bør iverksettes. En helsesøster uttrykte innledningsvis om utfordringer at det kan være vanskelig å vite hva som er faglig forsvarlige tiltak og hva som ikke er det fordi, som hun sa; ”Det er et så stort og så sammensatt problem, eller utfordring, det som knytter seg til overvekt at jeg tenker at det er med på å gjøre overvekt til et vanskelig område å veilede og å gjøre det riktige i”.

Helsesøstrene er samstemte i at de ønsker en kompetanseheving i forhold til sitt arbeid med overvektige barn og familier. En sier det slik:

Vi har en del kompetanse som vi kan bruke i forhold til problematikken, men vi kunne absolutt hatt mer kunnskap om selve overvektsproblematikken, om hvordan man skal gripe den an og i det hele tatt hvordan overvekt oppstår og sånn, og hvordan vi kan takle det enda bedre. Vi kunne gjerne hatt mer kunnskap om dette

En annen understreker i likhet med de fleste helsesøstrene at helsesøsterutdanningen kunne fokusert mer på overvektsproblematikk:

Jeg syns ikke at vi kan nok om temaet. Hvis man ser på helsesøsterutdanningen så vil jeg påstå at vi ikke har nok kunnskap til å kunne si at vi er eksperter på dette. Vi har en del kompetanse som vi kan bruke i forhold til problematikken, men vi kunne absolutt hatt mer kunnskap om selve overvektsproblematikken, om hvordan man skal gripe den an og hvordan overvekt oppstår og sånn, og hvordan vi kan takle det enda bedre. Vi kunne gjerne hatt mer kunnskap om dette.

Helsesøstrenes erfaringer samstemmer med Helsedirektoratet i det at det har vært grunnlag for å hevde at helsesøstre, som er svært aktuelle i forbindelse med forebygging og behandling av overvekt og fedme, ikke har tilstrekkelig kunnskap om forebygging og behandling av overvekt, og at det er behov for å styrke denne kunnskapen (Sosial og Helsedirektoratet 2004, Forebygging og behandling av overvekt og fedme i helsetjenesten). En kilde til å styrke denne kunnskapen vil være å finne i de nye faglige retningslinjene for primærhelsetjenesten for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge, (Handeland, m.fl., 2008) når de utgis av Helsedirektoratet. Andre tiltak for å øke kompetansen i primærhelsetjenesten i arbeid med overvekt og fedme, er i følge Helsedirektoratet undervisning og kurs av helsepersonell, og utvikling av såkalte ”reminders” til bruk i veiledning og organisering av behandling i tverrfaglige team (Sosial og Helsedirektoratet 2004, Forebygging og behandling av overvekt og fedme i helsetjenesten)

5.5 Arbeidsredskap

Vanskelig var et ord som gikk igjen i helsesøstrenes erfaringer med arbeid med overvektige barn og familier. De beskriver det som vanskelig at det ofte viser seg å være en sammensatt problematikk forbundet med overvekt hos barn og unge, og at de føler at de har behov for mer kunnskap og arbeidsredskaper for å mestre dette. Synet på at overvektsproblematikk er sammensatt, gjenspeiler at helsesøstre har et helhetlig syn i sin forståelse av årsaker og konsekvenser av overvekt hos barn og unge. Helsesøstre etterlyser gjennomgående en systematisk fremgangsmåte når de skal tilnærme seg barn og familier som har overvekt. Mangel på et konkret veiledningsredskap i forbindelse med å tilnærme seg og gjennomføre arbeidet med overvektige barn og familier er en utfordring som helsesøstre beskriver. Et av spørsmålene i intervjuguiden var om hvilke veiledningsredskap de har til rådighet? En av helsesøstre svarte følgende;

Ja, hvilke veiledningsredskaper jeg har, ja det er ikke mye. Jeg har et percentilskjema, som jeg bruker som et veiledningsredskap. Ellers så må man innhente kunnskapen selv, det er...den kunnskapen man sitter på er den man skaffer seg selv. At det er den kunnskapen som man skaffer selv, man lærer ikke dette her på noen skole. Man må innhente via internett via bøker via ernæringsfysiologer, er man så heldig å kjenne noen av dem, så har jeg brukt det. Det er det jeg har brukt.

Helsesøstres forebyggende funksjon dreier seg som tidligere redegjort for om å skaffe seg spesiell kunnskap om konkrete tiltak og virkemidler (Glavin & Kvarme 2003).

Intervjuundersøkelsen viser at helsesøstre opplever at de har vanskeligheter med å finne konkrete metoder i forbindelse med overvekt. En helsesøster sier det slik;

Kartleggingsverktøy? Nei det har vi jo ikkje til rådighet i det heile tatt altså! Ikkje på noken måte eit veiledningsredskap som er konkret, og gir ein mykje meir sånn,... oppskrift på kossen skal ein nærma seg problemstillingen. Jeg føler absolutt at eg mangler dette! Eg føler at eg har for lite. Eg mangler mykje veiledning på korleis ta opp dette vanskelige temaet som overvekt er.

Helsesøstrene ser på veiledningsredskaper som en innfallsvinkel til å tilnærme seg arbeidet med overvektige barn, en annen helsesøstre beskriver også persentilskjemaet som en mulighet for dette. Det er også et eksempel på at selv om helsesøstrene opplever det som en utfordring at de mangler konkret metodikk så ser de mulighetene i det de har til rådighet;

Det er et veldig sensitivt tema, men likevel så har jeg en plikt til å si i fra ikke sant særlig de som på en måte.. – har man ferske data på som man kan se på et percentilskjema så man har noe konkret å gå ut i fra så syns jeg at det er litt lettere.

Det er veldig godt å ha et verktøy, der man på en måte – og særlig nå som man på percentilskjemaet kan få ut en BMI tilpasset barn, Iso BMI kommer opp. Det er kjempefint og man har et verktøy som er veldig konkretisert der man kan si sånn var det der, sånn er det nå, har det skjedd noe i mellomtiden her? Hva tror du?

Når helsesøsteren bruker percentilskjemaet er det hun tar rede på informasjon om selve overvekten. I de nye nasjonale faglige retningslinjene for måling og veiing i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Juliussen m.fl., 2009) som Helsedirektoratet anbefaler å se i sammenheng med nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge (Handeland m.fl., 2008), går det også frem henvisningskriterier og veiledning til hvordan man som helsearbeider griper av overvektsproblematikk.

Frykt for å gjøre noe galt er en begrunnelse som helsesøstre oppgir for at det er nødvendig å ha et arbeidsverktøy når de veileder overvektige barn og familier. Psykologiske konsekvenser av overvekt er et emne som allerede er beskrevet som noe som opptar helsesøstre. Dette gjenfinnes også i utfordringer fordi de mener de mangler veiledningsredskaper som kan trygge helsesøstrene på at deres fremgangsmåter i arbeidet med overvektige barn ikke virker mot sin hensikt. En sier:

Hvordan griper man dette an det er liksom ingen facitsvar det er ingen veileder som forteller deg om hvordan går vi frem nå? Hva er riktig å si? Hva er feil å si? Tråkka jeg i salaten nå? Skal vi veie og måle? Hva gjør det med inntrykket barna har? Jeg tenker at der må man trå veldig varsomt. Hvordan ordlegger man seg fordi at du vil jo i hvert fall ikke at de skal få en spiseforstyrrelse når de kommer opp i ungdomstiden fordi at det ble påpekt så mye at de var overvektige da de var mindre!

Behovet for et veiledningsredskap begrunnes også med at temaet overvekt er svært følsomt. Helsesøstrene uttrykker behov for retningslinjer for å ivareta, som Skårderud (2000) sier det, en psykoterapeutisk grunnholdning for å unngå at foreldre føler seg anklaget og kommer i forsvarsposisjon. En helsesøster sier det slik;

Men også et veiledningsredskap i forhold til de foreldrene som kommer i forsvar med en gang man toucher inn på temaet. Det hadde vært nyttig, som hva slags spørsmål kan vi stille uten å provosere unødige. Samtidig som jeg også tenker at det er veldig viktig å være klar på at det og det kan skje dersom man ikke klarer å forandre livsstil i forhold til kost og bevegelse.

Både Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling helsestasjon og skolehelsetjenesten (Juliussen m.fl., 2009) og Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten for

forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge (Handeland m.fl., 2008) er retningslinjer som i stor grad vil kunne benyttes av helsesøstere som veiledningsredskaper i fremtiden. Dette sammen med nasjonale føringer for kompetanseheving av helsearbeidere tilknyttet overvektsproblematikk (Sosial og Helsedirektoratet 2004 forebygging og behandling av overvekt og fedme i helsetjenesten) vil kunne møte helsesøstrenes behov et stykke på veg.

5.6 Tverrfaglige utfordringer

I intervjuguidens andre del retter noen av spørsmålene seg mot tverrfaglig samarbeid, og hvilke tilbud som finnes til familier angående overvektsproblematikk. Helsesøstrene er gjennomgående samstemte om at verken det tverrfaglige samarbeidet, eller tilbudet til familier som er rammet av overvekt er tilfredsstillende, noe som er sammenfallende med det som fremkommer i NOU 2004:18 om at samhandling i helsetjenesten ofte skjer under vanskelige betingelser. Helsesøstrene beskriver opplevelse av det av tverrfaglig samarbeid rundt overvektige barn og deres familier som følger;

Jeg syns ikke at det tverrfaglige samarbeidet er godt nok. Jeg syns det at de som har blitt henvist til meg, det jeg ofte opplever er ikke først og fremst et ønske om tverrfaglig samarbeid om dette, men at jeg skal ta dette og gjøre noe med det. De andre fagpersonene uttrykker mer en oppgitthet, eller at de ikke vet rundt problematikken og da håper de at helsesøster har løsningen Det er ikke i utgangspunktet – kan vi jobbe sammen om dette?

Helsesøstere sier videre:

Jeg syns absolutt at vi mangler en tverrfaglig arena. Det virker som om de tror at helsesøster sitter med så mye kunnskap om dette, magi, i forhold til selve jobben med å få ned kiloene. Det er det som det blir fokusert på.

Dumper dem inn til oss og tenker at du kan få ned disse kiloene. Det er jo så mye mer enn det som det i virkeligheten dreier seg om. Helsesøstre kan ikke gjøre dette helt alene!

Som Handeland og kolleger (2008) påpeker, er overvekten bare en av flere utfordringer pasienten og familien strever med, noe som gjør behandlingen ytterligere kompleks. Jo mer komplekse sakene er, jo viktigere er tverrfagligheten. Et syn som gjenfinnes i helsesøstrenes erfaringer;

For meg som helsesøster er det ikkje tilfredsstillende! Nei, eg føler ikkje at eg kan tilby helhetlig veiledning og bistand til barn og familiar som er ramma av overvekt. Eg føler at eg er berre ein bit av det heile og vi **må** få ein meir tverrfaglig veiledning enn det eg kan gje, Eg er berre ein bit av det. Det vil eg sei er dårlig altså, det er veldig dårlig.

På samme måte som Handeland og kolleger (2008) vektlegger helsesøstre barns rettigheter i forhold til overvektsproblematikk, for å sikre at barna og familiene får et helhetlig og sammenhengende helsetilbud. En helsesøster referer til et prosjekt som hadde som mål å gi et helhetlig tilbud med veiledning til foreldre og et aktivitetstilbud til barn i sitt eksempel;

Som sagt så har det vært veldig fint å kunne henvise da vi hadde et overvektsprosjekt i kommunen. Jeg venter på at den samtidige veiledningen til foreldrene som må legges på plass, og som jeg tror at vil gi et veldig flott og nødvendig tilbud, at det skal komme i gang og jeg håper at det skjer!

Et av spørsmålene i intervjuguiden dreide seg om helsesøstere hadde erfaring med bruk av ansvarsgruppe med overvekt som indikasjon. Ansvarsgruppe er et forum som består av brukeren selv eller hans/hennes representant og alle tjenesteutøvere som yter eller er ansvarlig for tilbud og tjenester. Gruppens oppgaver er planlegging, oppfølging og samordning av tjenester og tilbud for det enkelte barn og familie. Ansvarsgruppe er et lavterskeltilbud som helsesøstre kan ta initiativ til og opprette uten at det kreves henvisning. Ansvarsgruppe kan utgjøre et tverrfaglig team i forebygging og behandling av overvekt og fedme, noe som er i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger (Sosial og Helsedirektoratet 2004, Forebygging og behandling av overvekt og fedme i helsetjenesten). Bevisstgjøring om denne muligheten kan være et ledd i et ledd i kompetansehevingen av helsesøstre i forhold til arbeid med overvekt. På spørsmål om det praktiseres bruk av ansvarsgrupper med overvekt som indikasjon, svarte en helsesøster:

Jeg har ikke vært borte i det, men jeg ville tro at det er meget relevant overfor de som er skikkelig overvektige, og som også har andre problemstillinger som ofte dukker opp i kjølvannet av overvekt. At man danner en ansvarsgruppe ville jeg syns var relevant.

Helsesøstrenes behov for tverrfaglighet i sitt arbeid med overvektige barn er også i tråd med nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten om forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge (Handeland m.fl., 2008) Der anbefales det at kommunene opparbeider et nettverk av faggrupper og ressurspersoner som kan samarbeide om ulike tiltak og tilbud overfor denne gruppen. Utfordringen i denne sammenhengen dreier seg om at det er et ønske om en helhetlig tilnærming til overvekt, ut i fra forståelsen av at det er et sammensatt problem for de fleste som det gjelder, som best løses ved hjelp av flere faggrupper. Helsesøstre forteller at de samarbeidspartnerne som de oftest er i kontakt med i forbindelse med overvekt hos barn er lege og fysioterapeuter. En helsesøster har erfart det slik;

Mens fastlegene der føler jeg at når jeg har gitt det fra meg til dem så mister jeg litt av styringa på det som skal skje videre – nå er det sikker ikke meg som skal sitte med den styringa heller, men det er noe med det at en føler ikke at en har det samme samarbeidet, når det ikke kommer noen tilbakemelding på det.

En helsesøstres erfaring med fysioterapeutene er følgende; ”Fysioterapeutene ja selvfølgelig, de har vi et godt samarbeid med, ja, ja, ja.” En annen sier det slik; ”Fysioterapeuten som eg snakka med ho sa det at ho kunne godt tenkt seg å hatt ei gruppe av elevar som ho kunne jobbe med”

Utfordringene dreier seg i følge helsesøstrene ikke bare om kunnskap, vilje eller ønske om å samarbeide hos ulike faggrupper, men like mye om tid, noe denne helsesøstren påpeker i dette sitatet; ”Vi har alle ein stressa kvardag og det er vanskelig å treffast, og det er vanskelig å ha tid til å prate i lag om dei barna som vi alle har i systemet”

Overvekt er et problem som må løses i fellesskap, og Heede (Ørntoft m.fl., 2005) mener at det er nødvendig med et helhetlig hjelpeapparat som kan bistå. Mangelen på et helhetlig hjelpeapparat beskriver helsesøstre som en utfordring som de tar inn over seg på en måte som gjør arbeidet med overvektige barn og familier vanskelig, en helsesøster sier det slik;

Så når det først er noe så føler du deg veldig alene. Hvor begynner vi her da? Det fins ikke noe tilbud! Jeg tenker på det å begynne før de blir ekstremt overvektige det er jo det som er poenget her, ikke sitte å vente til du får en BMI over ditten og datten! Da er det helseskader da er det hjelp å få i bøtter og spann!! Men før det så er det veldig lite.

Helsesøsteren uttrykker at det er en stor utfordring å kjenne til konsekvensene av vanskelighetene disse barna møter, uten å ha et godt tilbud. Det å ikke komme i gang med å hjelpe før overvekten har utviklet seg til å bli et helseproblem er også et etisk dilemma som helsesøsteren påpeker.

5.7 Egne utfordringer

Indre faktorer er som tidligere belyst svært viktige i utøvelsen av sykepleiefagene (Glavin & Kvarme 2003), og kunnskaper, erfaringer og holdninger kan påvirke prioriteringer og motivasjon (Konsmo 1995). Flere helsesøstre påpekte i likhet med Lien (2007) og Heede (Ørntoft m.fl., 2005) at i samfunnet møtes overvektige med fordommer. En helsesøster beskrev både holdningene i samfunnet, og reflekterte over egne fordommer på denne måten;

Jeg tenker at på et vis så er samfunnet sånn at de som er overvektige møter masse fordommer fra slanke folk om at det er både barn og voksne som har dårlig styring på ses sjøl. Det er jo dessverre fordommer som man kan kjenne på hos seg selv også.

Helsesøsterens syn samsvarer med Sundbergs (2007) studie som er et eksempel på holdninger til overvekt som finnes i samfunnet. Overvektige kropp er stereotypisert, og individets væremåte blir forstått på en negativ måte ut i fra kroppens form. Kroppen blir et symbol som representerer individets egenskaper. Som redegjort for i kapittelet om helsesøstres kunnskapsgrunnlag, stilles det å gi helseopplysning store krav til den enkelte helseøsters kommunikasjonsferdigheter (Glavin & Kvarme 2003). Helsesøstrene uttrykker at de opplever det som en utfordring å arbeide med helseopplysning knyttet til et område som er preget av negative holdninger i samfunnet. Helsesøstre beskriver det som vanskelig å komme i posisjon til å forebygge og behandle overvekt på en måte som får barn og foreldre til å oppleve mestring.

Et av spørsmålene i intervjuguiden var om det er vanskelig å ta opp temaet overvekt med foreldrene til overvektige barn. En helsesøster svarte; ”Det er det som er vanskeleg at du si på ein måte noko som er litt negativt om barnet, og me vi jo gjerne skryte av barnet heile tida. Og det gjer vondt for foreldre å møte det da”. En annen sa det slik; ”Ja det er det, uten tvil det er vanskelig å nærma seg de sfærene uten å såre eller sei noken ord som kan bli oppfatta misforstått. Det er vanskelig, det er et ømtålelig tema, det er skambelagt!”

Heede (Ørntoft m.fl., 2005) påpeker at foreldremedvirkning er helt nødvendig og at det i tilnærmingen til barnet og familien er sentralt å understreke at det ikke er noen sin skyld at barnet er overvektig. Helsesøstre beskriver det som en utfordring å formidle helseopplysningsarbeid på en måte som ikke påfører foreldre skyldfølelse. En helsesøster uttrykker det slik; ”Jeg føler at det har den konfrontasjons- biten i det, og for at det er så mange som allerede sitter med skyldfølelse. Det er ikke akkurat lett å føle at man gir dem enda mer følelse av at de har sviktet”

Et etisk dilemma som helsesøstrene beskriver er det å definere folk som risikoutsatte uten at de har symptomer på sykdom, eller uten at det er sikkert at denne personen vil bli syk. En helsesøster beskriver det som vanskelig å gå direkte til verks når foreldrene er avvisende, selv om hun er klar over de mulige helsemessige konsekvensene barnet risikerer.

Dersom ikke foreldrene selv... dersom de er avvisende, når en forsiktig penser inn på det, ser på kurven og ser at den går litt mye opp, og foreldrene kommer veldig i forsvar for hvorfor det har blitt sånn. Da kjenner jeg – da er det vanskelig.

Helsesøstrene uttrykker også at det er en utfordring å vite at noen har økt risiko for sykdom, som de i større eller mindre grad kan gjøre noe med på et område som de opplever at det er vanskelig å veilede i. En sier det på denne måten;

Jeg blir jo bekymra når det kommer et nybakt foreldrepar til helsestasjonen medbringende sin nyfødte og begge foreldrene er tydelig overvektige, og i tillegg lukter røyk. Da gjør jeg meg noen tanker om det barnets kommende livsbetingelser. Det berører noen av vanskene som har med overvekt og kosthold å gjøre. Fordi du berører enkeltindividets livsmuligheter, og hva det enkelte mennesket har av bagasje, hva det er opplært til, hvilke erfaringer det har gjort. Så det er et så stort og så sammensatt problem, eller utfordring, det som knytter seg til overvekt at jeg tenker at det er med på å gjøre overvekt til et vanskelig område å veilede og å gjøre det riktige i.

Mangel på kunnskaper og tid er som allerede belyst utfordringer som helsesøstre opplever. Konsekvenser det kan få for den enkelte helsesøster beskrives av en slik; ”Vi kjenner på egen utilstrekkelighet når vi har brukt opp egen kompetanse” En annen beskriver følelsen av utilstrekkelighet slik:

Det er da man kan undre seg...er det noe poeng? Hva alt det jeg snakker om på helsestasjonen? Hva er vitsen når man ser på undersøkelser som viser at det ha aldri vært så mange overvektige som nå blant tiåringer? Den nye undersøkelsen, hva er det jeg sitter og prater om på alle konsultasjonene som ikke når inn? Hva er det vi sier feil? Hva er det vi utelater? Hvordan kunne vi gjort det annerledes for å unngå det?

På spørsmål om hun opplever at arbeidet med overvekt blant barn og unge kan føles som en personlig utfordring i arbeid med et samfunnsproblem, svarer hun: Ja, et samfunnsproblem der hvor helsesøstere er en bit av det.

6 MULIGHETER HELSESØSTERE HAR I ARBEIDET MED OVERVEKTIGE BARN

Til tross for intervjuguidens tidligere nevnte begrensninger, har det fremkommet svar i tilknytning til spørsmål både i intervjuguidens første og andre del, som dreier seg om helsesøstrenes erfaringer med muligheter de selv mener at de har i sitt arbeid med overvektige barn og unge.

I datamaterialet er beskrivelsene av utfordringer helsesøstrene opplever at de har i sitt arbeid med overvektige barn og unge mange flere, og tykkere beskrevet enn mulighetene. Det er usikkert om dette skyldes intervjuguidens begrensninger eller om det er et uttrykk for at helsesøstrene opplever at de har flere utfordringer enn muligheter i sitt arbeid med overvektige barn og deres familier. Etter å ha analysert svarene fremstår en del av helsesøstrenes beskrivelser av utfordringer som muligheter som helsesøstrene av ulike årsaker, som for eksempel mangel på tid eller tverrfaglige arenaer, opplever at de er forhindret fra å ta i bruk.

6.1 Forebyggende og helsefremmende arbeid

I dagligtalen bruker ofte helsesøstrene begrepene helsefremmende og forebyggende om hverandre. Muligheter som helsesøstrene beskriver som grunnlag for helsefremmende og forebyggende arbeid sitt arbeid med overvekt og fedme dreier seg om følgende; helseopplysningsarbeid, hjelp til å mestre dagliglivets utfordringer, iverksetting av tiltak og henvisninger videre i hjelpeapparatet. De arbeider forebyggende i den forstand at de definerer risikogrupper som de mener kan være mer utsatt for å utvikle overvekt, og veileder med tanke på å unngå risiko, altså adferd som kan føre til overvekt. De arbeider samtidig helsefremmende ved å kartlegge iboende ressurser og veilede ut ifra familienes helhetssituasjon for at barn og deres familier skal oppleve å mestre dagliglivets krav på en sånn måte at de kan unngå overvektsutvikling.

6.1.1 Forebyggende arbeid

I følge forskrift av 2003-04-03, nr 450 i § 1-2 innebærer forebyggende arbeid tiltak som rettes mot å redusere sykdom eller skader, og/eller risikofaktorer som bidrar til sykdom, skader eller for tidlig død. Måtene å tilnærme seg forebyggende helsearbeid på beskrives som tidligere nevnt med begrepene primær, sekundær og tertiærforebyggende virksomhet (Sosial- og Helsedirektoratet 2004 Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten)

Metodevalg for å forebygge overvekt vil i de fleste tilfeller ha en primærforebyggende tilnærming hvor tiltakene settes inn før problemene oppstår, noe en helsesøster beskriver slik:

Det jeg kom til å tenke på nå var at egentlig så bør dette arbeidet starte allerede i svangerskapet. Ja at jordmor allerede i svangerskapet bør ta opp problematikken der det er en overvektig mamma og der kanskje far også er overvektig. Der man ser at de kommer til å få et stort barn som kan utvikle de samme problemene som foreldrene – og starte allerede der.

Helsesøsterens syn samstemmer med de nye nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Juliussen m.fl., 2009). Der går det frem at det skal bli lettere for helsesøstrene å oppdage barn som står i fare for å utvikle vekstavvik og gjøre det mulig å sette inn tiltak på et tidligere tidspunkt. Helsestasjon og skolehelsetjenesten benyttes av bort i mot alle barn og unge (Glavin & Kvarme 2003), og en helsesøster understreker at arbeid rettet mot forhold som kan forhindre at noen barn utvikler overvekt utgjør en stor del av det arbeidet som helsesøstervirket dreier seg om. På spørsmål om hva hun gjør når hun arbeider forebyggende med tanke på overvekt, beskriver helsesøsteren primærforebyggende arbeid som en mulighet til å sette inn tiltak for å forhindre overvektsutvikling på et tidlig tidspunkt og gjerne før det har utviklet seg til å bli et overvektsproblem

Når du sier å forebygge, så tenker jeg de som ennå ikke er overvektige. Jeg synes jo det at jeg snakker veldig mye om kosthold på helsestasjonen til de som ikke er overvektige og til de som er moderat overvektige. Og vi snakker mye om det mat og det med å spise variert og få i seg vitaminer og **hva** man spiser også. Så jeg tenker at vi prøver å si noe om det fra barna er nyfødte. Vi sier noe om det hele veien oppover og det er et tema som går igjen og som er veldig -en er veldig opptatt av også.

Sekundærforebyggende tiltak er også sentralt i helsesøstres arbeid for å hindre at problemer vedvarer eller videreutvikles (Glavin & Kvarme 2003). Helsesøstrene er i likhet med for eksempel Heede (Ørntoft m.fl., 2005) samstemte i at de psykiske konsekvenser av overvekt kan være svært alvorlige for de barna det gjelder. Å forebygge overvekt med tanke på å forhindre slike konsekvenser er et eksempel på sekundærforebyggelse i helsesøstres arbeid med overvektige barn. Arbeid med å redusere de psykiske belastningene ved å være overvektig er en mulighet helsesøstre beskriver for både å hjelpe barna og ungdommene i sin nåværende situasjon, og for å forhindre at problemene videreutvikles. En helsesøster understreker at overvekt først og fremst er en stor psykisk belastning, og hun sier videre at: "Dersom vi skal lykkes også med tanke på et i morgen voksent liv, er jeg ikke for noen kortsiktige løsninger, med raske vekttap som bare kommer på igjen. Det er alltid mitt utgangspunkt at det skal vare." Hun legger til at hennes utgangspunkt er at i arbeid med ungdommer er det viktig å få dem med på en tankegang i dag som gjør at de kan ta til seg ny kunnskap som de kan ha nytte av for resten av sitt liv.

I sitt arbeid med overvektige barn og unge legger helsesøstrene vekt på mulighetene for å lykkes ligger i det at de utfører både primær og sekundærforebyggende arbeid. En helsesøster sier det på denne måten:

Jeg personlig tenker her og nå, altså når noen kommer med en problemstilling på grunn av overvekt og fedme så tenker jeg at det først og fremst er her og nå. Så tenker man fremover i tid for å få til en livsstilsendring som varer det er det som er poenget.

6.1.2 Helsefremmende arbeid

I følge forskrift av 2003-04-03, nr 450 i § 1-2 er helsefremmende arbeid tiltak som skal bedre forutsetningene for god helse og ta sikte på å fremme trivsel, velvære og mulighetene til å mestre de utfordringer og belastninger mennesker utsettes for i dagliglivet. Helsefremmende arbeid vil si å styrke motstandskraften mot negative faktorer, og øke mestring av dagliglivets utfordringer. I helsefremmende arbeid er en av de viktigste metodene helseopplysningsarbeid, som et ledd i prosessen som gjør folk i stand til å bevare sin helse (Glavin & Kvarme 2003). Helsefremmende arbeid gjør helsesøstre for eksempel ved hjelp av sin generelle veiledningskompetanse, og gjennom foreldreveiledningsarbeid.

Eksempler på hvordan helsesøstre ser på sin generelle veiledningskompetanse som en mulighet i arbeidet med overvektige barn og familier illustreres i følgende eksempel. Helsesøstre beskriver at et mål med foreldresamtalen kan være å motivere til endring av livsstil. En helsesøster sier det slik; "For det er mange som har kunnskap, men de er ikke motiverte for å bruke den slik de burde". Helsesøstre beskriver den generelle veiledningskompetansen som de har som en mulighet til å motivere barn og familier som er rammet av overvekt til å endre levestil. Denne kompetansen har helsesøstre gjennom ulike metoder de har kjennskap til som for eksempel LØFT, som er en metode som vektlegger mestring og positive ressurser i endringsarbeid, og er en praktisk metode for samhandling og kommunikasjon (Langslet 2004). En helsesøster sier "Me brukar gjønne LØFT metoden da når me skal prate med foreldra". Ved hjelp av LØFT beskriver helsesøsteren en mulighet til å bistå overvektige barn og foreldre til endring av adferd på en måte som har et helsefremmende fokus på mestring og iboende ressurser. Denne innfallsvinkelen er også i tråd med sykepleieteoretikeren Hendersons definisjon som det faglige fundamentet som sykepleie og helsesøstervirket baserer seg på. Sykepleiere og helsesøstre bistår syke eller friske til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse, som de ville ha gjort selv dersom de hadde nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det (Glavin & Kvarme 2003). Hjelp til å endre adferd som kan føre til overvekt og sykdom ved å motivere og gi veilede er et eksempel på helsefremmende muligheter som helsesøstre ser at de har i sitt arbeid med overvektige barn og deres familier.

Det helsefremmende arbeidet som helsesøstre gjør i forbindelse med overvekt hos barn og unge er i samsvar med det som beskrives som grunnlaget for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. I de nye retningslinjene for primærhelsetjenesten fremkommer det synet at forebygging og behandling må ta utgangspunkt i det enkelte barn og families ressurser, betingelser og muligheter for endring (Handeland m.fl., 2008).

6.2 Muligheter

Helsesøstrene beskriver at de leter i sin kunnskapsbase å finne mulige strategier for å tilnærme seg arbeid med overvektige barn og familier på individnivå. En helsesøster sier at hun tar i bruk erfaringsbasert kunnskap, legger det sammen med brukerkunnskap og det hun har til rådighet av teori i sitt arbeid:

Så da må en jo ta i bruk det en kan om gode samtalemåter med barn. Jeg har bruk for all den teoretiske kunnskapen som jeg bare kan få, og så får en plusse på med erfaring. Noen ganger går det godt, andre ganger kommer en ikke dit en ønsker å være.

En annen helsesøster legger vekt på at selv om helsesøstre har behov for mer spesifikke kunnskaper om overvektsproblematikk, så ser hun på sin generelle veiledningskunnskap som en god mulighet til å arbeide med overvektige barn noe hun uttrykker på følgende måte.

Jeg synes ikke at vi kan nok om temaet. Hvis man ser på helsesøsterutdanningen så vil jeg påstå at vi ikke har nok kunnskap til å kunne si at vi er eksperter på dette. Det vi er mer eksperter på det er, og som vi bruker i forhold til dette problemet, den samtalevirksomheten vi kan drive. At vi har en del kompetanse på dette, og jeg tenker på mestring og endringsarbeid, denne type ting.

Helsesøstrene beskrev som regel overvektsproblematikk som et emne som var lite berørt i helsesøsterutdanningen. De fleste etterlyste kurs som de beskrev som en mulighet til å styrke sine kunnskaper om overvektsproblematikk, og som en mulighet til å gjøre en bedre jobb, en helsesøster sier det slik: ”Ja det er jo det som eg snakka om med det der at ein ønskjer å kurse seg litt og få litt input, så det er kjempeviktig trur eg, det er ... hvis ein skal gjere ein god jobb da.”

I sitt arbeid med å finne løsningsbaserte muligheter i sitt arbeid med overvektige barn og deres familier, legger helsesøstrene vekt på at det er viktig å kartlegge nettopp det enkelte barn og families ressurser, betingelser og muligheter for å endre et levesett som kan innebære risiko for å utvikle overvekt. Helsesøstrene er gjennomgående enige i at en viktig forutsetning for å kunne lykkes med arbeid med overvektige barn og familier er å ta rede på om barnet og familien er motivert for å endre levesett. I de tilfellene hvor familiene eller barna ikke er motiverte, vektlegger helsesøstrene at de ser på sin generelle veiledningskompetanse som en mulighet til å begynne arbeidet med å motivere til endring av levesett.

Et eksempel på hvordan helsesøstre legger vekt på jobbe for å motivere til livsstilendring, på en helsefremmende måte uttrykker en helsesøster når hun på følgende måte påpeker at motivasjon er det som gir mulighet til å begynne å vurdere tiltak, som det første skrittet på veien;

Vi må bruke tid på kartlegging og vi må bruke tid på bygge relasjoner til den enkelte ungdommen, og vi må være med aktivt å få opp motivasjonen hos ungdommen, og følge dem i det og være lenge i denne prosessen. Inntil de er der at de er motiverte til å begynne å gjøre noe med problemet. Da må vi stå med de også videre, ikke sant, bidra med gode råd, hjelp eventuelle henvisninger og sånne ting, men det å skynde seg langsomt synes jeg er innmari viktig hvis vi skal lykkes.

Dagliglivets utfordringer for å unngå helsemessige problemer som følge av overvekt stiller som tidligere redegjort for høye krav til kunnskap og evne til å velge en sunn livsstil (Skårderud 2000) I tillegg er det i dagens samfunn flere risikofaktorer og færre beskyttende faktorer i miljøet enn tidligere (Ørntoft m.fl., 2005) Hjelmæsæth (2007) påpeker at endring av livsstil er fundamentet og fellesnevneren i all fedmereduserende behandling, og at det er en krevende prosess hvor endring av adferd er grunnleggende. Helsesøstre beskriver at arbeid med å motivere barn og familier er en viktig mulighet til å bistå dem til å oppleve mestring i møte dagliglivets utfordringer. Som sitt grunnlag i dette arbeidet benytter helsesøstre kunnskaper om årsak/virkning i forbindelse med overvekt og generell veiledningskompetanse.

Ja dette er jo litt vanskelig, men ikke sant i forhold til her og nå situasjonen som sagt så tenker jeg at mye av arbeidet dreier seg om å få opp motivasjonen. Her og nå dreier seg ikke om å gå ned ti kilo – for man skal ikke gå ned til kilo straks – Så det blir det langsiktige fokus som det skal dreie seg om. Selvfølgelig ønsker man vektreduksjon over tid, og at de går ned i vekt, men her også tenker jeg at man må **ikke** fokusere på de kiloene, men at det er andre ting som man bør fokusere på. Kortsiktige og langsiktige fokus er forskjellige.

Det er motivasjonsarbeid, det er å jobbe med å få opp selvtilliten og å styrke selvbildet for jeg tror at man får heller ikke gode resultater uten et styrket selvbilde.

Helsesøstre ser også på gruppestrategiske tilnærminger en mulighet for helsefremmende og forebyggende arbeid med overvektige barn og unge. En uttrykte det slik: ”Men at vi helsesøstre kan spille en viktig rolle i opplæringen av samfunnet generelt kanskje, der tror jeg absolutt at vi har en oppgave, og en plass i dette arbeidet”.

Helsesøstrene støtter seg til Handlingsplan for fysisk aktivitet (Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005-2009), og til Handlingsplan for å bedre kostholdet i befolkningen (Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen 2007-2011). Handlingsplanene omtaler de som en mulighet til å begrunne sitt arbeid.

En helsesøster nevnte undervisning i skolen som en mulighet til å nå mange med informasjon, og ga et eksempel hvor hun hadde deltatt i et ”Drikke-vann prosjekt” i kommunen som en vellykket mulighet til å nå mange. En annen helsesøster brukte satsningen på fysisk aktivitet i skolen som sitt eksempel:

Eg er så glad for at me spesielt i skulen begynner å ha meir fokus på overvekt og at dei her gymmlærarane skal ha meir kompetanse,..... at gymtimane vektlegges meir enn det gjorde før , at det ikkje bare ender opp med ballspill hvor det er mangen som føler seg som taparar. Det som slite med overvekt føler seg ofte som taparar uten tilrettelegging. Det er noke du kan ta med vidare at dei føler det slik.

Å få inn fysisk aktivitet daglig i skulen. No er det jo noken skular som har starta med at ungane er ute og går tur ein time for dagen og sånt, dei startar dagen slik. Eg trur at då får ein ungar som er friskare og meir motiverte for å lære.

Å spre kunnskap det trur eg er viktig. Ja, det handler ikke bare om hvor friske de skal bli

Når helsesøsteren sier at det ikke bare handler om hvor friske de skal bli er hun inne på det helsefremmende perspektivet hvor livskvalitet er sentralt. Det handler ikke bare om objektive mål på vekt og helse, men like mye på barn og familiers subjektive opplevelse av trivsel og

velvære. Andre ting som helsesøstrene mener at kan styrke mulighetene i arbeidet med overvektige barn, er at det opprettes ulike tilbud som de kan henvise til, en helsesøster sier det slik:

Ja eg skulle ønske meg i sånn gruppe, ei sånn ressursgruppe om du kan kalle det det, som hadde eit tilbud til overvektige barn. Eit aktivitetstilbud i hvert fall, og kanskje ei oppfølging av foreldra i grupper iallfall, det hadde vore supert og da hadde det kanskje vore enklare å bringe det på banen.

De fleste helsesøstrene beskriver arbeidsredskap som for eksempel percentil- kurven som en mulighet til å komme i dialog med foreldrene. En sier at det også er til hjelp for å kunne begrunne faglig hva hun gjør, en annen sier det slik:

Har man ferske data på som man kan se på et percentilskjema så man har noe konkret å gå ut i fra, så syns jeg at det er litt lettere. Det er veldig godt å ha et verktøy, der man på en måte – og særlig nå som man på percentil- skjemaet kan få ut en BMI tilpasset barn, Iso BMI kommer opp. Det er kjempefint og man har et verktøy som er veldig konkretisert der man kan si sånn var det der, sånn er det nå, har det skjedd noe i mellomtiden her? Hva tror du?

En mulighet som flere helsesøstre benytter seg av i sitt arbeid med overvektige barn og familier er kollegaveiledning når de føler at de kommer til kort, en helsesøster sier det på denne måten: ”Så det blir ofte det at me som jobbar som helsesøstre, me får støtta og hjelpa kvarandre”.

6.3 Muligheter i et helhetlig perspektiv

I de nye nasjonale retningslinjene for primærhelsetjenesten for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge, går det frem at det kreves tverrsektorielle arbeidsformer for å forebygge (Handeland m.fl., 2008). Tverrfaglig arbeid er sentralt i helsesøsterarbeidet (Glavin & Kvarme 2003). Helsesøstrene beskriver at i sitt arbeid med overvektige barn og deres familier, at tverrfaglig samarbeid gir bedre muligheter for å bistå med å forebygge overvekt, og å hjelpe disse til å endre levestil, enn når de arbeider alene. En helsesøster påpeker at en mulighet for å styrke det tverrfaglige arbeidet ligger i at hun selv kan ta initiativ til å etablere samarbeid med for eksempel sykehus. Hun sier at hun ser på det som nødvendig at det etableres et samspill med nye kontroller på sykehuset, når det dreier seg om barn som har vært henvist dit og sier videre: ”At det er et samarbeid, ikke slik at den ene part gjør sitt og så er den andre overlatt til seg selv. Det er ikke godt nok”. Helsesøsteren legger til:

Men som sagt jeg ser at jeg som helsesøster må også være med å bli mer aktiv i det å bruke andrelinjetjenesten og hvordan få i gang samarbeidet, bidra også med å bygge opp et samarbeid. Det er nok mye vi kan gjøre i forhold til dette.

Det er en tendens til at helsesøstrene fremhever samarbeid med fysioterapeutene spesielt, som en god mulighet til å hjelpe overvektige barn. På spørsmål om hvilke andre hjelpetjenester som kan

være involvert i arbeid med overvektige barn sier en helsesøster følgende: ”Fysioterapeutene, ja selvfølgelig, de har vi et godt samarbeid med ja, ja,ja!”.

Lærere er en yrkesgruppe som helsesøstrene fremhever som en viktig samarbeidspartner, og at de ser på samarbeid med lærere som en mulighet som de ønsker å bruke mer. En helsesøster sier at det er lettere å ta opp problemer som kan oppstå for eksempel i gymtimer når det på forhånd er etablert et samarbeid med læreren. Hun sa det slik: ”Eg hadde ein episode, no huskar eg ikkje helt men,...i hvert fall sier læreren at han har problemer i gymmen, han gjømmmer seg i hver gymtime”. Helsesøsteren mente at det er lettere å ta opp problemer i forbindelse med overvekt når hun hadde støtte hos læreren.

En annen helsesøster sier det slik: ”Vi må jo ha samarbeidspartnere sånn som barnehager og skoler der vi jobber sammen for å finne ut av dette og på en måte få inn det tverrfagølige, vi kan ikke få gjort noe alene – veldig lite!”

På spørsmål om ansvarsgruppe med overvekt som indikasjon kan være hensiktsmessig, svarer en helsesøster klart at hun ser på det som en mulighet til å styrke det tverrfaglig samarbeid i arbeidet med overvektige barn og deres familier. Hun svarer: ” Eg har til no ikkje vore med i ein ansvarsgruppe det kun har handla om overvekt. Men eg ser absolutt at det kan være behov for det. Det er behov for det!”

En helsesøster kom med forslag til en mulig innfallsvinkel til å arbeide med overvektsproblematikk, som hun i tillegg ser på som overførbar til andre ting hun arbeider med. Hun foreslår hjemmebaserte tjenester som en mulighet til å tilnærme seg overvektsproblematikk på en helhetlig måte, og mener at det ville være en bedre mulighet enn bare å veilede på en helsestasjon. Dette uttrykker hun slik:

Jeg savner dette her med å være med dem hjemme i familien og vært med å se hva det er de sliter med. Du kan på en måte ikke sitte på utsiden å veilede om noe som er så integrert i hele familien som dette med kosthold og grensesetting og alle disse udefinerbare tinga som skjer i en familie. Så det ville vært noe som jeg ville ønsket meg – også i andre situasjoner som helsesøster – Skulle vært hjemme hos folk og gjort mer sånn at man var i situasjonene og kunne se ting med litt andre øyne og kunne fortelle foreldrene hva jeg så. For de sitter midt oppe i det og vet ofte ikke hva se skal gjøre. De prøver jo.

Det er en mulighet hvor helsesøstre kan bistå barn og familier i å kartlegge, finne motiverende faktorer og ambisjonsnivå. Dette er i tråd med de nye retningslinjene for primærhelsetjenesten for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge, for å sette realistiske og gjennomførbare mål, evaluere og drive prosessen fremover (Handeland m.fl., 2008)

En helsesøster viste til et eksempel hvor hun mente at en helhetlig tilnærming til overvektsproblematikken hadde gjort det mulig å lykkes med endringsarbeidet for et barn som hadde vært svært overvektig. Hun uttrykte det slik:

Det ene eksempelet som jeg har jobbet med, der ble det ingen forandring før hele nærmiljøet ble engasjert. Det var alt fra butikksjefen til skolen og foreldrene, hele miljøet ble engasjert. Så samfunnet må forandres, fra de små miljøene til storsamfunnet, skal man virkelig ta tak i denne problematikken og få til en forandring.

Helsesøsterens syn på at nøkkelen til mulighetene for å lykkes med å forebygge og behandle overvekt i dagens samfunn, ligger i en helhetlig tilnærming. Dette samsvarer med både Verdens helseorganisasjons syn (WHO 2006 Fact sheet about overweight and obesity), og nasjonale styringsdokumenter hvor det heter at det kreves langsiktige forandringer, og det må gjøres tiltak både på nasjonalt nivå, på kommunalt nivå og på individnivå, for å stoppe den voksende overvekts-epidemien.

Dette samsvarer med Stortingsproposisjon 1 S, 2009-2010, hvor det legges vekt på at "Overvekt- og fedmeutviklingen krever systematisk forebyggende innsats, rettet mot hele befolkningen og særskilte risikogrupper". I Stortingsproposisjonen understrekes videre nødvendigheten av å sikre samordning av helsetjenestens forebyggende innsats overfor grupper som står i fare for å utvikle sykdommer knyttet til levevaner.

7 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Helsesøstrene støtter seg til forskningsbasert kunnskap om emnet "Barn og overvekt". De fremhever brukerkunnskap som en kunnskapskilde når de begrunner sine vurderinger av årsaker, konsekvenser i sitt arbeid med overvekt blant barn og unge. Helsesøstrene fokuserer på psykososiale og sosioøkonomiske faktorer når de beskriver hva de mener er betydningsfullt i sammenheng med overvekt blant barn og unge. Det var forventet at helsesøstre ville ha en helhetlig tilnærming til fenomenet overvekt, men det var overraskende at de la så sterkt vekt på dette.

Intervjuundersøkelsen gir svar på mange av de innledende spørsmålene som: Hvordan forstår helsesøstere problematikken rundt overvekt? Hvem kan være med å hjelpe? Hva har man som helsesøster til rådighet av tiltak og arbeidsredskap? Intervjuundersøkelsen belyser også helsesøstres syn på samfunnsspørsmål som kan ha sammenheng med overvekt blant barn og unge. Nye spørsmål i kjølvannet av intervjuundersøkelsen og funnene basert på spørsmål som ble utviklet på bakgrunn av parametrene fra Telemarkundersøkelsen er for eksempel: Hva kan man gjøre for å øke helsesøstres kompetanse på forebygging, utredning og behandling av overvekt blant barn og unge? Hvordan kan man styrke det tverrfaglige arbeidet?

Intervjuundersøkelsens første del

- Fra intervjuundersøkelsens første del sammenfaller hovedfunnene i stor grad med eksisterende forskning som det er redegjort for i teorikapittelet. Likevel er det funnet ulikheter og motsetninger spesielt når det dreier seg om sosioøkonomiske forhold. Dette kan skyldes at undersøkelsene er utført med ulike metodetilnæringer, eller at spørsmålene har vært rettet annerledes i andre intervjuundersøkelser.
- Helsesøstrene er enstemmige i sin bekymring over økende forekomst av overvekt blant barn og unge.
- Helsesøstrene erfarer at forhold i den moderne samfunnsstrukturen kan ligge til grunn for at forekomsten av overvekt og fedme blant barn og unge viser en økende tendens.
- Helsesøstrene er samstemte om at overvekt hos barn og unge er et sammensatt problemområde, hvor mange ulike faktorer spiller inn.
- Helsesøstrene er gjennomgående svært opptatt av at overvekt er et sårbart tema, og legger ofte vekt på konsekvenser som overvekten kan ha for barn og unges trivsel og selvfølelse.
- Helsesøstrene observerer at enkelte etniske minoriteter utgjør risikogrupper der overvekt og fedme er hyppig forekommende hos barn.

Skilte foreldre, foreldrenes utdanningsnivå og familieøkonomis betydning for overvekt blant barn og unge

På samme måte som i Telemarkundersøkelsen viser helsesøstrenes svar at forekomsten av overvekt ser ut til å være høyere blant barn av alenemødre, og blant dem som har skilte foreldre. I Telemarkundersøkelsen (Oellingrath m.fl., 2008) ble foreldrenes utdanningsnivå positivt assosiert med forekomst av overvekt hos barna, også helsesøstrene setter foreldrenes utdanningsnivå i sammenheng med generelle kunnskaper om kosthold og helse og forekomst av overvekt hos barn. Helsesøstrene fremhever, i motsetning til Telemarkundersøkelsen, ikke mødrenes utdanningsnivå spesielt. Helsesøstrene setter foreldrenes utdanningsnivå videre i sammenheng med familieøkonomi, og de ser ofte en sammenheng mellom dårlig familieøkonomi og overvekt blant barn og unge. Dette står i motsetning til Telemarkundersøkelsen (Oellingrath m.fl., 2008) som ikke viste signifikante forskjeller i forekomsten av overvekt blant barn av foreldre fra ulike inntektsgrupper.

Intervjuundersøkelsens andre del

Spørsmålene i intervjuguidens andre del dreier seg som tid, kunnskap og hvilke veiledningsredskap som helsesøstere har til rådighet, sammen med spørsmål om tverrfaglig arbeid i forbindelse med overvektsproblematikk.

- Helsesøstrene opplever overvektsproblematikk som et tidkrevende område i arbeide med, mangel på tid er en utfordring når andre lovpålagte oppgaver må prioriteres.
- Mangel på kunnskap om temaet overvekt, og metodikk for faglig forsvarlig praksis, vektlegges som utfordrende i arbeid med overvektige barn og deres familier.
- Helsesøstrenes uttrykker et behov for å styrke det tverrfaglige samarbeidet rundt overvektige barn, noe som begrunnes med kompleksiteten i fenomenet overvekt.

Helsesøstrene beskriver muligheter de mener de har både i forbindelse med spørsmål fra intervjuguidens første og andre del.

- Helsesøstrene vektlegger sin generelle veiledningskompetanse som den mest grunnleggende muligheten i sitt arbeid med overvektige barn og deres familier.
- Forebygging både ut i fra primær og sekundærforebyggende virksomhet, gjennom helsefremmende og forebyggende arbeid og ved helseopplysningsarbeid
- Et helhetlig fokus og medvirkning til en tverrfaglig tilnærming utgjøre den beste forutsetningen for å bistå overvektige barn og unge og deres familier.

(Fortsettes)

Både de utvalgte parametrene fra Telemarkundersøkelsen (Oellingrath m.fl., 2008) og kunnskaper, utfordringer og muligheter i helsesøstres arbeid med overvekt blant barn og unge ble til sammen et stort felt. Selv om dette er sett i sammenheng ble det så omfattende med tanke på oppgavens størrelse at følgen var at materialet kunne vært dypere fortolket.

Intervjuundersøkelsen gir likevel grunnlag for å rette nye spørsmål om hvilke muligheter som kan være å finne i primærhelsetjenesten for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge.

8 REFERANSELISTE

- Amilien, V. & Krogh, E. (2007). *Den kultiverte maten* Bergen: Fagbokforlaget
- Andersen, L. F., Lillegaard, I. T. L., Øverby, N., Lytle, L., Klepp, K. I., & Johansson, L. (2005). Overweight and obesity among Norwegian schoolchildren: changes from 1993 to 2000. *Scandinavian Journal of public Health* 2005;33:99 – 106
- Andersen, L.F. (2006) *Bakgrunn og årsaker til overvekt: fysiologiske, psykologiske og miljømessige*. Tilgjengelig fra: <http://www.nfk.no/kunde/filer/777f9c08-a76b-44f0-9ce5-29f30fd6c78c.pdf> (lastet ned 19.april 2009)
- Andrews, T.(2003) *Nytt ideologisk grunnlag for forebyggende helsearbeid – en diskusjon av syn på makt og endring*. Tidsskrift for Velferdsforskning nr.1 (2003) Fagbokforlaget
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2008) *Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen – styrket innsats 2008. Mål for inkludering*. Lokalisert på Verdensveven 2. okt.2009: http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/dok/rapporter_planer/planer/2007/handlingsplan-integrering/del2.html?id=485019
- Arbeids og inkluderingsdepartementet (2009). *Sentrale begreper*. Lokalisert på Verdensveven 2.okt.2009: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/tema/integrering/midtspalte/sentrale-begreper.html?id=566423>
- Astrup, A., Dyerberg, J. & Stender, S. (2005) *Menneskets ernæring* København: Forlaget Munksgaard
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode, med etikk og statistikk* Oslo: Det norske Samlaget
- Berg, I. M., Simonsson, B. & Ringquist, I. (2005) *Social background, aspects of lifestyle, body image, relations, school situation and somatic and psychological symptoms in obese and overweight 15- years – old boys in a county in Sweden*. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2005;23: 95 – 101
- Bugge Bahr, A. (2007): *Ungdoms skolematvaner- refleksjon, reaksjon eller interaksjon* Fagrapport nr. 4- 2007, Oslo:Nydalen, SIFO
- Bugge Bahr, A. (2005). *Middag, en sosiologisk analyse av den norske middagspraksis* Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Trondheim, en doktorgradsavhandling Trondheim: NTNU – trykk
- Bråten, S. (2007). *Kommunikasjon og samspill, fra fødsel til alderdom*. Oslo:Universitetsforlaget

- Crisp, A. H. (1996). *Anoreksia nervosa, En biologisk løsning på et eksistensielt problem?*
København: Hans Reitzels forlag.
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode, en kvalitativ tilnærming* Oslo:
Universitetsforlaget
- Den Norske Legeforening (2008) *Rapport om ikke-vestlige innvandrere* 20.mai 2008.
Lokalisert på Verdensveven 10. nov.2009:
http://www.legeforeningen.no/asset/38858/1/38858_1.pdf
- FNs Barnekonvensjon (2005) *Fra visjon til kommunal virkelighet* Norsk Senter for
menneskerettigheter, UiO, Oslo: Barne- og familiedepartementet
- Folkehelseinstituttet (2004) *Tema; Overvekt og fedme* Lokalisert 6.april 2009 på
Verdensveven:http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,2686:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:44839::1:5567:19:::0:0
- Folkehelseinstituttet (2008). *Overvekt hos barn og unge- faktaark* Lokalisert 17.april 2009 på
Verdensveven:http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,2686:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:70852:
- Folkehelseinstituttet. (2008). *Fødselsvekt - faktaark* Lokalisert 5.nov. 2009 på Verdensveven:
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:53664::1:5647:14:::0:0
- Giddens, A. (1997). *Modernitetens konsekvenser* Oslo: Pax Forlag
- Glavin, K. & Kvarme, L. G. (2003) *Helsesøstertjenesten: Fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap* Oslo: Akribe
- Grimen, H. (1989). *Handling, differensiering og rasjonalitet, 12 forelesninger i vitenskapsteori* Skriftserien nr.10, Universitetet i Bergen: Senter for Vitenskapsteori
- Grimen, H. (2007). *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter* (3.utg., 3.oppl.). Oslo:
Universitetsforlaget.
- Grødem, A.S., Elstad, J.I., Kristofersen, L.B., Sandbæk, M., Clausen, S.E. & Thorød, A.B.,
(2008) *Barns levekår*. NOVA rapport 7/2008, Oslo:Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring 2008, Lokalisert på Verdensveven 3.nov.2009:
http://www.nova.no/asset/3379/1/3379_1.pdf
- Guneriussen, W. (1999). *Aktør, handling og struktur, Grunnlagsproblemer i samfunnsvitenskapene* Oslo: TANO Aschehoug

Handeland, M. Gjørme, M. Goverud, E. Dangmann, C. Pollestad, M.

Steinsbekk, S. Andersen, L. B. Johansen, J. (2008) *Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*. Oslo: Helsedirektoratet

Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011) *Oppskrift for et sunnere kosthold I-1128B* Oslo: Sosial- og helsedirektoratet Departementene
www.regjeringen.no

Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005-2009) *Sammen for fysisk aktivitet I-1104B* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Departementene

Helse- og omsorgsdepartementet (2007) *Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi 2006-2011* Lokalisert på Verdensveven 19 des. 2009:
http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/HOD_forskningsstrategi.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Verdens Helseorganisasjon* Tema Internasjonalt helsesamarbeid Lokalisert på Verdensveven 16 des. 2009:
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/internasjonalt_helsearbeid/verdens-helseorganisasjon-who.html?id=435126

Henriksen, T., Haugen, G., Bollerslev, J., Kolset, S.O., Drevon, C.A., Iversen, P.O. & Clausen, T. (2005) *Ernæring i fosterlivet og fremtidig helse*. Tidsskrift for Norsk Lægeforening nr.4 2005; 125: 442-1

Hjelmesæth, J. Hofsø, D., Handeland, M., Johnson, L.K., & Sandbu, R. (2007) *Om livsstilsbehandling av sykkelig overvekt* Tidsskrift for Norsk Lægeforening, nr.18 2007; 127:2410-2 Kronikk 20. sept.

Holmboe-Ottesen, G., Wandel, M. & Mosdøl, A. (2004) *Sosiale ulikheter og kosthold* Tidsskrift for Norsk Lægeforening nr 11, 2004; 124:1526-8

Howarth, D. (2000). *Diskurs, en introduksjon* **STED** Hans Reitzels Forlag

Hylland Eriksen, T. & Sørheim Arntsen, T. (2006). *Kulturforskjeller i praksis* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Johnsen, K. (2002). *Ex.phil/logikk, et støttehefte* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Juliusson, P., Sola, K., Goverud, E., Fagervik, R., Ervik, A. G., Skulberg, V.B., Bærug, A.,

- Tufte, E., Grønn, M., Meisfjord, J., Øien, H., Moe, B. E., Hovengen, R., Smedshaug, G., & Lande, B. (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet IS-1736 Lokalisert 5.november 2009 på Verdensveven:
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00155/Utkast_til_Nasional_155689a.pdf
- Klepp, K. I. & Aarø, L.E. (2009) *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Konsmo, T.(1995). *En hatt med slør, om omsorgens betydning for sykepleie – en presentasjon av Benner og Wrubels teori* Oslo: TANO A.S.
- Kunnskapsdepartementet (2005) *Rammeplan for helsesøsterutdanningen* Lokalisert 24.april 2009 på Verdensveven: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20051201-1381.html>
- Kvale, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Langslet, G. J. (2004). *Gi hverdagen et LØFT* Oslo:Gyldendal Akademisk
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi* Oslo: Universitetsforlaget
- Lien, N. Kumar, B. & Lien, L. (2007). *Overvekt blant ungdom i Oslo*. Tidsskrift for Norsk Lægeforening 17 (127):2254-8
- Lobstein, T., Baur, L. & Uauy R, (2004) *Obecity in children and young people: a crisis in public health*. The International Association for the study of obesity. *Obecity Reviews*;5 (Suppl.1), 4- 85
- Lovdata FOR 2003-04-03 nr 450: *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* Helse- og omsorgsdepartementet Lokalisert 22. mars 2009 på Verdensveven: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030403-0450.html>
- Lovdata 2006-06-30 *Forskningsetikk, Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning*. Lokalisert 27.april 2009 på Verdensveven: <http://www.lovdatab.no/all/tl-20060630-056-0.html#3>
- Lundin Kvalem, I. & Wichstrøm, L. (2007). *Ung i Norge, Psykososiale utfordringer* Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Mathiesen, E. B., Njølstad, I. & Joakimsen, O. (2007) *Risikofaktorer for hjerneslag*. Tidsskrift for Norsk lægeforening nr.6 127:748 – 50

- Mjåvatn, P. E. & Gundersen, A. K. (2005). *Barn – bevegelse – oppvekst, Betydningen av fysisk aktivitet for småskolebarns fysiske, motoriske, sosiale og kognitive utvikling*
Oslo: Akilles Forlag
- Nordic Council of Ministers (2006) *Nordisk Handlingsplan for bedre helse og livskvalitet gjennom kosthold og fysisk aktivitet* (Health, food and physical activity, Nordic plan of action on better health and quality of life through diet and physical activity)
ANP2006:745 ISBN 92-893-1344-7 Nordisk ministermøte juli 2006, København
- NOU 2004:18. *Helhet og plan I sosial og helsetjenestene, Samordning og samhandling i kommunale sosiale og helsetjenestene* Helse- og omsorgsdepartementet. ISSN 0333-2306, ISBN 82-538-0793-2
- NOU 2005:1 *God Forskning – Bedre Helse* Helse og omsorgsdepartementet Lokalisert 12. nov. 2009 på Verdensveven: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/2005/NOU-2005-01/2.html?id=389607>
- Næss, A. (1980). *Vitenskapsfilosofi* (3.utg.). Oslo- Bergen- Tromsø: Universitetsforlaget
- Neumann, I. B. (2001). *Mening, materialitet, makt, En innføring i diskursanalyse* Bergen: Fagbokforlaget
- Oellingrath, I. Svensen, V. M., Reinboth, M. (2008) *Overvekt og fedme blant elever på 4 trinn i grunnskolen i Telemark fylke, Norge*. Nordisk tidsskrift for Helseforskning – nr.2 – 2008, 4.årgang.
- Norges Forskningsråd (2007) *Program for psykisk helse(2006-2010)* ISBN 978-82-12-02427
Oslo: Norges Forskningsråd
- Raaheim, K. (1990). *Psykologi – en grunnbok* Oslo: Cappelen Forlag
- Ryen, A. (2006). *Det kvalitative intervjuet, fra vitenskapsteori til feltarbeid* Bergen: Fagbokforlaget.
- Sandsengen, H. (2009) *Obesitas - FAQ - Mental helse* Lokalisert 8.juni 2009 på Verdensveven: http://www.stolav.no/templates/StandardMaster_96276.aspx?epspragsprage=NO
- Schaanning, E. (2006). *Makt og viten, tekster i utvalg* Oslo: Unipub Forlag
- Schaanning, E. (2000). *Fortiden i våre hender, Foucault som vitenshåndtør, Bind 1, Teoretisk praksis* Oslo: Unipub Forlag

- Skårderud, F. (2000). *Sterk/Svak, Håndbok om spiseforstyrrelser* Oslo: Aschehoug Forlag
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2009). *Selvskadning*, Oversiktsartikkel, Tidsskrift for Norsk Lægeforening nr.9/30.april 2009, 129; 877-81
- Sosial og Helsedirektoratet (2004). *Forebygging og behandling av overvekt og fedme i helsetjenesten* IS-1150, ISBN nr.82-8091- 036-6 Oslo: Sosial- og helsedirektoratet,
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Gradientutfordringen: Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. IS-1229, ISBN nr.82- 8081-060-9 Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial og Helsedirektoratet (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons-og skolehelsetjenesten*. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450 IS-1154 Oslo: Sosial og Helsedirektoratet
- Sosial og Helsedirektoratet (2007). *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene* IS-1405, ISBN nr.978-82-8081-082-3 Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Spangen, I.C. (2007) *Referansehåndboken* Oslo: Spartacus Forlag
- Stortingsmelding nr.26 (1999- 2000) *Om verdier i den norske helsetenesta*. Det kongelige sosial og helsedepartement Lokalisert på Verdensveven 23.april 2009:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19992000/Stmeld-nr-26-1999-2000-.html?id=192850&showdetailedtableofcontents=true>
- Stortingsmelding nr.6 (2002- 2003) *Tiltaksplan mot fattigdom*. Helse og Omsorgsdepartementet.
- Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*. Helse og Omsorgsdepartementet.
- Stortingsmelding nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Helse og Omsorgsdepartementet.
- Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse og Omsorgsdepartementet.
- Stortingsproposisjon 1 (2008-2009) *Helse og omsorgspolitikken* Det kongelige Helse og Omsorgsdepartement. Lokalisert 5. april 2009 på Verdensveven:
<http://www.regjeringen.no/pages/2113241/PDFS/STP200820090001HODDDDPDFS.pdf>
- Stortingsproposisjon 1 S(2009-2010) *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*
Det kongelige Helse og Omsorgsdepartement. Lokalisert 17 des. 2009 på Verdensveven:

<http://www.regjeringen.no/pages/2250451/PDFS/PRP200920100001HODDDDPDFS.pdf>

Sundberg, S. (1997). *Kroppen som prosjekt* Hovedoppgave i sosialantropologi Universitetet i Oslo

Svendsen, L.Fr.H. (2003). *Hva er filosofi* Oslo: Universitetsforlaget

Sørensen, E.(2003) *Søvn og utvikling hos barn og unge* Tidsskrift for Norsk Lægeforening nr.1/9.januar 2003; 123:26-9

Utenriksdepartementet (2007) *Norsk samarbeid med WHO* Lokalisert på Verdensveven 26.sept.2009: <http://www.regjeringen.no/Upload/UD/Vedlegg/FN/who07.pdf>

Wangensteen, T., Undlien, D., Tonstad, S. & Retterstøl, L. (2005). *Genetiske årsaker til fedme*. Tidsskrift for Norsk Lægeforening nr.22 2005; 125:3090 – 3

WHO (2004). *Global strategy on Diet, Physical activity and Health*. Lokalisert 27.april 2009 på Verdensveven: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/index.html>

WHO (2006). *Fact sheet about overweight and obesity, N°311 spt. 2006*. Lokalisert 19.april 2009 på Verdensveven: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

WHO (2009). *Fact sheet about cancer, N°297 febr. 2009* Lokalisert 26.sept. 2009 på Verdensveven: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>

Wyller, T. (2002). *Skam, Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne* Bergen: Fagbokforlaget

Ørntoft, J. K., Madsen, B., Heede, t., Wetterkopp, N., & Bjerregrav, H. (2005). *Overvægt, 21 barn og unge skriver om at være overvægtig* Vejle Krogs forlag

VEDLEGGSLISTE

Vedlegg nr 1, Informasjonsskriv, med forespørsel om å delta i intervjuundersøkelsen

Vedlegg nr 2 Intervjuguiden

VEDLEGG NR.1**Høgskolen i Telemark**

Avdeling for helse og sosialfag

FORESPØRSEL OM Å DELTA I FORSKNINGSPROSJEKT OM OVERVEKT BLANT BARN**Bakgrunn**

WHO og Helse- og omsorgsdepartementet har lenge meldt bekymring for økende grad av overvekt i befolkningen. Listen over diagnoser og bidiagnoser som følge av overvekt er lang, deriblant psykososiale konsekvenser av overvekt. Forekomsten av overvekt blant barn er også økende. Utvikling av gode forebyggende tiltak mot overvekt og fedme blant barn og unge er et satsningsområde.

I den kvantitative undersøkelsen ”**Barns vektutvikling – kosthold og måltidsmønstre, fysisk aktivitet og vektutvikling hos barn i grunnskolen i Telemark. En longitudinell studie.**”, utført av Inger Oellingrath, har det kommet frem funn omkring familieforhold, foreldres utdanningsnivå og økonomi som vil være interessant å utdype ytterligere.

Helsesøstere er offentlig godkjent helsepersonell, med kvalifiserte kunnskaper og meninger om temaet barn og overvekt. Helsesøstere er en yrkesgruppe som følger nasjonale føringer og retningslinjer, og spiller en viktig rolle i arbeidet med barn og overvekt. Derfor ønsker jeg å få svar på spørsmål vedrørende barn og overvekt ved å intervjuer helsesøstere om hvilke utfordringer og muligheter de står overfor.

Hvem står bak spørreundersøkelsen?

Jeg som skal utføre denne undersøkelsen heter Camilla Volpe. Er for tiden i studiepermisjon fra helsesøsterstilling i Skien Kommune og fra et helseprosjekt som støtter og veileder overvektige barn og familiene deres. Jeg er student på Mastergrad i Flerkulturelt forebyggende arbeid med barn og unge ved Høgskolen i Telemark. Spørreundersøkelsen skal danne grunnlag for masteroppgaven.

Førstelektor Hilde Larsen Damsgaard ved Høyskolen i Telemark er veileder sammen med førsteamanuensis Inger Oellingrath.

Gjennomføring av undersøkelsen

For å finne ut mer om hva helsesøstere har av erfaring med overvekt hos barn, ønsker jeg å intervju 6-8 helsesøstere. Jeg håper du kan og vil ta deg tid til å bli intervjuet.

Forespørselen om å få tak i informanter rettes til ledende helsesøster, som kan videreformidle kontakt. Jeg kan komme til deg på et tidspunkt som passer etter nærmere avtale. Intervjuet vil vare i ca. en time. Hvis du kan tenke deg å delta i et intervju, skriver du navnet ditt og tlf/mobiltlf på vedlagte liste. Det betraktes som et samtykke til at du vil delta i undersøkelsen.

Intervjuet vil bli tatt opp på mp3-spiller. Lydfiler og navnelisten vil bli slettet når studien er ferdig, og senest 4. mai 2009. Det resterende datamaterialet lagres videre i anonymisert form. Dette innebærer at eventuelle indirekte identifiserbare opplysninger som fremgår av intervjuutskriftene slettes eller grovkategoriseres på en slik måte at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Hvis du ønsker det, kan du få lese gjennom intervjuet med deg etter at det er ferdig nedskrevet.

Det er frivillig å delta, og du kan, om du skulle ønske det, trekke deg når som helst fra studien uten å oppgi grunn. All informasjon anonymiseres i oppgaven, slik at ingen opplysninger kan spores tilbake til enkeltpersoner.

Prosjektet er forelagt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S, ved personvernombudet.

Hvis du har spørsmål eller ønsker flere opplysninger, kan du kontakte meg på tlf. **975 951 44** eller e-mail: **camilla.volpe @hotmail.com**. Du kan også kontakte mine veiledere. Disse er **Hilde L. Damsgaard, tlf. 4001 39 41, e-mail: hilde.damsgaard @hit.no**, og **Inger Oellingrath, tlf. 99293703, e-mail: inger.m.oellingrath @hit.no**.

Jeg håper du kan tenke deg å dele erfaringene dine med meg sånn at vi får et mer nyansert bilde av den problematikken som er knyttet til overvekt blant barn og også får bedre innblikk i helsesøsternes muligheter og utfordringer når det gjelder denne tematikken.

M.v.h. Camilla Volpe

VEDLEGG NR 2, INTERVUGUIDEN



Høgskolen i Telemark

Avdeling for helse og sosialfag

INTERVJUGUIDE

Intervjuguiden danner grunnlaget for den kvalitative delen av undersøkelsen av fenomenet **”Barn og overvekt.”** i mitt studentprosjekt.

Det jeg ønsker å undersøke er formulert i to problemstillinger:

- 1) "Hva vet helsesøstere om overvekt blant barn?"
- 2) "Hvilke utfordringer og muligheter har helsesøstere i arbeidet med overvektige barn?"

Det kvalitative fokus vil være det sentrale i oppgaven som også vil støtte seg til

den kvantitative undersøkelsen. **”Barns vektutvikling – kosthold og måltidsmønstre, fysisk aktivitet og vektutvikling hos barn i grunnskolen i Telemark. En longitudinell studie.”**

Problemstillingene vil blant annet belyse følgende utvalg av parametere fra denne undersøkelsen.

- Skilte foreldre
- Foreldrenes utdanningsnivå
- Familieøkonomi

I tillegg har både WHO og Helse- og omsorgsdepartementet lenge meldt bekymring for økende grad av overvekt i befolkningen. Listen over diagnoser og bidiagnoser som følge av overvekt er lang, deriblant psykososiale konsekvenser av overvekt. Derfor ønsker jeg også å undersøke om helsesøstere har erfaringer som kan belyse sammenhengen mellom overvekt blant barn og unge, og psykiske lidelser.

1)"Hva vet helsesøstere om overvekt blant barn?"

1a) Hva karakteriserer de familiene som har overvektige barn, har du observert noen fellestrekk?

1b) Har du noen refleksjoner over sammenheng mellom familieforhold, som skilsmisse, utdanningsnivå, familieøkonomi eller kultur, og overvekt blant barn?

- Hvilke familieforhold påvirker når samarbeid med hjemmene etableres?
- Hvordan opplever du hjemsamarbeidet med familier som har overvektige barn?
- Har du noen eksempler på sammenheng mellom overvektsproblematikk og foreldrenes kunnskaper om hva som fører til overvekt?
- Er det slik du ser det noen sammenheng mellom overvektsproblematikk hos barn og familiers økonomiske situasjon?
- Kan du beskrive kulturelle forhold som du mener kan være av betydning for barns overvekt?

1c) Kan du si noe om din erfaring med hvordan overvektige barn beskriver sin hverdag?

- Har du vært kontaktet av barn som har vært utsatt for mobbing på grunn av sin overvekt?
- Er det vanskelig å ta opp temaet overvekt med barn? Kan du utdype svaret ditt?
- Tar overvektige barn opp sin overvekt uoppfordret til helsesøster? Kan du utdype svaret ditt?
- Har du inntrykk av at overvektige barn har utfordringer som normalvektige barn ikke har, kan du beskrive hvilke?
- Kan du beskrive noen erfaringer du som helsesøster har gjort som kan belyse eventuelle utfordringer disse barna har som ikke normalvektige barn har.

1d) Er det noen sammenheng mellom psykisk helse og overvekt slik du ser det?

Kan du eksemplifisere?

- Hvordan kan man som helsesøster observere en eventuell sammenheng mellom overvekt og barns psykiske helse?
- Er det en sammenheng mellom oppmeldinger til spesialisttjenestene som for eksempel Spesialpedagogiske tjenester, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, eller psykolog, og overvekt blant de oppmeldte barna?

2) "Hvilke utfordringer og muligheter har helsesøstere i arbeidet med overvektige barn?"

2a) Er det vanskelig å ta opp temaet overvekt med foreldrene til overvektige barn?

2b) Er det forhold, som tid, kunnskap eller veiledningsredskap, i helsesøsters arbeidshverdag som kan representere utfordringer i møte med overvektige barn og familiene deres?

- Hvilke tanker har du som helsesøster om tidsaspektet i arbeidet med overvektige barn og deres familier?

- Inngår kompetanse om barn og overvekt som en del av helsesøsters generelle kunnskap, eller vil du vil du karakterisere det som et emne som krever spisskompetanse?

- Hvilke veiledningsredskap har du til rådighet?

2c) Er det tverrfaglige tilbudet til overvektige barn i din kommune tilfredstillende for deg som helsesøster, slik ar du føler at du kan tilby helhetlig veiledning og bistand til barn og familier som er rammet av overvekt?

- Hvordan opplever du som helsesøster kommunikasjonen med andrelinjetjenestene(sykehus) i arbeidet med overvektige barn?

- Hvordan opplever du som helsesøster kommunikasjonen med de andre kommunale hjelpetjenestene som kan være involvert i arbeid med overvektige barn?

- Praktiseres det bruk av ansvarsgrupper med overvekt som indikasjon.

3) Hvilke tanker gjør du deg om det forebyggende aspektet i arbeidet med overvektige barn og deres familier? (primær/sekundærforebyggende virksomhet)

4) Har du noen refleksjoner omkring temaet barn og overvekt som du ikke har fått tatt opp i noen av spørsmålene ovenfor, eller noe som du ønsker å utdype nærmere?