



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet
Institutt for helse og omsorgsfag

Helsesykepleieres ivaretagelse av vekt- og høydemåling på 8. klassetrinn

En kvalitativ studie om hvilken helsefremmende betydning helsesykepleiere mener vekt- og høydemåling på 8. trinn har.

Hanne Kristine Lund

Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning helsesøsterfag. HEL-3903. Mai 2020. Antall ord: 20084

Forord

En lang og innholdsrik prosess nærmer seg slutten. Det har til tider vært utfordrende, samtidig som det har vært spennende og interessant å skrive denne masteroppgaven. I tillegg har det vært en stor læringskurve som jeg tar med meg i min videre praksis som helsesykepleier. Jeg er stolt over å ha fått muligheten til å gjennomføre dette prosjektet.

Denne masteroppgaven hadde ikke blitt til uten støtte og veiledning fra andre. Jeg vil derfor benytte dette forordet til å takke de som har hjulpet meg gjennom prosessen. Først vil jeg takke helsesykepleierne som takket ja til å være med i studien. Dere var engasjerte, hadde mange erfaringer, refleksjoner og meninger rundt temaet. Dere var grunnlaget for at dette kunne gjennomføres.

Jeg vil deretter takke min veileder Ellinor Beddari, som har vært motiverende selv når jeg har villet gi opp. Du har vært tilgjengelig til alle tider, vært inspirerende og gitt god veiledning hele veien. Mine medstudenter fortjener også en takk, dere har vært uvurderlige sparringspartnere på denne reisen.

Takk til kollegaer på Bardu helsestasjon og leder Trude som har vært tålmodig og oppmuntrende gjennom prosessen.

Jeg vil også takke familie og venner som har stilt opp med positive ord og hjelp dette året. Spesielt takk til Marita og Tommy for innlosjering, Ann Kristin og May-Britt for hjelp til korrekturlesning, mamma som alltid har tro på meg, og samboer Svein-Arne som har støttet meg hele veien.

Til slutt vil jeg si tusen takk til mine kjære barn, som har hatt tålmodighet med meg når jeg har sittet timevis foran datamaskinen, og har heiet meg frem til mållinjen. Endelig er jeg der.

Hanne Kristine Lund,

Bardufoss, mai 2020

Sammendrag

Bakgrunn: Temaet for denne studien er vekt- og høydemåling på 8.trinn. På bakgrunn av en økende overvektproblematikk ble det i 2010 innført nye tidspunkt for veiing og måling, herunder blant annet på 8. trinn. Helseesykepleier skal arbeide helsefremmende og forebyggende. Helsedirektoratet mener i sin begrunnelse for tiltaket at helsefremmende arbeid kan bidra til at utvikling av overvekt og fedme reduseres, og at vekt- og høydemåling er en del av det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Retningslinjene er utydelige på hvordan man skal ivareta selve målingene og eventuell oppfølging. En utydelighet i hensikt og utførelse vil kunne gi rom for ulik tolkning og dermed ulik praksis. Det er i tillegg lite forskning som tilsier at målingene oppnår tydelig hensikt.

Problemstilling: «Hvilken helsefremmende betydning mener helseesykepleiere vekt- og høydemåling på 8. klassetrinn har?»

Dette er konkretisert med følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan utfører helseesykepleier vekt- og høydemåling i 8. klasse?
- Hvilken intensjon mener helseesykepleierne at målingene har?
- Hvilke erfaringer har helseesykepleier med å gjøre målingene?

Teori: Teorigrunnlaget omhandler ungdom og utvikling, helsefremmende arbeid og helseesykepleiers rammer for utøvelse. Aktuell forskning er også beskrevet.

Metode: Dette er en kvalitativ studie. Det er gjort tre fokusgruppeintervju med til sammen 12 helseesykepleiere som arbeider i skolehelsetjenesten på ungdomsskole. Alle har erfaring med vekt- og høydemåling på 8.trinn. Systematisk tekstkondensering ble brukt for å analysere det innsamlede datamaterialet.

Resultat: Resultatene i studien viser at helseesykepleierne har mange synspunkter og opplevelser knyttet til den helsefremmende betydningen av vekt- og høydemåling på 8. trinn. Hvordan deltakerne utfører vekt- og høydemåling er ulik både i de ulike kommunene, og innad blant deltakerne i samme kommune. Herunder også hvilken informasjon de gir til ungdom og foreldre både før, under og etter målingene. Hvordan informasjon gis og hvordan målingene utføres ser ut til å styres av de nasjonale retningslinjene. Ulik tolkning og forståelse av bakgrunnen for implementeringen, og hensikten med tiltaket synes å ha betydning for hvordan dette gjøres. Deltakerne beskriver helsesamtalen som vesentlig. Selv om deltakerne opplever at de ikke får hjulpet overvektige ungdom til å gå ned i vekt, mener de at vekt- og

høydemåling sammen med samtalen kan være verdifullt ved at de blir mer kjent med ungdommen og får vite noe om trivsel og levevaner. Deltakerne vektlegger at deres hovedmål er å hjelpe ungdommene til å få bedre livskvalitet. Deltakerne har ulike meninger om hvorvidt deres egen holdning til kropp er med å påvirke måten vekt- og høydemåling utføres. Det kan likevel synes som det har en påvirkning, selv om dette ofte er ubevisst. I tillegg kan det tenkes at holdninger fra omverdenen, foreldre og ungdommene selv har en innvirkning på helsesykepleiers utførelse og ivaretagelse.

Nøkkelord: Vekt- og høydemåling, helsesykepleier, helsefremmende arbeid

Abstract

Background: The theme of this study is weight and height measurement of eight graders. In 2010, new guidelines for measurement of height and weight were implemented in Norwegian schools. The reason for this was an increase in overweight and obesity in the population. Eight graders were one of the new groups where these measurements were recommended. Health promotion and preventive work are the public health nurses' main areas of expertise. The Norwegian Directorate of Health considers health promotion to contribute to reducing development of overweight and obesity and regard these measurements as part of the promotive and preventive work. The guidelines are unclear on how to maintain the actual measurements and potential follow-ups. A lack of clarity in purpose and performing may open for different interpretation and thus also different practice. There is limited research indicating that weighing and measuring achieve clear purpose as well.

Research question: "Which health promotive purpose do public health nurses consider weighing and measuring eight graders to have?"

Following research questions are connected:

- How do public health nurses perform weight and height measurements in eight grades?
- Which intension do public health nurses assume these measurements to have?
- What experience do public health nurses have with performing of these measurements?

Theory: The theoretic basis includes youth and development, health promotion and public health nurses' frames of practice. Relevant research is also described.

Method: This is a qualitative study. Three focus groups including 12 public health nurses have been carried out. All the participants work as school nurses in secondary school and have experience with weight and height measurements. Systematic text condensing has been used to analyze the material from the interviews.

Result: The results of this study show that public health nurses have many views and experiences regarding to how weighing and measuring eight-graders can be health promoting. The participants perform weight and height measurements differently between counties, but also within in the same county. This also includes the information they give to adolescents and parents before, during and after the measurement. The national guidelines seem to have a

great impact on how the information is given and how the measurement is performed. Different interpretation and understanding of the background and purpose of implementation seems to be of importance for how it is done. The participants describe the health conversation as significant. Even if the participating nurses feel that they can't help overweight adolescents to lose weight, they feel that the measurement together with the conversation can be valuable in the way that they get to know the adolescent and learn something about their wellbeing and living habits. The participants emphasize that their main target is to improve the adolescent's quality of life. They have different opinions whether their own attitude to body may affect the way weight and height measurements are done. It would seem like this has an impact, even if it may be unconsciously. In addition to this it can be imagined that attitudes from the outside world, parents, and adolescents themselves could have an impact on public health nurses' performing and caretaking.

Keywords: weight and height measurements, public health nurse, health promotion

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	3
1.2 Hensikten med forskningsprosjektet	5
1.3 Problemstilling	6
1.4 Spesifiseringer og avgrensninger	6
2.0 Tidligere forskning	7
3.0 Teoretisk ramme.....	11
3.1 Ungdom og utvikling	11
3.2 Helsefremmende arbeid.....	12
3.3 Helseesykepleiers rammer for utøvelse	14
4.0 Materiale og metode.....	17
4.1 Valg av metode.....	17
4.2 Utvalg og rekruttering	17
4.3 Datainnsamling.....	19
4.4 Transkripsjon.....	20
4.5 Forskningsetiske overveielser	21
4.6 Metodiske overveielser	21
4.6.1 Forforståelse	21
4.6.2 Validitet og overførbarhet	22
4.7 Dataanalyse	23
5.0 Resultater.....	26
5.1 Pålagt oppgave	26
5.1.1 Tid og ressurser	26
5.1.2 Prosedyrer og retningslinjer	27
5.1.3 Oppfølging	27
5.2 Ivaretagelse.....	29
5.2.1 Informasjon	29
5.2.2 Tillit og trygghet.....	31
5.3 Holdninger.....	31
5.3.1 Kroppssyn.....	32
5.3.2 Vektavvik mest utfordrende	33
5.4 Hensikt og betydning	33
5.4.1 Usikker nytteeffekt.....	34
5.4.2 Tidspunkt for måling	35
5.4.3 Videreutvikling.....	36

6.0 Drøfting	37
6.1 Informasjon og utførelse i en helsefremmende hensikt	38
6.1.1 Betydningen av informasjon og forståelse for hensikten med vekt- og høydemåling	38
6.1.2 Gjennomføringen – ulike praksiser kan påvirke den helsefremmende betydningen ...	40
6.1.3 Kunnskapsbasert tilnærming	43
6.1.4 Betydningen av tillit og relasjon versus informasjonsplikt	45
6.2 Hvordan påvirker dagens holdninger til kropp en helsefremmende tenkning	46
6.3 Utfordringer på veien mot en helsefremmende praksis.....	48
7.0 Avslutning	51
7.1 Oppsummering	51
7.2 Videre forskning	52
Referanser:	53
Vedlegg 1: Forespørsel til kommunens helseledelse	62
Vedlegg 2: Forespørsel ledende helsesykepleier	63
Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeskjema	64
Vedlegg 4: Personopplysningsskjema.....	67
Vedlegg 5: Intervjuguide.....	68
Vedlegg 6: Svar fra NSD	70

1.0 Innledning

Temaet for dette prosjektet er helsesykepleiers ivaretagelse av vekt- og høydemåling på 8. klassetrinn. Helsesykepleier har utdanning rettet direkte mot helsefremmende og forebyggende arbeid, med barn og unge 0-20 år som spesifikk målgruppe (Kvarme, 2007, s.28). Helsestasjon og skolehelsetjeneste er lovpålagte tjenester, og sentrale virkeområder i kommunalt folkehelsearbeid (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018). Gjennom disse tjenestene møter helsesykepleier tilnærmet alle barn og unge, og spiller en viktig rolle i det helsefremmende og forebyggende arbeidet (Kvarme, 2007). Det overordnede formålet i det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er å «bidra til å: fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, forebygge sykdom og skader, utjevne sosiale helseforskjeller og forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt» (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, §1). Barn og unge skal fanges opp så tidlig som mulig, gis tilbud om hjelp og henvises videre der det er behov (Helsedirektoratet, 2019). Det er videre forskriftsfestet at det i forbindelse med dette arbeidet skal være helsesykepleiere tilsatt for å dekke behovet (Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste, 1983, §3).

På verdensbasis har antall overvektige sped- og småbarn økt fra 32 millioner i 1990 til 41 millioner i 2016 (WHO, 2017). I Norge har det vært en sterk økning av overvekt og fedme siden 1970-tallet, noe som utgjør en stor helseutfordring. Dette kommer blant annet av at vi lever i et miljø med en stillesittende hverdag og lett tilgang på usunn mat (Folkehelseinstituttet, 2017). Flere og flere barn blir også rammet her i landet. Tall fra norske helseundersøkelser viser at ca. 1 av 6 barn ligger i kategori overvekt eller fedme. De viser også at 14% av jenter og 11% av gutter er overvektige allerede i 3. klasse. 3% av jentene og 2% av guttene på samme alderstrinn har fedme (Folkehelseinstituttet, 2017). Ifølge Juliusson et al. (2007) økte andelen overvektige barn i landet signifikant fra omkring 1970 til 2000-tallet. Denne økningen ser ut til å være størst hos barn i 10-12års alderen (Juliusson et al., 2007). Blant ungdomsskoleelever viste helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag fra 2006-2008 at 25% av guttene og 20% av jentene var overvektige eller hadde fedme (HUNT forskningssenter, 2011). Folkehelseinstituttet (2017) skriver i sin folkehelse rapport at denne andelen ser ut til å ha vært stabil det siste tiåret. Fra 2017-2019 ble det utført en ny helseundersøkelse i Nord-Trøndelag. Denne viser at gjennomsnittsvekt hos gutter siden undersøkelsen i 2006-2008 er noe redusert ved 13 års alder, mens den er økt ved 19-års alder.

Hos 13-årige jenter er gjennomsnittsvekten den samme som fra 2006-2008, mens den har økt i påfølgende aldre (14-19 år) (HUNT forskningssenter, 2020).

I tillegg til selve overvekten kan lav selvfølelse, sosiale utfordringer, stigmatisering, atferdsproblemer og søvnevansker følge med (Ludwig, 2007). Helseproblemer som diabetes og hjertesykdom kan også forekomme allerede i barneårene. Mange overvektige barn forblir overvektige som voksne (WHO, 2017). For å møte utfordringene knyttet til dette og for å forebygge videre utvikling anbefalte WHO i 2004 igangsetting av globale, regionale og lokale forebyggende tiltak (WHO, 2017). Som en del av WHO's anbefaling i Norge, publiserte Helsedirektoratet i 2010 retningslinjer for veiing og måling av skolebarn i regi av skolehelsetjenesten. Disse målingene anbefales utført ved skolestart, i 3. klasse og i 8. klasse. Lignende retningslinjer er også utarbeidet i andre land, for eksempel USA, Storbritannia, Danmark og Finland (Helsedirektoratet, 2010a).

Vekt- og høydemåling er viktig for å oppdage eventuelle vekstavvik (Helsedirektoratet, 2010a). I innledningen til retningslinjene for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten problematiseres overvekt og fedme som en av de største utfordringene i folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet, 2010a). Det presiseres at forekomsten av overvekt og fedme blant barn og unge har økt, og at de ekstra målingene vil gi god oppfølging av hvert enkelt barn, samt at man kan overvåke utviklingen videre i barnepopulasjonen (Helsedirektoratet, 2010a). I november 2019 ble nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling erstattet med nye anbefalinger for veiing og måling i Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Her beskrives forebygging av overvekt og fedme også som en viktig bakgrunn for målingene (Helsedirektoratet, 2019). Myndighetenes hovedmål med retningslinjen er å tidlig identifisere unge med vekstavvik, og å redusere konsekvensene dette kan ha. I tillegg er helseovervåkning og økt kunnskap om årsaker til og konsekvenser av vektavvik i barne- og ungdomsårene viktige mål på befolkningsnivå (Helsedirektoratet, 2019). Ved dette viser retningslinjene at deler av målet er å innhente kunnskap til å kunne utarbeide andre målrettede og primærforebyggende tiltak mot overvekt og fedme i fremtiden (Helsedirektoratet, 2019).

Forebygging kontra behandling av overvekt og fedme er å foretrekke både for individ og samfunn (Helsedirektoratet, 2010a, s.17). Skolen er en optimal arena for helsefremmende og forebyggende arbeid, da en når frem til alle. Skolehelsetjenesten har en unik posisjon på grunn av dette (Haugland, 2017). Helsedirektoratet henviser til Statens beredning for medicinsk utvärdering (2004) som finner at forebyggende tiltak rettet mot barn og unge har

større effekt enn rettet mot voksne (Helsedirektoratet, 2010a). Helsedirektoratet (2019) mener tidlig intervensjon er viktig. Om det er forskjeller i effekten av tiltak hos de minste barna kontra ungdommene, sies det ingenting om. Overvektkoordinator ved Barnepoliklinikken ved Vestre Viken HF, Torill Berg opplever likevel at resultatet ofte blir bedre dersom de kommer tidlig inn (NSF, 2015).

Helsesykepleier er spesialist på helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge. Arbeidet skal bygge på kunnskapsbasert praksis, helhetlig og ressursfremmende tilnærming, og utføres i tråd med lover, forskrifter, veiledere og nasjonale faglige retningslinjer (Glavin, 2007a). En av helsesykepleiers arbeidsoppgaver er som nevnt å følge opp vekt- og vekstutvikling hos barn og ungdom. Blant de mange ulike tema som kan diskuteres relatert til dette, ønsker jeg å se på helsesykepleiers ivaretagelse av vekt- og høydemåling på 8. trinn.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Glavin et al. (2014) har forsket på viktige perioder for vektutvikling i barndommen, og funnet at høy fødselsvekt samt stor vektøkning i tidlig barndom er assosiert med overvekt hos 8 år gamle barn. Ifølge Helsedirektoratet (2010a, s.18) ble det anbefalt å igangsette vekt- og høydemåling på 8. trinn (13-14 års alder) på grunnlag av at Daniels (2005) indikerer at pubertetstiden er en kritisk periode i forbindelse med utvikling av overvekt, spesielt for jenter. Videre mener Helsedirektoratet at sett sammen med målingene fra skolestart og 3. klasse vil disse målingene vise hvordan vekstutviklingen til barnebefolkningen har vært i løpet av barneskolen. I tillegg vil de gi mulighet for evaluering av utførte forebyggende tiltak, og planlegging av nye forebyggende tiltak (Helsedirektoratet, 2019, s.247).

Helsedirektoratet (2019) gir under anbefalingen om måling av vekt og høyde informasjon om anbefalte måleinstrumenter, når det skal gjøres tiltak og eventuelt henvises videre. Det beskrives videre at den som utfører målingene må være bevisst egne holdninger og ha en empatisk tilnærming, slik at den unge vises omsorg og respekt uansett måleresultat. Det skal gis informasjon om undersøkelsen på forhånd, og i etterkant skal det gis informasjon til foresatte om resultatet. Vekt- og høydemåling, samt utregning av KMI, gir gode graderinger av overvekt både på individnivå og befolkningsnivå. Hos barn fra 2-18 år brukes alders- og kjønnsjusterte grenser (iso-KMI) for overvekt og fedme (Helsedirektoratet, 2019).

Samtidig med de nasjonale retningslinjene for veiing og måling i 2010, kom også retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og

unge (Helsedirektoratet, 2010b). Det var forventet at begge disse skulle implementeres i primærhelsetjenesten, med helsesykepleier som nøkkelpersonell. De skal ha den første kontakten med barna, ungdommene og foreldrene og tilby veiledning og videre hjelp der det er behov (Helseth et al., 2017). Retningslinjene for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme viser til fire kategorier (normalvekt, overvekt, fedme, alvorlig fedme) og tiltaksnivå (1, 2, 3, 4) som bygger på hverandre ved målingene. Ved normalvekt og tiltaksnivå 1 sier retningslinjene at hovedtiltak skal være «systemarbeid med fokus på strukturell og individuell helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunen» (Helsedirektoratet, 2010b, s.31). Ved overvekt er hovedtiltak «individuell kartlegging og veiledning hos helsesykepleier» (Helsedirektoratet, 2010b, s.18). Selv om flere tiltak iverksettes ved de andre nivåene, bygger tiltakene som nevnt på hverandre, og helsesykepleier er satt til å ha en sentral rolle i dette arbeidet. Helsesykepleier har et særlig ansvar i oppfølgingen av vekstutvikling hos barn og unge, og skal kjenne til risikofaktorer for at varig overvekt utvikles (Helsedirektoratet, 2010b, s.10).

Clancy (2015, s.153) skriver om helsesykepleiers kontrollfunksjon, og at man som helsesykepleier foretar kroppslige undersøkelser ut fra forhåndsbestemte retningslinjer. Disse undersøkelsene bekrefter normalutvikling eller avdekker avvik som må følges opp videre. Hun viser til Foucaults synspunkt om at en ved avvikende funn skal gi råd slik at den det gjelder selv kan gjøre de endringene som må til for å komme innenfor den aksepterte normen (Clancy, 2015, s.153).

Merleau- Ponty var en av de første tenkerne som satte kroppen i fokus. I kontrast til Descartes tradisjonelle syn på dualismen, der kropp og tanke var uavhengige av hverandre, beskriver Merleau-Ponty at tankene og kroppen er ett. Hovedtanken er at kroppen ikke kan sees som et objekt, og at vi er i verden i 1. person og ikke 3. person. Han presenterte det fenomenologiske kroppssynet, subjektet mennesket (Østerberg, 1994). Merleau-Ponty skriver om hvordan vi mennesker opplever at vi er kroppen vår, og at vi ikke beskriver kroppen vår som et redskap. For eksempel beskriver vi ikke hvordan hånda vår ligger ved siden av boka på bordet, men at hånda er på bordet. Kroppens forhold til verden er eksistensielt, vi sanser, føler, oppfatter og handler. Han beskriver at kroppen er objekt og subjekt på en gang (Merleau-Ponty, 1994). Som kroppsfenomenologien peker på, kan vi ikke skille kropp og sinn. Dette kan gi en forståelse av hvorfor det kan være vanskelig å påpeke vektutfordringer hos mennesket.

Helsefremmende arbeid kan bidra til at utvikling av overvekt reduseres (Helsedirektoratet, 2010b). Hvordan dette skal gjøres sies det likevel svært lite om. Retningslinjene fokuserer i

stor grad på iverksettende tiltak når vekta viser over normalen. De sier videre en del om hvordan befolkningsrettet og individuell forebygging kan gjøres på ulike samfunnsarenaer, og at vekt- og høydemålingen i skolehelsetjenesten er en del av dette (Helsedirektoratet, 2010b). De forebyggende tiltakene som er rettet mot vekt- og høydemåling gjøres ved påvist overvekt. En kan spørre seg om det er et forebyggende eller behandlende arbeid. Retningslinjene for veiing og måling er utydelige på hvordan man skal ivareta selve målingene og eventuell oppfølging (Helsedirektoratet 2010a). Informasjonsgivning og utførelse er noe utdypet etter at vekt- og høydemåling ble en del av Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet 2019). Likevel er det fortsatt uklarerheter og rom for tolkning. Det er i tillegg lite forskning som tilsier at målingene oppnår tydelig hensikt (Seierstad, 2006). Dette støttes av oppdateringssøk gjort av Helsedirektoratet i 2017 og 2019 (Helsedirektoratet 2019).

1.2 Hensikten med forskningsprosjektet

Formålet med vekt- og høydemåling fra myndighetenes side er beskrevet ovenfor, det er imidlertid lite beskrevet hvordan helsesykepleier skal ivareta oppgaven. Richter-Sundberg (2015) mener det tar tid å implementere nye retningslinjer, og det kommer dårlig frem hvordan denne oppgaven skal utføres. På bakgrunn av dette antas det å være forskjeller fra kommune til kommune, men også innad blant helsesykepleiere lokalt. Hensikten med forskningsprosjektet er derfor å undersøke hvordan helsesykepleiere utfører og ivaretar vekt- og høydemåling på 8. klassetrinn, og hvilken betydning dette kan ha for det helsefremmende arbeidet. Hva de fokuserer på i møte med ungdommen, i hvilken grad retningslinjene blir fulgt, hvilke holdninger de har til oppgaven og hvilken hensikt og betydning de mener vekt- og høydemålingen har.

Jeg ønsker å spesifisere undersøkelsen til målingene på 8. trinn, idet denne aldersgruppen har større valgfrihet og selvbestemmelse når det gjelder egen helse og livsstil. De er også i en fase der utseende betyr mye, og utviklingen av egen identitet pågår (Tetzchner, 2012). Til tross for den økte overvektproblematikken er det også langt flere ungdommer som føler seg overvektige, enn de som er det (Lien og Klepp, 2017). I avisartikkelen «Strid om veiing av barn i skolen» intervjues blant annet representanter fra FUG (Foreldreutvalget grunnskolen) og landsgruppen for overvektige. Her ansees veiing på 8. klassetrinn som lite gunstig, fordi slike målinger midt i puberteten kan påvirke ungdom til et sykkelig forhold til egen kropp. Det ansees også at å veie allerede overvektige barn gir dem opplevelse av nederlag (Hvidsten,

2012). Vekt- og høydemåling er samtidig et tema med stor faglig relevans, idet det er en spesifikk oppgave som sterkt anbefales utført i skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2019).

1.3 Problemstilling

Med utgangspunkt i overnevnte har jeg laget følgende problemstilling:

Hvilken helsefremmende betydning mener helsesykepleiere vekt- og høydemåling på 8. klassetrinn har?

Dette er konkretisert med følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan utfører helsesykepleiere vekt- og høydemåling i 8. klasse?
- Hvilken intensjon mener helsesykepleiere at målingene har?
- Hvilke erfaringer har helsesykepleiere med å gjøre målingene?

1.4 Spesifiseringer og avgrensninger

Hensikten med problemstillingen er å få innsikt i helsesykepleieres tilnærming og arbeidsmåte ved vekt- og høydemåling på 8. klassetrinn, herunder også hvilket syn og holdning de har til å skulle utføre oppgaven. Jeg ønsker her å belyse i hvilken grad dette gjøres som rutinemessige målinger av vekt og høyde, og/eller om andre forhold med tanke på vekst fokuseres i møte med ungdommen. Formålet er å få kjennskap til hvordan helsesykepleiere ivaretar målingene, og hvilken helsefremmende betydning de mener målingene kan ha.

Ordet «ivareta» defineres som å «ta vare på; ta hånd om; passe på» (Ivareta, u.å.). Tilknyttet min problemstilling og forskningsspørsmål legger jeg i dette en trygg, støttende, omsorgsfull og informativ tilnærming.

Helsesykepleier er sykepleier med videreutdanning innen helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot barn og unge 0-20 år (Kvarme, 2007)

Helsefremmende arbeid kan defineres som alle tiltak som virker positivt inn på befolkningens helse. Et grunnleggende mål er at barn og ungdom skal ha best mulig helse og livskvalitet ut fra sine forutsetninger og situasjon (Kvarme, 2007, s. 28-29). Problemstillingen peker på at det er av betydning å være kritisk til om det arbeidet man gjør har tiltenkt hensikt.

2.0 Tidligere forskning

Jeg har søkt etter litteratur og forskning som er gjort tidligere, og brukt databasene Bibsys, Pubmed, Swemed+, Idunn og Cochrane. Jeg har brukt ulike kombinasjoner av søkeordene «Weighing», «measuring», «public health nurse/school nurse», «children», «adolescents», «weight monitoring» «prevention», «screening», «health promotion». Jeg har forsøkt å finne både norske og internasjonale studier. Funnene viser lite forskning som beskriver hvordan helsesykepleier ivaretar vekt- og lengdemåling i skolehelsetjenesten. Videre presenteres et utdrag av funnene.

Vekt- og høydemåling:

Rapporten "Høyde- og vektmålinger av barn og unge" ble brukt som grunnlag for de nye nasjonale retningslinjene. Denne konkluderer blant annet med at det er gjort lite forskning på nytten av rutinemessige målinger av høyde og vekt hos barn og unge, og at forskningen ikke kan svare på om slike målinger har noen hensikt utover å avdekke vekstproblemer og overvåke barn og unges vekstutvikling. De har ikke funnet forskning som sier noe om når og hvor ofte målingene bør utføres. De fant heller ingen god forskning som kan svare på om målingene kan trigge utvikling av undervekt, spiseforstyrrelser eller overvekt (Seierstad, 2006). Det finnes lite forskning som beskriver hvordan utøvelsen av vekt- og høydemåling ivaretas (Stalter, Chaudry og Polivka, 2010).

Stoddard, Kubik og Skay (2008) beskriver i sin amerikanske studie systematiske målinger som et tiltak for å indentifisere både barn som er overvektige og i risiko for å bli overvektige. Å utføre målingene gir mulighet til å fremme tiltak for sunn livsstil hos alle barn og unge, som igjen støtter en sunn vekt. I tråd med de norske retningslinjene sees skolen som en ideell arena for å nå alle barn (Stoddard, Kubik og Skay, 2008).

I en britisk oversiktsartikkel fremhever Ikeda, Crawford og Woodward-Lopez (2006) viktigheten av å vite om vekt- og høydemåling i skolen er effektivt og ikke påfører utilsiktet skade før det implementeres. Videre påpekes at ved måleresultater som tilsier videre oppfølging, må ressurser være på plass. Vekt- og høydemåling er ikke bare å få den unge til å stå på vekten og stille seg inntil høydemåleren for å lese av måletallene. Hvordan dette håndteres og ivaretas er et viktig tema for implementeringen. Måletallene alene er ofte heller ikke nok til å fortelle om barnet er overvektig eller i risiko for å utvikle overvekt. Tidligere

veksthistorie, foreldres høyde og vekt, kost- og aktivitetsmønster må også tas i betraktning (Ikeda, Crawford og Woodward-Lopez, 2006).

I studien til Nordstrand, Fridlund og Sollesnes (2016) beskrives fire ulike synspunkter på implementeringen av nasjonal faglig retningslinje om forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge: Den strukturerte, den pragmatiske, den kritiske og den resignerte. Den strukturerte helsesykepleieren integrerte straks disse rutinene med tro på at det kunne føre til hjelp for flere familier. Den pragmatiske helsesykepleieren integrerte disse retningslinjene som en prosess. Disse hadde også tro på at de kunne være til hjelp for overvektige barn og unge. De kritiske kjente retningslinjene godt og hadde tanker om at de kunne være til hjelp for familiene. Disse mente likevel det var uetisk å innføre dem dersom den eneste oppfølgingen var en samtale på helsesykepleiers kontor. Den resignerte mente retningslinjene var overveldende, krevende og hadde stort rom for forbedring. Selv om de fleste var positive og strebet etter å følge disse retningslinjene, undrer de seg over om det fungerer (Nordstrand, Fridlund og Sollesnes, 2016).

Utfordringer:

I en kvalitativ studie gjort av Helseth et al (2017) uttrykker helsesykepleiere usikkerhet når det gjelder håndteringen av retningslinjene. Dette er spesielt knyttet til det at man veier kg, og ikke tar hensyn til om dette er fett eller muskler. De mener det er utfordrende å skape et problem der kurven viser at BMI så vidt er utenfor normalområdet, mens ungdommene selv ikke har vært klar over at de har et vektavvik. Helsesykepleierne opplever at de gjennom måling og veiing tvinger hjelp på noen som ikke har bedt om det selv (Helseth et al. 2017).

Ordlegging når tallene viser overvekt er også noe som trekkes frem. Flere helsesykepleiere føler seg fanget i dilemmaet mellom å forebygge overvekt og de negative konsekvensene det eventuelt vil kunne ha for ungdommen (Stalter, Chaudry og Polivka, 2010; Helseth et al., 2017). Helsesykepleiere føler det er et sensitivt tema, og at det å være «klassifisert» som overvektig er assosiert med negative følelser, holdninger og verdier. De mener spesielt unge jenter kun hører at de er fete, uansett hvordan det legges frem. (Helseth et al, 2017).

I tillegg til bekymringer for de unges respons, er mange helsesykepleiere bekymret for foreldrenes reaksjoner (Stalter, Chaudry og Polivka, 2010; O'Shea et al., 2013). Flere studier viser at de fleste foreldre er positive eller nøytrale til at deres barn blir veid (Kubik et al., 2006; Westwood et al., 2007; O'Shea et al., 2013; Toftemo, Glavin og Lagerløv, 2013). Ames

et al. (2019) finner likevel at foreldres reaksjoner på tilbakemelding om barnets vektavvik ofte er emosjonell. De beskriver noen som positive, noen som negative og noen som mistroiske til disse tilbakemeldingene. De to sistnevnte godtar barnets vektstatus i mindre grad (Ames et al., 2019). Ames et al. (2019) finner også at hvordan informasjon/tilbakemelding om barnets vektavvik blir gitt, har liten betydning for hvorvidt foreldrene aksepterer barnets overvekt, videre oppfølging, forståelse for tiltak eller handling. Samtidig viser de til at foreldrene har klare ønsker for hvordan de ønsker å motta informasjon. Mange følte at de og barna ikke fikk nok informasjon om tolking av screeningresultatene, og var bekymret for at informasjon om deres barn skulle nå ut til andre (Ames et al., 2019).

Det diskuteres mye rundt ansvaret helsesykepleier har når det gjelder vekt- og høydemåling, og det tidkrevende arbeidet ved oppfølging av overvekt og fedme (Larsen et al.2005; Ikeda, Crawford og Woodward-Lopez, 2006; Stalter, Chaudry og Polivka, 2010; Morrison-Sandberg, Kubik og Johnson, 2011; Helseth et al., 2017). Ifølge Helseth et al. (2017) opplevde helsesykepleiere at de ikke ble involvert i prosessen rundt implementeringen av de nye nasjonale retningslinjene, og at det økede ressursbehovet ikke ble tatt hensyn til. Flere helsesykepleiere har unngått å veie/måle i 8. klasse, på grunn av mangel på ressurser til å følge opp (Fredriksen og Rognsaa, 2014; Helseth et al., 2017). De etiske utfordringene øker dersom målingene blir utført, mens resultatene blir tilsidesatt og oppfølging uteblir (Fredriksen og Rognsaa, 2014).

Andre forebyggende tiltak:

Selvrapportering og foreldrerapportering av vekt brukes også for å vurdere vekstutvikling. (Wang, Patterson og Hills, 2002; Zhou et al., 2010; O'Connor og Gugenheim, 2011; Beck et al., 2012). O'Connor og Gugenheim (2011) viser at foreldre ofte underrapporter barnas vekt. Det samme gjelder for egenrapportering hos barn og ungdom (Wang, Patterson og Hills, 2002; Zhou et al., 2010; Beck et al., 2012). Zhou et al. (2010) konkluderer med at selvrapportering av vekt og høyde ikke bør brukes som screeningmetode for overvekt.

En amerikansk studie har kartlagt helsesykepleieres bruk av overvektforebyggende tiltak på skoler i Minnesota. Alle rapporterte de samme primærforebyggende tiltakene: Helsesykepleierne satt i velværråd og samarbeidet med kantinepersonalet eller kroppsøvlingslærerne. De informerte om ernæring og fysisk aktivitet via nyhetsbrev,

foreldreopplæring og klasseromsundervisning. Sekundærforebyggende tiltak varierte og baserte seg på den enkeltes behov (Morrison-Sandberg, Kubik og Johnson, 2011).

Det er også gjort studier med fokus på sekundærforebyggende tiltak (Bonde, Bentsen og Hindhede, 2014; Kubik og Lee, 2014). En studie diskuterer motiverende intervju som fedmeforebyggende metode hos overvektige skolebarn. Metoden praktiseres av danske helsesykepleiere sammen med barnet og foreldrene, hvor målet er å få barnet til å prate. Studien viser hvordan motiverende intervju kan hjelpe helsesykepleier i å la familien komme til egen konklusjon om at barnet er overvektig, selv når denne konklusjonen ikke blir nådd ved å vise foreldrene barnas måleresultater (Bonde, Bentsen og Hindhede, 2014).

I en amerikansk studie utforskes foreldres interesse i et skolebasert vektkontrollprogram ledet av helsesykepleier. Programmet foreslås innført for overvektige barn, og inkluderer samtalegrupper for barn, støttegrupper for foreldre, og individuelle møter med helsesykepleier. Rundt halvparten av foreldrene er positive til slike program, men studien finner også at interessen synker med barnets overvektgrad (Kubik og Lee, 2014).

I en norsk studie fra 2009 om mødres erfaringer og utfordringer knyttet til barn med overvekt, forteller mødrene at de ønsker tidligere intervensjon. Barna i denne studien var mellom 7 og 12. De ønsker oppfølging og kostveiledning i tidlige barneår før dårlige vaner setter seg. I tillegg er de opptatt av at hele familien inkluderes. De ønsker intensiv og forholdsvis streng diettbehandling, treningsprogram og vektkontroller. Flere av disse hadde ikke fått vite av helsesykepleier at deres barn var overvektig (Akselbo og Ingebrigtsen, 2015).

3.0 Teoretisk ramme

Denne studien ser på hvilken helsefremmende betydning helsesykepleiere mener vekt- og høydemåling har på 8. trinn. Herunder også hvordan helsesykepleiere utfører målingene, hvilken intensjon de mener målingene har og hvilke erfaringer de har med å gjøre målingene. Dette kapitlet vil derfor ta for seg teori som vil være relevant for diskusjonen av resultatene. I innledningen blir kroppsbildet omtalt. Da studien er spesifisert til 8.trinn, blir ungdom sentralt. Et tema blir derfor ungdom og utvikling. Siden studien omhandler helsefremmende betydning, ser jeg det som viktig å beskrive hva helsefremmende arbeid er, og utdype dette. Jeg har i innledningen også skrevet en del om helsesykepleiers rolle og arbeidsområde. Jeg vil i denne delen komme nærmere inn på helsesykepleiers rammer for utøvelse, da jeg opplever dette som et viktig tema knyttet til problemstillingen.

3.1 Ungdom og utvikling

Ungdomsalderen er en overgangsfase mellom barn og voksen (Tetzchner, 2012, s.679). Tetzchner (2012) definerer ungdomsalderen som perioden mellom 12 og 18 år. I denne perioden skjer det stor utvikling både fysisk og psykisk. Barnet løsrives i større grad fra foreldrene og nye relasjoner dannes. Samtidig preges denne tiden av en kroppslig forandring gjennom puberteten og kjønnsmodning (Tetzchner, 2012). Kroppsbevisstheten utfordres av disse endringene, og ungdommene sammenligner seg med hverandre (Haavet, 2005). I denne tiden blir venner viktigere enn de har vært tidligere, og får en større rolle for videre psykososial utvikling (Kvillo, 2008b).

Ungdomstiden preges ofte av bekymring og sterke følelser. I denne alderen oppleves hendelser oftere mer følelsesmessig negative enn de gjorde noen år tidligere. Dette har sammenheng med de fysiske forandringene, men handler også om usikkerhet. De mange overgangene i denne tiden gjør at mange ungdommer opplever stress. Dette kan blant annet handle om overgang fra barne- til ungdomsskole eller fra ungdomsskole til videregående, endrede krav i sosiale relasjoner, og en rolle som hele tiden skifter mellom barn og voksen (Tetzchner, 2012).

I følge Tetzchner (2012) påvirker den fysiske modningen jenter og gutter i ulik grad. Det er også ulikheter i hvordan tidlig eller sen puberteten påvirker den enkelte. For mange gutter kan tidlig modning gi økt selvtillit, mens det hos andre kan gjøre at de føler seg mer sjenert og hemmet av kroppen sin. Hos jenter kan tidlig modning gjøre at de får en god opplevelse av

egen kropp, mens mange kan være psykisk uforberedt på de sosiale reaksjonene og tilnærmingene den nye kroppen kan føre med seg (Tetzchner, 2012). I følge Tetzchner (2012) kan sen fysisk modning også oppleves vanskelig. Tetzchner (2012) henviser til studier av Lewis, Money og Bobrow (1977) og Apter et al. (1981) som begge viser dårligere sosial tilpasning ved forsinket pubertet. Den siste studien viser også at sen høydeutvikling har større betydning for selvbildet enn sen kjønnsmodning. Dette gjelder spesielt for gutter. Gutter opplever oftere tidlig pubertet som mer positivt enn jenter (Tetzchner, 2012). I den tidlige ungdomstiden er det ifølge Hvalstad (2005a) jentene som har den mest krevende perioden. De strever med å finne sin plass i jentegjengen, og de som er «annerledes» blir ofte de første som tilsidesettes. Kroppslig og mental modenhet er en av flere faktorer som her sees som maktfaktor. Kropp og utseende er i fokus. Gutter er ofte mindre kompliserte i den tidlige ungdomstiden. De leker lengre og forholder seg til det enkle og tydelige (Hvalstad, 2005b). Dette viser hvordan kroppen i ungdomsalderen har ulik betydning for jenter og gutter (Tetzchner, 2012).

I ungdomsalderen er identitetsdannelsen også i fokus. Ungdommene utforsker for å finne og velge sine verdier og holdninger (Tetzchner, 2012). Selvstendigheten øker og valgmulighetene blir flere. Noen synes at muligheten til å kunne påvirke sitt eget liv i større grad er en befrielse, mens andre kan synes det er vanskelig (Kvillo, 2008a). Ukjente sider utvikles, og de unge må gjøre valg de kanskje ikke ser følgene av. Ungdom opptrer gjerne her og nå (Tetzchner, 2012). Haavet (2005) mener grunnlaget for hvordan vanskeligheter møtes senere i livet, kan dannes gjennom læring og mestring her.

3.2 Helsefremmende arbeid

Green et al. (2017, s.12) definerer helsefremmende arbeid som helseopplæring og sunn folkehelsepolitikk. Kvarme (2007, s.29) beskriver det som alle tiltak som påvirker helsen positivt. Ottawa-charteret utarbeidet av WHO i 1986, blir fremhevet som «det sentrale dokumentet om helsefremmende arbeid» (Lindstrøm og Eriksson 2015, s.38).

Helsefremmende arbeid beskrives her som prosessen der folk istandsettes til å ha kontroll over egne avgjørende helsefaktorer slik at de får bedre helse og kan leve et produktivt og aktivt liv (Lindstrøm og Eriksson, 2015, s.39). Essensen i helsefremmende arbeid er salutogenese, som betyr «det som bringer helse» (Kvarme, 2007, s.29). Begrepet salutogenese ble innført av sosiologen Aron Antonovsky som har hatt en stor rolle innen helsefremmende arbeid (Kvarme, 2007, s.29). Antonovsky mener opplevelsen mennesket har av sammenheng i

tilværelsen (Sense of Coherence) er avgjørende for hvordan vi greier oss. Han hevder at forståelse av det som er utfordrende, tro på å finne løsninger og å være motivert/finne mening i prosessen, må til for å oppnå denne sammenhengen (Antonovsky, 1996, s.15). Viktige elementer i helsefremmende arbeid er helse som et kontinuerlig forløp, ressurser som forbedrer helse, myndiggjøring og god livskvalitet (Lindstrøm og Eriksson, 2015). Ved opplevelse av basale behov som autonomi, kompetanse og tilhørighet utvikles også motivasjon (Samdal, 2017). Mestring og empowerment er viktige faktorer som kan bidra til helsefremming hos ungdom. Mestring kan bidra til å forhindre plager og gjenopprette livskvalitet og helse, samt å takle krav og påkjenninger (Kvarme, 2007, s.30). «Empowerment kan defineres som myndiggjøring» (Kvarme, 2007, s.31). Gjennom empowerment kan den enkelte ta i bruk salutogene faktorer (Kvarme, 2007, s.31). Helsefremmende tiltak fordrer aktiv deltakelse. Ved deltakelse kan unge og familier bedre kontrollere, løse utfordringer og mestre det som virker inn på deres helse. God kommunikasjon og at man tar utgangspunkt i den enkeltes behov er viktig i dette arbeidet (Kvarme, 2007, s.30).

Nutbeam, Harris og Wise (2010) fremhever at samfunnets organisering og politikk er like viktig i helsefremmende arbeid som enkeltpersoners atferd. I Norge er det stor politisk enighet om at vi skal ha et samfunn der helsefremming ivaretar hele befolkningen (Klepp, Stigen og Aarø, 2017). Dette ser vi blant annet nedfelt i forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018). Mæland (2016) skriver at forebygging og helsefremming går inn i hverandre, og begge er nødvendig for at de overordnede mål i helsefremmende arbeid skal nås. Mæland (2016) mener også at rutinemessige undersøkelser og individrettet arbeid legger for stort beslag på helsesykepleiers arbeid, mens miljørettet forebyggende helsearbeid nedprioriteres.

Vektøkning forekommer i nesten alle verdens befolkningsgrupper (Lien og Klepp, 2017). Swinburn et al. (2011) mener dette viser at overvekt er et samfunnsskapt problem, og at årsakene i hovedsak ligger på samfunnsnivå og ikke på individnivå. Swinburn et al. (2011) skriver at det trengs helsefremmende og forebyggende tiltak for å snu den vektøkende trenden. Disse tiltakene må være en variasjon mellom intervensjon med mål om motiverende atferdsendring og politiske intervensjoner. Helsefremmende programmer, undervisning og sosial markedsføring trekkes frem som faktorer for atferdsendring. Slike tiltak kan ha en viktig forebyggende effekt, spesielt hos unge, dersom de blir implementert i et helt samfunn. Selv om slike programmer kan ha god effekt, er de lite bærekraftige og adresserer heller ikke

de underliggende driverne av vektepidemien. Politisk ledede intervensjoner som endringer i landbrukspolitikk og matvareindustri påvirker en hel populasjon. De viser seg også å være bærekraftige og inkluderende for dem som ellers kan være vanskelig å nå (Swinburn et.al, 2011).

I motsetning til andre folkehelseutfordringer der spesifikke politiske krav er satt (for eksempel påbudt bruk av setebelte i bil, og forbud mot røyking i offentlige transportmidler og lokaler), finnes færre reguleringer for valg av matvarer eller fysisk aktivitet (Swinburn et al., 2011). Swinburn et al. (2011) mener derfor de best tilgjengelige tiltakene ligger på økt motivasjon til sunne valg gjennom helsefremmende programmer, undervisning og sosial markedsføring.

Dahl (2016) fremhever at helsesykepleierrollen er i stadig utvikling og endring. Tidligere var arbeidet rettet mot inspeksjons- og kontrolloppgaver, og profesjonen forbundet med sykdomsforebyggende strategier og helsesykepleier i ekspertrolle. I dag har helsefremmende arbeid stort fokus, og sentrale føringer vektlegger en «nedenfra-opp»-strategi for myndiggjøring av brukerne. Samtidig kan innføringen av kravet om evidensbasert praksis være med på å gjeninnføre ekspertrollen. Å skulle handle ut fra evidensbasert kunnskap samtidig som en skal være en dialogpartner kan være utfordrende (Dahl, 2016).

Helsefremmende arbeid og vektlegging av selvbestemmelse forstås i utgangspunktet som bra, men kan også forskyve ansvaret over på den enkelte. Dette til tross for at samfunnsforhold er en av de største påvirkningene på befolkningshelse (Clancy, 2015, s.153).

3.3 Helsesykepleiers rammer for utøvelse

Ifølge Helsedirektoratet (2016) legges grunnlaget for nasjonale retningslinjer i en kunnskapsbasert og systematisk utredning som gir en nasjonal standard for utførelse. De utarbeides etter anerkjente internasjonale metoder og uttrykker på utgivelsestidspunkt ansett god praksis. Nasjonale retningslinjer er ikke rettslig bindende, men peker på anbefalte og ønskede handlingsvalg som er retningsgivende og normerende. Ved å følge retningslinjene bidrar helsesykepleier til å oppfylle lovverkets krav om faglig forsvarlighet. Når helsepersonell velger løsninger som avviker fra anbefalingene i stor grad, bør det dokumenteres. Dersom slike valg gjøres, bør en også være forberedt på å begrunne dette ved tilsyn eller eventuell klagesak. Tilrettelegging for at nasjonale faglige retningslinjer kan følges er ledelsens ansvar i de ulike tjenestene (Helsedirektoratet, 2016). Helsedirektoratet (2016) skriver også at det skal gjøres individuelle vurderinger ved hvert handlingsvalg, men det er ikke presisert hvilke vurderinger dette innebærer.

Anbefalingene i nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten ble gradert etter SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2001 Grades of recommendation) basert på kunnskapsgrunnlaget. Dette for å si i hvor stor grad man kan stole på at å følge anbefalingene gjør mer nytte enn skade. Evidensnivåene går fra A-D, der A er høyeste og D laveste evidensnivå (Helsedirektoratet, 2010a, s.2). Anbefalingen om vekt- og høydemåling i 8. klasse er gradert med evidensnivå D. Samtidig presiserer retningslinjene at uansett evidensnivå, vurderes anbefalingen som viktig (Helsedirektoratet, 2010a).

Grimen (2009) beskriver rangering av evidensnivå som et evidenshierarki. Han mener det kunnskapssynet som uttrykkes i et slikt hierarki og hvordan dette forholder seg til andre måter å rangere kunnskap på, kan diskuteres. Han peker på evidenshierarkiet som kjernen av kunnskaps-, informasjons- og beslutningsteori i evidensforskningen, men er samtidig klar på at det er et epistemisk og ikke er et moralsk hierarki. Man kan ikke uten videre slutte hva som bør gjøres ut fra hva som har best dokumentert virkning. Han viser til at tiltak med best dokumentert virkning i noen tilfeller kan gjøre kvaliteten på tjenesten dårligere. Ulikheter blant utøverne tas ikke i betraktning. En god utøver kan få til bedre resultater med en fremgangsmåte der metoden har liten dokumentert effekt. Et påtvunget tiltak som utøveren ikke føler seg bekvem med kan resultere i at utøvelsen bidrar til en negativ praksis (Grimen 2009). Vandvik (2009) presiserer at det ved kliniske beslutninger aldri er tilstrekkelig med forskningsbasert kunnskap alene. Utøvers kompetanse, pasientens preferanser, gode kommunikasjonsferdigheter og evnen til å se helheten er viktige faktorer.

Ifølge Skjervheim (1996) kan ikke være fastlagt i relasjoner mellom mennesker. Selv om vekt- og høydemåling på 8. klassetrinn kan sees som en teknisk handling, foregår det i en kommuniserende kontekst mellom helsesykepleier og ungdommen (Skjervheim, 1996). Glavin (2007a) skriver at helsesykepleiere skal følge de vitenskapelige kravene til tjenesteutøvelse samtidig som den enkelte møtes på best mulig måte. Å finne metoder som ivaretar begge sider kan være utfordrende (Glavin, 2007a). Ifølge Clancy (2012) er skjønnsutøvelse viktig i helsesykepleiers praksis. Samtidig presiseres viktigheten av å være åpen, lyttende og engasjert (Clancy, 2012). Slettebø (2007, s.35) skriver at helsesykepleiere bør være bevisst egne normer og verdier, arbeide etisk forsvarlig og ta standpunkt der det kan oppstå dilemmaer. Helsestasjons- og skolehelsetjenesteprogrammet er i praksis et frivillig tilbud. Samtidig er helsesykepleier pålagt sine arbeidsoppgaver. Helsesykepleier må vurdere hva som er riktig å gjøre i ulike situasjoner. De har en forpliktelse til å skape tillit, men

samtidig et ansvar for å utføre de oppgavene som er forventet. Hva som er rett å gjøre i ulike situasjoner er ikke gitt. Tillit og godt samarbeid med barn og ungdom er viktig i skolehelsetjenesten (Slettebø, 2007). Hos de under 16 år skal i utgangspunktet foresatte ha informasjon, men barnets/ungdommens mening skal høres hos de mellom 12-16 år (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-4). Hva som skal rapporteres videre til foresatte og annet helsepersonell kan derfor vurderes. Her er det viktig å bruke skjønn. Ved mistanke om omsorgssvikt har man likevel opplysningsplikt til barnevernet (Slettebø, 2007).

«En screening-undersøkelse kan defineres som en helseundersøkelse av en befolkningsgruppe ved hjelp av standardiserte prosedyrer» (Glavin, 2007b, s.106). Ifølge nasjonale retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, gir rutinemessige målinger verdifull informasjon om vekst, trivsel og helse hos barn (Helsedirektoratet, 2019). Screening som gjennomføres av alle på et bestemt alderstrinn defineres som generell screening. Denne metoden har lenge vært omdiskutert knyttet til om man finner det man er ute etter i slike undersøkelser. For å unngå at begynnende avvik blir oversett, samt for å normalisere og skape trygghet, er det viktig med gode screening- og kartleggingsmetoder. Samtidig kan overdiagnostisering og falske positive funn gi ubegrunnet uro hos barn/ungdom og foresatte. Det kliniske blikket og samtalen er nødvendig i alle møter og konsultasjoner. Ved bruk av screening- og kartleggingsmetoder er det vesentlig å ha et oppfølgingstilbud (Glavin 2007b, s.108-109).

4.0 Materiale og metode

4.1 Valg av metode

Hvilken forskningsmetode som skal brukes i et forskningsprosjekt, bestemmes av problemstillingens formulering (Malterud, 2017). Jeg har valgt å bruke kvalitativ tilnærming, da jeg mener denne ville besvare min problemstilling best mulig. I kvalitative metoder beskrives, analyseres og fortolkes kvaliteter, egenskaper eller karaktertrekk ved det som studeres. Slike metoder er godt egnet for utforskning av meninger og erfaringer. Materialet en arbeider med består av tekst som er samlet inn fra intervju eller observasjon og kan gi informasjon om menneskelige egenskaper som opplevelser, erfaringer, tanker og holdninger. Kvalitative metoder gir en forståelse av fenomenet som studeres, ikke nødvendigvis en forklaring (Malterud, 2017).

Problemstillingen min viser til ønske om å få et større innblikk i og forståelse av hvilken helsefremmende betydning helsesykepleiere mener vekt- og høydemåling på 8. trinn har. For å belyse min problemstilling har jeg brukt fokusgruppeintervju idet jeg ønsket å få en større diskusjon og refleksjon rundt temaet enn individuelle intervju ville kunne gi. Det er delte meninger om hva som skal til for at en gruppediskusjon skal kalles en fokusgruppe. I fokusgrupper er hensikten å samle deltakere i grupper til diskusjon om et gitt tema for å innhente kvalitative data. Det viktigste er at problemstillingen bestemmer utforming og gjennomføring (Malterud, 2012, s.19-20). Fordelene med et fokusgruppeintervju er at deltakerne har mulighet til en friere uttrykksform enn ved individuelle intervju. I en fokusgruppe får deltakerne beskrevet og reflektert over subjektive erfaringer, holdninger eller synspunkter. Gjennom samtalen kan flere minner innhentes, og deltakerne kan supplere med lignende situasjoner, ulike omstendigheter og opplevelser av disse. Ambisjonen er å utnytte gruppens samhandling for å få frem andre erfaringer og fortellinger enn ved individuelle intervju (Malterud, 2012). Svakheten ved bruk av denne metoden er at tanker og holdninger fra enkeltpersoner ikke kommer fram, fordi hver enkelt får sagt mindre enn de ville fått i individuelle intervju (Halkier, 2010, s.14). I tillegg kan enkeltpersoner ha holdt tilbake sine meninger på grunn av den sosiale konteksten i gruppa (Halkier, 2010).

4.2 Utvalg og rekruttering

Jeg har valgt å bruke strategisk utvalg for å rekruttere deltakere til denne studien. Et slikt utvalg er ikke tilfeldig, men er satt sammen på bakgrunn av et mål om å kunne belyse

problemstillingen og forskningsspørsmålene på best mulig måte (Malterud, 2017). Inklusjonskriteriene for å delta i studien var at deltakerne arbeidet som helsesykepleier i skolehelsetjeneste ved ungdomsskole, og hadde erfaring med vekt- og høydemåling av 8. klassinger. Balanse mellom homogenitet og variasjon er en intensjon i fokusgruppeintervju (Malterud, 2012). Jeg ønsket deltakere med aldersspredning, antall års arbeidserfaring og representasjon fra både små kommuner og bykommuner.

Malterud (2012) anbefaler 5-8 deltakere i hver fokusgruppe. Ifølge Halkier (2010) kan fokusgrupper være vellykkede også ved 3-4 deltakere. Det er ingen fasit på hvor mange deltakere det bør være, men det er vanskelig å få til god interaksjon med bare to deltakere (Malterud, 2017). Jeg ønsket i utgangspunktet 4-6 deltakere i hver gruppe. Bakgrunnen for dette var at jeg ønsket at datamaterialet ikke skulle bli uoverkommelig, samt at jeg ønsket å samle nok deltakere til en gruppe fra hver kommune. Hvor mange grupper som skal til, handler om hvor mye empirisk materiale man innhenter fra hver fokusgruppe. To grupper kan likevel ofte være nok (Malterud, 2017). Jeg har gjennomført tre fokusgruppeintervju, med til sammen 12 helsesykepleiere. Grunnen til at jeg valgte å ha tre fokusgrupper var prosjektets omfang, at det er en eksplorerende studie og at jeg ønsket så godt empirisk materiale som mulig. I den ene gruppa var det seks deltakere, mens det var tre deltakere i hver av de to andre gruppene. Jeg hadde en intensjon om at to av gruppene skulle bestå av deltakere fra bykommuner (en gruppe fra hver kommune), mens den tredje gruppa skulle bestå av deltakere fra ulike småkommuner. I tillegg ønsket jeg å holde rekrutteringen i samme fylke. Det viste seg raskt at jeg fikk utfordringer med begge disse ønskene. Flere takket ja til å delta, men mange av disse var alene fra sin kommune, med for lang avstand til de andre som hadde takket ja. Jeg økte derfor radiusen for rekruttering, og slo fra meg tanken om å samle flere småkommuner til intervju. Jeg endte med grupper fra en bykommune, en relativt stor kommune med flere tettsteder, og en mindre kommune. Deltakerne er spredt i alder fra 31-63 år, med erfaring som helsesykepleier fra 4,5-32 år. Antall års erfaring fra skolehelsetjeneste i ungdomsskole varierer fra 4-26 år. Noen har erfaring fra skolehelsetjeneste på en ungdomsskole, mens andre har erfaring fra flere.

For å rekruttere deltakere tok jeg kontakt med ledelsen i de aktuelle kommunene for å få samtykke til å bruke ansatte i studien (Vedlegg 1). Her fikk jeg positiv tilbakemelding fra alle ledere jeg kontaktet. Videre kontaktet jeg ledende helsesykepleier ved de ulike helsestasjonene for å få hjelp til rekruttering (Vedlegg 2). I henvendelsen fikk de en kort informasjon om formålet med studien, samt vedlagt informasjonsskriv med samtykkeskjema

(Vedlegg 3) for å dele ut til aktuelle ansatte i skolehelsetjenesten. Her ble det også beskrevet praktisk gjennomføring av intervjuet og håndtering av data vedrørende anonymitet. Jeg fikk raskt svar fra flere ledere. Alle de som svarte var positive til prosjektet, og delte ut informasjon til sine aktuelle ansatte. En av de forespurte lederne samlet raskt sammen en gruppe potensielle informanter, og fokusgruppeintervju ble avtalt. Etter hvert fikk jeg positiv respons fra flere kommuner med nok informanter til å kunne gjennomføre ønsket antall fokusgrupper.

4.3 Datainnsamling

I innsamlingsfasen etableres de empiriske dataene som så skal analyseres ved systematisering, fortolkning og bearbeiding (Malterud, 2017). Jeg hadde på forhånd utarbeidet en intervjuguide (Vedlegg 5). En intervjuguide legger strukturen for intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2015). Intervjuguiden bør inneholde spørsmål og underspørsmål i dagligtale, med åpne og konkrete svaralternativer. En skal ikke møte deltakerne uten å ha tenkt gjennom samtalen, men samtidig ikke ha for høy grad av forhåndsregi på intervjuet (Malterud, 2012, s.33). I tråd med Malterud (2012) gjorde jeg derfor guiden enkel og fleksibel, og endret den noe underveis i prosessen ettersom ny kunnskap om temaet kom til. Intervjuguiden ble laget med bakgrunn i problemstilling og forskningsspørsmål. Den ble i stor grad basert på teori og tidligere forskning. Den bestod av en oversikt over punktene jeg ønsket å snakke om og fungerte som en huskeliste. Hovedtemaene ble brukt som utgangspunkt i hver av de tre fokusgruppene, mens jeg stod friere til å stille oppfølgingsspørsmål ved behov.

Det anbefales at man forsøker å gjennomføre et pilotintervju før man går i gang (Halkier, 2010). Dette fikk jeg ikke mulighet til på grunn av tidsramme og vanskeligheter med rekruttering. På grunn av mye engasjement rundt temaet opplevde jeg likevel å få en god fokusgruppe allerede etter første gjennomføring. Et fokusgruppeintervju ledes av en moderator som skal sette i gang samtalen mellom deltakerne og styre det sosiale samspillet uten å kontrollere det (Halkier, 2010). Jeg ledet fokusgruppene selv, og hadde dermed denne rollen. Det anbefales å ha en medhjelper som kan ta feltnotater og følge med på det som foregår (Malterud, 2012). Jeg valgte å utføre fokusgruppene alene, da det var utfordrende å få tak i noen som kunne påta seg denne rollen. Dette kan ha medført at jeg har gått glipp av momenter i gruppens samspill. Hvert av fokusgruppeintervjuene hadde en varighet på ca. 90 minutter. De ble gjennomført på informantenes arbeidsplass innenfor arbeidstid. Ved intervjuoppstart ga jeg presentasjon og gjennomgang av studien og samtykkeskjema.

Deltakerne ble også bedt om å fylle ut personopplysningsskjema (vedlegg 4). Det ble gjort lydopptak av fokusgruppeintervjuene, samt at jeg noterte noe underveis. Under fokusgruppeintervjuene ble rollen min som moderator i hovedsak å komme med innspill ved behov. Ulempen med å ha kun tre deltakere i to av gruppene er at det kan bli mindre samhandling, og man mister noen gode diskusjoner (Halkier, 2010). Jeg opplevde likevel at deltakerne kom raskt i prat, og det kom tydelig frem i alle gruppene at temaet engasjerte dem. Jeg så at jeg etter de to første gruppene hadde mange likheter i det empiriske materialet, mens den tredje gruppen gjorde at jeg fikk noen nye og interessante diskusjoner. Etter dette opplevde jeg å ha et tilstrekkelig og rikt materiale. I og med at jeg valgte deltakere fra samme kommune innad i en gruppe var de kjent med hverandre på forhånd. Ved at deltakerne kjenner hverandre kan man risikere at de har diskutert temaet tidligere, og at momenter derfor utelates (Malterud, 2012). Alle deltakerne la frem at de hadde diskutert temaet tidligere. På slutten av hver fokusgruppe sa likevel deltakerne at de hadde fått reflektert rundt dette på en ny måte. Jeg opplevde gruppedynamikken som positiv, da deltakerne også utfordret hverandres meninger og motsetninger under intervjuet. Hjelpespørsmålene ble brukt i liten grad, da praten og diskusjonene i gruppene kom inn på temaene av seg selv.

4.4 Transkripsjon

Transkribering av lydopptaket fra fokusgruppene gir empiriske data i form av tekst som skal reflektere samtalen mellom gruppedeltakerne og moderator. Ved transkribering gjøres teksten tilgjengelig for analyse (Malterud, 2012). Selv om målet ved transkripsjon er mest mulig lojalt å ivareta det opprinnelige materialet, vil det likevel bare kunne gi et indirekte bilde. I en fokusgruppe må man også ta høyde for at deltakere kan snakke i munnen på hverandre slik at ikke alt som blir sagt oppfattes. Det skal transkriberes etter beste evne, men der grunnlaget vurderes usikkert, skal en være forsiktig med tolkninger (Malterud, 2017). Transkriberingen er gjennomført fortløpende etter hver fokusgruppe. Jeg startet med å høre gjennom intervjuet en gang før transkribering. Dette for å danne meg et første bilde. Etter å ha transkribert første intervju, ble jeg obs på utfordringene med at deltakerne til tider snakket i munnen på hverandre og at jeg litt raskt spilte inn hjelpespørsmål. Dette hjalp meg til å bli tydeligere i introduksjonen og å la det være rom for stillhet i de påfølgende gruppene. Jeg har valgt å gjøre transkriberingen på dialekt, og også tatt med latter samt bekræftende og benektende lyder. Disse valgene har jeg gjort for å miste minst mulig av det empiriske materialet, slik at eventuelle viktige momenter ikke skulle falle bort. Deltakerne har i transkripsjonen fått utdelt pseudonymer for å ivareta personvern.

4.5 Forskningsetiske overveielser

Formålet med studien er avgjørende for om prosjektet skal meldes inn til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (REK). Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning som blir gjennomført på norsk territorium (REK, 2015). Jeg undersøker helsesykepleieres erfaringer, og vurderte derfor at jeg ikke skulle søke godkjenning fra REK. (REK, 2015). Alle prosjekter som behandler personopplysninger er derimot pliktig, i personopplysningsloven, å meldes inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD, 2018). I dette prosjektet defineres samtykkeskjema, lydopptak og bakgrunnsinformasjon om deltakerne i studien som personopplysninger. Jeg meldte derfor inn prosjektet før oppstart av datainnsamling. I søknaden ble det redegjort for hvordan personopplysninger skulle lagres under prosessen og slettes/destrueres ved prosjektets slutt. Prosjektet ble godkjent og svaret fra NSD ligger som vedlegg 6.

Ivaretagelse av informantenes integritet, frivillig og informert samtykke samt sikring av konfidensialitet er viktige prinsipper i den kvalitative forskningsetikken (Ruyter, 2009). God ivaretagelse forutsetter respekt og gjensidig tillit mellom forsker og deltaker (Malterud, 2017). En viktig oppgave for forsker er derfor å sørge for at noen ikke blir presset til å dele ting de ikke ønsker. I fokusgruppeintervju er også gjensidig taushetsplikt en forutsetning (Malterud, 2012, s.142). Fokusgruppene ble tatt opp på båndopptaker. Dette ble lagret innlåst sammen med deltakernes signerte samtykkeskjema og personopplysningsskjema under prosessen. Deltakerne fikk også informasjon om at de kunne trekke seg underveis i studien.

4.6 Metodiske overveielser

4.6.1 Forforståelse

I denne studien forsker jeg i eget fagfelt. Malterud (2017) skriver at forforståelse ofte er en viktig motivator for å igangsette et forskningsprosjekt. Samtidig kan denne forforståelsen begrense forskeren i å se det reelle materialet, og kun se det som eventuelt bekrefter egne meninger og antakelser (Malterud, 2017). Jeg er sykepleier og helsesykepleier. Jeg arbeider som helsesykepleier og har tidligere arbeidet rundt tre år som konstituert helsesykepleier. I tillegg til arbeidserfaringen min, har jeg gjennom helsesykepleierutdanningen hatt ti uker praksis ved helsestasjon og skolehelsetjeneste. Dette er noe min forforståelse har vært preget av. Gjennom både praksis og arbeid har jeg erfaring med vekt- og lengdemåling i 8. klasse, og har derfor en forforståelse av hvordan denne arbeidsoppgaven utføres. Dette har hatt en

påvirkning på valg av tema og problemstilling for dette prosjektet. I tillegg vil det nok også ha preget forberedelsene til fokusgruppene, intervjuguiden, selve intervjuene, analyseprosessen, tolkning av resultater og diskusjon. Jeg har forsøkt å stille meg åpen til prosessen og være kritisk til egne tolkninger. Likevel kan det at jeg har samme yrke som informantene ha gjort at jeg har oversett noe, samt at deltakerne har hoppet over viktige momenter fordi de har tenkt at det var noe jeg kjente til.

4.6.2 Validitet og overførbarhet

Validitet eller gyldighet i en kvalitativ studie handler om å forsikre seg om at man har undersøkt det man har sagt man skal undersøke (Malterud, 2012). For å undersøke validiteten må en stille spørsmål til relevans gjennom hele prosessen (Malterud, 2017). Prosessen og prioriteringer som er gjort underveis er beskrevet i dette metodekapittelet. Jeg har gått gjennom prosessen flere ganger, for å sikre at relevansen og sammenhengen er til stede i alle deler. Intern validitet handler om hva studien er sann om (Malterud, 2012). Altså i hvilken grad innsamlede data, metode og teori henger sammen med studiens problemstilling (Halkier, 2010). Underveis gransket jeg så nøye jeg kunne om innsamlet data samsvarte med problemstillingen, og om materialet viste til meninger rundt vekt- og høydemålings helsefremmende betydning. Fokusgruppe som metode ga deltakerne rom til å diskutere åpent rundt temaet. Jeg som forsker og moderator ledet deltakerne slik at diskusjonsspørsmålene var i tråd med studiens formål, og stilte oppklarende spørsmål ved behov. Ulike synspunkter, oppfatninger og beskrivelser kom godt frem. Deltakerne hadde mange av de samme meningene, men også mye var delte meninger om, noe som Malterud (2012) påpeker styrker den interne validiteten. Det at jeg ikke gjennomførte prøveintervju kunne ha påvirket datainnsamlingen i første fokusgruppa. Jeg mener likevel at det engasjementet for temaet gjorde at det fungerte bra. Likevel må jeg være kritisk til at alt som ble sagt er oppriktig. Gjennom transkriberingsprosessen kom jeg dypere inn i materialet, og analyseprosessen kom i gang. I analyseringen gikk jeg frem og tilbake flere ganger for å se at det jeg til slutt fant som koder og kodegrupper stemte overens med materialet.

Ekstern validitet handler om overførbarhet. Til hvilke andre situasjoner og kontekster kan resultatene gjøres gjeldende. Jo mer presis alle leddene i studien er, jo mer sannsynlig er det at man har et resultat noen kan lære av. Herunder hvor presis problemstillingen er, utvalgets relevans og drøftingens teoretiske styrke (Malterud, 2017). For at forskningen skal være gyldig er det også viktig at tolkninger og analyser som er gjort, har noe til felles med andre

forskeres funn på temaet (Halkier, 2010). Underveis i studien har jeg derfor lest tidligere forskning og teori som har sammenheng med min problemstilling og mine data for å validere materialet så godt som mulig. Samtidig er det jeg selv som har valgt ut aktuell teori som er brukt og dette kan ha påvirket hvordan jeg har analysert materialet samt hva jeg har lagt til grunn i drøftingen. Resultatdelen beskriver alle koder og kodegrupper, mens jeg i diskusjonen har tatt utgangspunkt i de resultatene jeg mente var mest vesentlig knyttet til problemstillingen. Dette kan samtidig gjøre at resultater andre oppfatter som viktige ikke er tatt med.

I en kvalitativ studie kan man ikke sette to streker under resultatet og si at dette er sant (Malterud, 2017). Pålitelighet dreier seg om å gjøre prosessen tydelig, systematisk og synlig for andre, slik at den som leser studien kan vurdere om det er gjort et godt arbeid (Halkier, 2010). Mine resultater anser jeg ikke som en felles erfaring på hvordan helsesykepleiere generelt vurderer vekt- og høydemåling på 8. trinn som et ledd i det helsefremmende arbeidet. Jeg mener likevel mine resultater kan gi noen tanker rundt problemstillingen, og vise noen elementer av hvordan helsesykepleiere opplever at ivaretagelsen av denne arbeidsoppgaven kan forstås.

4.7 Dataanalyse

Analyse av kvalitativ forskning kan gjøres på flere måter, og innebærer en eller annen form for teksttolkning (Malterud, 2017). Jeg har valgt å bruke det som Malterud (2017) kaller systematisk tekstkondensering, en tematisk tverrgående analyse. Jeg leste gjennom ulike former for analyse, og valgte denne fordi den var detaljert beskrevet, tydelig og passer godt til eksplorerende fokusgruppeintervju (Malterud, 2012). Analysen gjennomføres i fire trinn (Malterud, 2017).

I første trinn dannes foreløpige temaer gjennom helhetsinntrykk (Malterud, 2017). Allerede i transkriberingen så jeg noen tema danne seg. Etter hvert som fokusgruppeintervjuene var ferdig transkribert skrev jeg dem ut, leste gjennom, og noterte noen foreløpige tema. Etter at alle intervjuene var ferdig transkriberte, leste jeg gjennom på nytt. Enkelte tema endret seg noe, mens andre kom til. Mens jeg leste materialet forsøkte jeg å ha mest mulig åpent sinn, samt legge teori og forforståelse til side. Malterud (2017) foreslår at man finner 4-8 foreløpige tema. Mine foreløpige tema ble fokus på helsesamtalen, uklare retningslinjer, tidspunkt for måling, kropp, oppfølging, usikker nytteeffekt og andre tiltak.

I andre trinn identifiseres meningsbærende enheter/koder som sorteres i kodegrupper (Malterud, 2017). Her leste jeg nøyere gjennom hvert intervju. I denne gjennomlesningen skulle jeg finne de meningsbærende enhetene i teksten og sortere disse i de midlertidige kodegruppene. Etter hvert som jeg gjennomgikk teksten og fant meningsbærende enheter, endret også kodegruppene seg. Flere av kodene rommet blant annet for lite mening. De ulike kodegruppene fikk hver sin farge, mens jeg i teksten markerte de meningsbærende enhetene med tilhørende fargekode. I denne prosessen ble det materialet som ikke passet inn under noen kategorier forkastet. Noen meningsbærende enheter passet også inn i flere kodegrupper. Jeg endte på dette trinnet opp med følgende kodegrupper: Pålagt oppgave, fag/kompetanse, fokus i utførelsen, ønske om endring og kropp.

En meningsbærende enhet som ble kodet under pålagt oppgave: *«Det e jo litt uetisk. Sånn som i fjor så va det en hel klasse vi ikke hadde helsesamtale med eller fikk veid og målt. Vi sende jo info til foreldran om at dem skal ha det, men vi sende kje info til dem om at dåkkers unga fikk ikkje det tilbudet.»*

Eksempel på en meningsbærende enhet som ble kodet under ønske om endring: *«Det burde vært ei måling til. Det e førr langt sprang mellom 3. og 8. klasse.»*

I tredje trinn deles kodegruppene i subgrupper der innholdet abstraheres (Malterud, 2017). Her gikk jeg inn i materialet i kodegruppene og så på de ulike nyansene innenfor hver kode. På dette steget hadde jeg hele veien fokus på å se kodene opp mot problemstillinga og forskningsspørsmålene. De fem kodene ble sortert i tre subgrupper hver.

Kode	Subgrupper
Pålagt oppgave	Ressurser Tid Oppfølging
Fag/kompetanse	Prosedyrer og retningslinjer Uenighet mellom fagpersoner Uklarhet om ansvarsforhold
Fokus i utførelsen	Tillit Samtalen Informasjon og ivaretagelse
Ønske om endring	Usikker nytteeffekt Tidspunkt for målingen

	Videreutvikling av vekt- og høydemåling
Kropp	Holdning Overvekt/undervekt mest utfordrende Selvfølelse

Etter å ha sortert materialet i subgrupper skulle det lages kondensater av de meningsbærende enhetene i hver subgruppe. Det vil si en tekst der innholdet i subgruppen summeres. Jeg begynte med å trekke frem den meningsbærende enheten jeg oppfatter som mest betydningsfull fra hver subgruppe. Deretter supplerte jeg med relevant tekst fra de øvrige meningsbærende enhetene. Til slutt hadde jeg kunstige sitat under hver subgruppe som oppsummerte materialet. I denne prosessen ble materialet sortert på nytt, og noen meningsbærende enheter ble flyttet i andre subgrupper og kodegrupper. Etter hvert som kondensatene ble dannet og subgruppene ga ny innsikt, ble også kodegruppene justert. Jeg valgte også ut «gullsitat» som illustrerer innholdet i hvert kondensat best mulig (Malterud, 2017).

I det fjerde trinnet utarbeidet jeg på bakgrunn av kondensatene, analytiske tekster for hver kodegruppe. Hver subgruppe fikk sitt avsnitt i teksten. Når hver kodegruppe hadde fått sin analytiske tekst, fikk de overskrifter som danner grunnlag for presentasjonen i resultatkapitlet. For å validere og utfordre resultatene gikk jeg tilbake til transkripsjonen for å se at disse passet opp mot hverandre. Her var jeg spesielt oppmerksom på om noen av deltakerne i liten grad hadde bidratt med data, og å se etter materiale som kunne motsi mine resultater (Malterud, 2017).

5.0 Resultater

I dette kapitlet presenteres resultatene som kom frem i analysen av intervjudata. Resultatene blir sett i sammenheng med problemstillingen «*Hvilken helsefremmende betydning mener helsesykepleiere vekt- og høydemåling på 8. klassetrinn har?*». Kategoriene er som følger:

- Pålagt oppgave (Tid og ressurser, prosedyrer og retningslinjer, oppfølging)
- Ivaretagelse (informasjon, tillit og trygghet)
- Holdninger (Kroppssyn, vektavvik mest utfordrende)
- Hensikt og betydning (usikker nytteeffekt, tidspunkt for måling, videreutvikling av vekt- og høydemåling)

5.1 Pålagt oppgave

Denne kategorien har jeg delt inn i underavsnittene «Tid og ressurser», «Prosedyrer og retningslinjer» og «Oppfølging».

5.1.1 Tid og ressurser

Informantene forteller om ulike synspunkter da retningslinjene kom, og hvordan flere ventet med å starte opp vekt- og høydemåling i 8. klasse grunnet mangel på ressurser. Det var en ny oppgave som skulle inn i tjenesten. En av informantene beskriver det slik:

«Det ble enda en oppgave som ble lagt på oss, men det fulgte ikke noen ekstra ressurser med (...). Og vi får jo litt avmakt, for det er ikke bare å gjøre veiing og måling og så e vi ferdig. Vi får jo masse oppfølging i etterkant». (Deltaker C)

Selv om vekt- og høydemåling på 8.trinn som oppgave kom i 2010, forteller flere av deltakerne at de ikke startet opp før det ble en del av helsesamtalen i 2017. Noen fikk da ekstra ressurser, mens andre måtte klare seg med de ressursene de hadde.

«Æ må virkelig tenke på tida æ bruke (...). Det e jo litt uetisk. Sånn som i fjor så va det en hel klasse vi ikke hadde helsesamtale med eller fikk veid og målt.» (Deltaker E).

«Æ styre tida sjøl. Om æ vil bruke tre kvarter på en helsesamtale så gjør æ det. Æ får gjennomført med alle elevan. Oppfølginga e det vanskeligere å få til» (Deltaker G).

Oppfølgingen i etterkant av vekt- og høydemålingen beskrives som spesielt ressurskrevende. Noen deltakere forteller at de sender brev hjem til foreldrene ved vekstavvik i stedet for å ringe, da de opplever det som tidsbesparende. En av deltakerne forteller dette:

«I ei oppfølging så jobbes det mye praktisk, mens mange treng å jobbe med det kognitive og følelsesmessige. Og da treng vi mer tid» (Deltaker J).

5.1.2 Prosedyrer og retningslinjer

Informantene peker på retningslinjene fra helsedirektoratet som utydelige. De mener retningslinjene gir liten informasjon om hvordan vekt- og høydemåling i 8. klasse skal utføres, og at det er opp til kommunene selv å lage egne prosedyrer for gjennomføring. De mener dette er uheldig, da det gjør at det blir utført ulikt fra kommune til kommune. De uttrykker stort ønske om kompetansesenter for utvikling av prosedyrer, slik at ungdommene kan få samme tilbud uansett hvor i landet de bor. En av deltakerne uttrykte det slik:

«Det e utfordrende å følge retningslinjen så omfattende og uspesifikk dem e. Det står ikke noe beskrevet om kordan vi skal gjennomføre det, så det må vi jo finne ut sjøl. Koffer står det for eksempel ikke om vi skal sende brev eller ringe hjem til foreldran ved avvik? (...) Vi må jo bare prøve oss frem, og ka som egentlig e det beste å gjøre e uvisst» (Deltaker E).

Et annet moment som trekkes frem er nettopp det å utføre denne oppgaven som en som helsesykepleiere er satt til å gjøre. Dette med bakgrunn i at fagpersoner er uenige i om det er bra å gjøre det eller ikke. En av deltakerne forklarte det slik:

«Æ synns det e vanskelig når fagpersonan over oss e så uenig. Det e bestemt at vi skal gjøre det, men fagrådene e motstridende til om det e bra eller ikke. For eksempel det med å bruke ordan overvekt og fedme. En fagperson mene det e viktig å sette ord på det, mens en anna mene det kan føre til spiseforstyrrelse». (Deltaker F).

5.1.3 Oppfølging

Ved oppfølging av vekt- og høydeavvik har deltakerne ulike prosedyrer, erfaringer og meninger. Samlet er de enige om at det er utfordrende og vanskelig. De føler en maktesløshet over å ikke få hjulpet de som trenger det aller mest.

Når deltakerne snakker om oppfølging er det mest fokus på overvekt. De begrunner dette med at det er det avviket de oftest opplever ved vekt- og høydemåling i 8. klasse. Flere av deltakerne forteller at de som er svært overvektige ofte ikke vil veie seg, og at en derfor ikke

får mulighet til å følge opp de som kanskje har aller mest behov for det. En annen utfordring de beskriver knyttet til dette, er at det ikke gis informasjon til foreldrene om at deres ungdom ikke har gjennomført vekt- og høydemåling. Begrunnelsen for at dette ikke blir gjort er at det er et frivillig tilbud, og ungdommene kan reservere seg. En av deltakerne utdyper det slik:

«Foreldran snakke i lag (...). Når de som ligg på fedme eller alvorlig fedme ikke får nå tilbakemelding fra oss, mens en som så vidt har bikka overvekt får det, så må jo foreldran reagere på hvordan vi jobbe. Dem får jo ikkje nå informasjon om at ungdommen ikke har veid sæ.» (Deltaker A).

Noen av deltakerne er ikke enige i at det er et problem å få ungdommene til å veie seg, men er likevel enige i at en god oppfølging er krevende å få til. De fleste har forsøkt både å sende brev og å ringe når de skal gi tilbakemeldinger til foreldre ved vekstavvik, med ulike erfaringer. Hos de som sender brev hjem, fordrer det at foreldrene tar kontakt dersom de ønsker oppfølging. Her opplever deltakerne at de fleste foreldrene tar kontakt, men at de som har avvik i form av overvekt er de som tar minst kontakt.

«Det e jo sånn (...). Hvis motivasjonen ikke e tilstedet (...), ka e det slags jobb vi går inn i da, og kem e det her sitt ansvar. Kan vi forvente at de kommer til vidare oppfølging hvis de ikke e motivert?» (Deltaker A).

De som ringer opplever at de færreste takker nei til oppfølging. Deltakerne mener dette oppleves mer personlig, og at fremleggingsmåten er viktig. Flere opplever det som vanskeligere å gi tilbakemelding ved overvekt enn ved fedme, da fedme er mer synlig. Flere understreker viktigheten med veiekompetanse, kartlegging og skjønn. Men det er likevel uenigheter om i hvilken grad retningslinjene bør følges:

«Den grafen e ikke bestandig reell. Hvis det e noen som akkurat krysse grensa til overvekt, og du i kartlegginga med ungdommen skjønne at det her e en sporty person med mye muskler, har et normalt kosthold osv. Da treng man ikke å gjøre et problem av nå som ikke e det. Da dokumentere æ mi vurdering, og ser det ikke som et vekstavvik» (Deltaker K).

En annen deltaker sier følgende:

«Æ følge retningslinjen uansett. Æ kan ikke sitte og vurdere ka som e avvik og ikke. Hvis vi skal bruke de kliniske blikket blir det enda større forskjella på hvordan vi jobbe. Hvis det etter retningslinjen e et avvik, så gir æ tilbakemelding til foreldran.» (Deltaker A).

Selv om deltakerne er uenige om hvordan retningslinjene bør følges, er samtlige enige om at ungdommene raskt havner på «overvekt», og at vekt- og høydemåling alene kan gi uriktig oppfølgingsgrunnlag. I den videre oppfølginga av ungdommen føler deltakerne seg maktesløse. De forteller om mangel på tilbud, og vanskeligheter med å snu en trend som ofte har startet for mange år siden. Det er enighet om at å arbeide med vektoppfølging i denne aldersgruppen er problematisk.

Det kommer også frem at samarbeid med andre instanser og spesialisthelsetjenesten ikke er uten utfordringer. Ved store vektproblemer føler deltakerne at de har lite hjelp å tilby. De peker på manglende oppfølgingstilbud i kommunen, og trekker frem samarbeid med fastlege og barnevern som spesielt mangelfullt. De opplever at avvik tilknyttet overvekt ikke følges opp videre i henhold til retningslinjene. En av deltakerne oppsummerer dette slik:

«Det står jo for eksempel at vi ved fedme skal lage ansvarsgruppe og at barnevernet skal inn, men det skjer jo ikke. Barnevernet avviser det. Når de andre etatene ikke tar det på alvor, da føle æ det blir litt nytteløst. Å da tenke æ, hvordan fokus skal vi ha på arbeidsoppgavan våre. Skal vi finne helseavvik og følge dem, eller skal vi jobbe helsefremmende og forebyggende?»
(Deltaker A).

5.2 Ivaretagelse

Ivaretagelse av ungdommen under utførelsen av vekt- og høydemåling er noe deltakerne hadde stort fokus på. Denne kategorien har jeg delt inn i underavsnittene «informasjon» og «tillit og trygghet».

5.2.1 Informasjon

Alle deltakerne leverer på forhånd ut brev med informasjon om helsesamtalen der vekt- og høydemåling er et av temaene. De informerer om det i klassene, og flere er med på foreldremøter. Noen fordeler helsesamtalene gjennom skoleåret, med opptil 2-3 ungdommer per dag. Ungdommene vet da ikke på forhånd når de har time. Andre setter opp fastsatte dager i en kort tidsbestemt periode, der alle helsesamtalene gjennomføres. Her får ungdommene beskjed om sin time et par uker før. Noen deltakere deler ut et skjema til ungdommene, der de skal svare på spørsmål om hvordan de har det og hvordan de ser på seg selv.

Deltakerne presenterer vekt- og høydemåling for ungdommen som en del av helsesamtalen. Noen forteller ungdommene at det kan si noe om helsen deres, andre forteller at det gjøres for

å fange opp eventuelle vekstsvik, mens noen forsøker å ufarliggjøre det med å fortelle at de har blitt veid og målt siden fødsel. Det er ulikt når i samtalen vekt- og høydemåling utføres. Flere av deltakerne har forsøkt både på begynnelsen og slutten, og de som gjør det på begynnelsen opplever at de får bedre tid til å snakke rundt temaet. Deltakerne kartlegger og snakker om kosthold og aktivitet i samtale. Hvor mye de snakker om resultatet av vekt- og høydemålingen er mer ulikt. Noen forteller at det varierer hvor mye de prater om det, og at det kommer an på om ungdommene selv tematiserer det eller ikke. Dette gjelder både ved normal vekst og avvik. En av deltakerne beskriver det slik:

«Vi levere ut et helseskjema på forhånd. Der kan dem kan fylle ut, og sette ring rundt om dem mene dem e for tykk, for tynn, for høy eller for lav. Hvis dem fylle ut nå der så e det en innfallsvinkel til å prate om det. Da tar æ fram kurven, vise dem og prate om det. Æ tar ikke en samtale om det hvis ungdommen sjøl har tenkt at dem ikke va det. Æ tenke ungdommen må vær litt der sjøl for å prate om det. Vi ønske jo minst mulig fokus på de tallan. Men æ har heller ikke opplevd at noen som e på overvekt/fedme ikke har nevnt det i kartlegginga om sæ sjøl (...). De som akkurat har bikka overvekt nevne det nødvendigvis ikke. Men vi snakke om kosthold, så da kan vi benytte anledning til å kartlegge litt mer enn man kanskje hadde gjort til andre da». (Deltaker L)

En annen deltaker beskriver det slik:

«Hvis dem vil vite kor tung og høg dem va så fortell eg dem det, og det vil de fleste (...). Også sir eg at eg kjem til å skrive det inn i kurven, og at eg tar kontakt hvis det e noen avvik. Og forklare dem hvorfor (...). Eg vise ikke kurvan, men det e mest fordi eg har en liten skole, og vet at det e mye fokus på det med vekt mellom elevan». (Deltaker G).

Her ser vi at det også er ulikt om deltakerne viser kurven til ungdommen eller ikke. Noen viser kurven dersom ungdommen tematiserer det selv. Noen lar konsekvent være å vise kurven da de føler det er et sensitivt tema og er redd for misforståelser, mens andre viser den hver gang. En av de andre deltakerne kommenterer dette:

«Æ vise kurvan no, men gjorde det ikke tidligere. Det ene e ikke nødvendigvis bedre enn det andre. Trur det ene e riktig for noen og det andre e viktig for noen.» (Deltaker H).

5.2.2 Tillit og trygghet

Deltakerne omtaler vekt- og høydemåling som et av to aspekter ved helsesamtalen, der det andre aspektet er å bygge tillit. De mener vekt- og høydemåling er et vanskelig tema å ta opp når en skal bygge tillit.

Ingen av deltakerne opplever at det er et problem å få ungdommene til å måle høyde, men som tidligere nevnt opplever de fleste deltakerne at de som er svært overvektige ikke vil veie seg. Det diskuteres om det kanskje burde vært gitt tilbakemelding til foreldrene også når ungdommene ikke gjennomfører. Her er det ulike meninger og en av deltakerne problematiserer dette:

«Kanskje vi også skulle sendt brev hjem når ungdomman ikke vil veie sæ (...). Da må vi ta et valg. Skal vi prioritere å bygge tillit eller varsle hjem om at din ungdom veide sæ ikke og vi tenke det her e fare for helse (...). Så kan man diskutere om målinga bør være en del av helsesamtalen. Når det e første samtalen vi har med dem, så kan det jo være vanskelig å snakke med oss om de her tingan» (Deltaker F).

Tillit vurderes som vesentlig i både gjennomføring og oppfølging av vekt- og høydemåling av 8.trinnselevne.

«Æ trur det med tillit, det å vite kem vi e har stor betydning. Sånn at dem kan være sæ sjøl og tørre å være litt mer ærli (...). Førre at dem kunne tatt opp mer hvordan valg dem sjøl gjør, ka dem bruke mat til (...), og gjøre dem mer bevisst på hvordan påvirkningskraft de har på egen helse». (Deltaker J).

Deltakerne har tro på at flere møter mellom ungdom og helsesykepleier før vekt- og høydemåling vil gjøre tilliten sterkere. Ikke nødvendigvis individuelt, men at helsesykepleier er mer synlig. I tillegg oppfatter de som har levert ut skjema for forhåndsvurdering at ungdommene har fått tenkt mer på temaet før samtalen, og at det derfor oppleves tryggere.

5.3 Holdninger

Denne kategorien er delt opp i underavsnittene «kroppssyn» og «vektavvik mest utfordrende». Selv om deltakernes holdninger kommer frem i alle delene av resultatkapittelet vil de her bli sett i samsvar med holdningene deltakerne opplever ungdommene og foreldrene har.

5.3.1 Kroppssyn

Deltakerne er enige i at hvordan en trives i egen kropp er en sentral faktor knyttet til vekt- og høydemåling. Deltakerne spør ungdommene hva de tenker om kroppen sin og prater om hvordan kroppen fungerer. Alle opplever at ungdommene er opptatt av kroppen sin. De ser også et skifte i kroppsbildet fra noen år tilbake til nå. Det med å strebe etter å være tynn opplevdes tidligere som viktigst. Nå ser de at dette er snudd til at muskler har tatt større plass. Jentene skal ha muskler på de rette stedene, men også være tynne på de rette stedene. Hos guttene opplever de at muskler også har fått en større betydning enn før, men at dette kommer senere enn hos jentene. Samtidig mener deltakerne at holdninger til kropp også kommer an på miljø og selvbilde. Noen mener det ikke er akseptert å være fornøyd med kroppen sin, mens andre mener det er mer aksept for mangfold og større kropper nå enn før.

«Det e masse flott ungdom som akseptere seg for den dem e, men dessverre masse flott ungdom som ikke gjør det. Dem sammenligne seg med andre, spesielt i media». (Deltaker J).

Deltakerne trekker frem de unges tendens til å sammenligne seg med andre. De opplever at det ofte fokuseres på vekta, og ikke på sammenhengen mellom vekt og høyde. De mener dette gjelder spesielt hos jenter, mens guttene oftere sammenligner seg på høyde. Noen mener likevel det er mindre sammenligning mellom elevene nå enn tidligere, og at kurven kan være til hjelp i dette arbeidet:

«(...) Men æ har hatt mange som synes dem e tung, og da e det veldig greit å ha kurven til hjelp i å forklare forholdet mellom vekt og høyde. Dem e så opptatt av tall, og jenten spesielt det tallet på vekta. Så da fungere det veldig fint å vise dem at når dem e høg så må vekta også være høyere.» (Deltaker K)

Deltakerne stiller også spørsmåltegn ved hvorfor og når vekt- og lengdemåling ble farlig. En av deltakerne sier det slik:

«Det handle jo om kroppen. Når ble kropp, mat og fysisk aktivitet farlig å snakke om? Va det i sjette klassen eller va det i sjuende klassen?» (Deltaker L).

Noen av deltakerne mener at deres egne holdninger til kropp ikke kommer til uttrykk i møte med ungdommen under vekt- og høydemåling, da den profesjonelle rollen kommer frem. Andre mener det likevel vil påvirke. En av deltakerne formidlet dette slik:

«Æ trur det med hvordan fokus vi har på kropp også handle om oss sjøl (...). Koffer skal det være lettere med avvik på lengde enn på vekt for eksempel? (...) Æ trur den holdninga vi har

til kropp og det å snakke om det her e med å påvirke kordan vi utføre veiing og måling, sjøl om det kan være ubevisst». (Deltaker A).

5.3.2 Vektavvik mest utfordrende

Samtlige deltakere er enige i at overvekt er et av de mest utfordrende vekstavvikene å jobbe med på 8. trinn. De fremhever spesielt det å ordlegge seg slik at det ikke blir en ekstra belastning for ungdommen. Ved nyoppdaget overvekt eller fedme tenkes det mye på hvordan det legges frem uten at ungdommen bare blir sett på som en stor kropp.

«Æ synes de som akkurat bikke overvekt e vanskeligst å jobbe med, når dem sjøl meine dem e det og kurven vise det. Da e det vanskelig å finn riktig måte å ikke pålegge dem mer og bekrefte den følelsen av at dem faktisk e tjukk. Man bruke jo litt tid på å tenk, hvordan skal æ si dette her, og hvordan blir det tolka» (Deltaker L).

«Vi tenke at du e fin uansett hvordan du ser ut, men vi kan ikke bare si det (...). Hvis man tenke på det med å forebygge sykdom, e jo det med vekt viktig.» (Deltaker B).

Deltakerne har mest fokus på overvekt og fedme, fordi det er her de ser flest avvik. De mener det er lett å glemme de andre avvikene. Selv om det er færre avvik i form av undervekt i denne aldersgruppen, synes de ikke dette er noe enklere å arbeide med.

«Der du vise kurven til en som ønske å være tynn, så kan det gi dem bekreftelse og forsterke ønsket om å bli enda tynnere». (Deltaker E).

Når det gjelder høyde oppleves det for deltakerne som et «ufarlig» avvik, selv om det kan være andre ting bak det også. Reaksjonene fra omverden kommer ved avvik knyttet til overvekt og fedme. De forteller at det var mange sinte foreldre da prosedyren med veiing og måling ble startet. De mener det som regel uproblematisk nå, men opplever fortsatt at det kan bli noen ubehagelige reaksjoner ved tilbakemeldinger på vektavvik.

«Man får jo noen ubehagelige telefona fra foreldre, sjøl om det va mange flere av dem før enn no (...). Men æ ser at foreldran oftere oppleve det som et problem enn ungdommen». (Deltaker H).

5.4 Hensikt og betydning

Denne kategorien har jeg delt inn i underavsnittene «usikker nytteeffekt», «tidspunkt for måling» og «videreutvikling av vekt- og høydemåling».

5.4.1 Usikker nytteeffekt

I hvilken grad vekt- og høydemåling på 8. trinn fungerer etter intensjonen, er noe deltakerne har mange meninger om. De er enige om at samtalen rundt hvordan ungdommene trives er helsefremmende, men er usikre på i hvilken grad det samme gjelder veiing og måling. Deltakerne sier at de setter vekt- og høydemåling litt i andre rekke. At helsesamtalen er koblet på det som tidligere kun var vekt- og høydemåling, beskrives som verdifullt.

«Det e veldig bra at helsesamtalen e kobla på. For eksempel kan bulimi ofte ikke oppdages ved veiing og måling, men det kan oppdages gjennom samtalen». (Deltaker I).

En annen deltaker kommenterer dette:

«Det som e helsefremmende e at vi kan få snakka om kost og aktivitet. Læring av gode levevaner og livskvalitet (...). Og at kroppen og veksten normaliseres». (Deltaker H).

Deltakerne trekker frem det de oppfatter som de to hovedformålene med vekt- og høydemålingen. Det ene er å tidlig kunne fange opp vekstavvik for å igangsette tiltak, det andre er helseovervåkning på systemnivå.

Om vekt- og høydemåling kan være helsefremmende på systemnivå, oppleves ulikt hos deltakerne. Noen mener statistikken vil bli usann så lenge man ikke oppnår å veie og måle alle 8. klassinger. Andre mener det fungerer bra i et folkehelseperspektiv, og at det vil gi en mulighet til å arbeide helsefremmende i større omfang. En av informantene beskriver det slik:

«Hvis vi slutte med måling og veiing så vil ikke få den oversikten over befolkninga i kommunen, og da får vi iallfall ikke jobba med det. Det e mye man kan se på, en anna arena å jobbe på. Forske på ka e det som gjør at det e mer overvekt i en kommune i forhold til en anna for eksempel (...). Sammenligne skolan for eksempel.» (Deltaker K).

På individnivå mener deltakerne vekt- og høydemåling sammen med samtalen, kan si noe om trivsel. Når det gjelder å forebygge overvekt og fedme, synes de fleste at denne intensjonen ikke nås på 8. trinn. De som følges opp i etterkant av vekt- og høydemåling har allerede en skjev vekstutvikling. Flere påpeker at det å kun gjøre tiltak der det har oppstått et avvik, stritter imot det som opprinnelig er helsesykepleiers arbeidsoppgaver, nemlig helsefremming og forebygging. I tillegg oppleves det utfordrende å få til. En av deltakerne forklarer dette slik:

«Det e vanskelig å jobbe med overvekt og fedme når du allerede e blitt overvektig eller i fedmekategorien, kontra og forebygge det. Vi skal jo forebygge sykdom og fremme helse.» (Deltaker A).

En annen deltaker kommenterer dette:

«Ka hjelpe, ka kan man tilby og ka har man trua på funke? Æ har gådd mange runda med mæ sjøl på den biten der(...). Det som e vanskelig e hvordan man skal hjelpe dem som e overvektig til å gå ned i vekt. Fokuset blir mer å hjelpe dem som synns det e vanskelig å være stor til å få bedre livskvalitet (...).» (Deltaker K).

Deltakerne opplever også at det skjer positive endringer etter vekt- og høydemålingen, men at disse dessverre er sjeldne i denne aldersgruppen. De mener målinger kan ha en større helsefremmende effekt sammen med andre redskaper.

5.4.2 Tidspunkt for måling

Alle deltakerne mener vekt- og høydemåling av barn er viktig, men har problemer med å se hvorfor det skal gjøres på 8. trinn. De beskriver alderstrinnet som et vanskelig tidspunkt å gjøre vurderinger på, da kroppene er i forandring hos mange. 8. trinn beskrives også som et sårbart tidspunkt, da det skjer mye både fysisk og psykisk. De mener det er et lite optimalt tidspunkt å starte oppfølging på.

«Vi vet jo mye om fokus på kropp, de vanskelige tingan, og det presset dem står i. Og eg synes det e vanskelig nettopp fordi det e i den alderen. Dem e sårbar (...), og det skjer så masse. Dem e heilt i limbo i forhold til kem dem e og skal være.» (Deltaker I).

Deltakerne er opptatt av den lange perioden mellom vekt- og høydemåling på tredje trinn til åttende trinn. De mener denne er for lang, og at mye skjer i løpet av disse årene. Muligheten for å komme tidlig inn, reduseres. Dersom vekt- og høydemåling skal fortsatt skal være et verktøy i skolehelsetjenesten, synes flere deltakere at vekt- og høydemålingen bør flyttes fra 8. trinn til 5. eller 6. trinn. De mener dette vil gi bedre muligheter til å forebygge og til å snu en negativ skjevutvikling. Samtidig legger de til grunn at dette vil kunne vise mer nøyaktig hvor i barneårene skjevutvikling skjer, og eventuelt få et større innblikk i årsakssammenhenger.

«Det e nesten litt uetisk (...). Eg har opplevd at foreldran lure på hvorfor det ikke e blitt sagt nåkka tidligere. Dem lure på kor vi har vært mellom 3. og 8. når dem ser at flere percentiler e

kryssa. For dem som ser ungan hver dag kan synes det e vanskelig å si når det her begynte».
(Deltaker I).

5.4.3 Videreutvikling av vekt- og høydemåling

Noen deltakere uttrykker at vekt- og høydemåling bør erstattes med andre tiltak. Alle mener det er stort potensial i videreutvikling på den helsefremmende arenaen.

Det blir diskutert at Helsedirektoratet er i gang med å utvikle et egenvurderingsskjema for bruk i skolehelsetjenesten nasjonalt. Dette er noe deltakerne ser på som svært positivt, fordi det vil kunne være med på å gjøre utførelsen av helsesamtalen og vekt-/høydemålingen mer lik over hele landet.

Kapasitet til å være mer i klasserommet og grupper sammen med elevene er noe alle deltakerne ser som verdifullt. De mener det vil gi mulighet for gode samtaler omkring kropp, kroppsbevissthet og selvbilde. Å kunne snakke om det å ha det bra med seg selv og å normalisere utfordringene de går gjennom, vil kunne gi ungdommene trygghet til å ta ansvar for egen kropp, innvendig og utvendig.

«De tiltakan man gjør, gjør man så mye bedre i klasserommet sammen med alle. At man innføre ting som fremme et godt kosthold og aktivitet generelt trur æ funke bedre enn individuelt. Gi muligheten til å reflektere over gode valg, og starte tidlig. Det e det som e helsefremming, og der vi vil jobbe. Dialog, diskusjon og refleksjon rundt ulike problemstillinger. For du e i en periode kor du nesten høre mer på jevnaldrende og venner enn på voksne.» (Deltaker L).

En annen drømmesituasjon for deltakerne er å jobbe tettere opp mot foreldre generelt. Det oppleves som viktig å snakke med foreldre om den jobben de har, og trygge dem på at det er greit å sette grenser for ungdommen. Flere av deltakerne opplever at foreldre trenger «tillatelse» fra fagpersoner på at det er greit å nekte ungdommen å drikke brus midt i uka.

Andre helsefremmende tiltak deltakerne ønsker seg er mer fysisk aktivitet i skolen, gratis skolemat på ungdomstrinnet, et større tverrfaglig samarbeid og samarbeid med skolene på systemnivå.

6.0 Drøfting

Hensikten med denne studien er å få innsikt i hvilken helsefremmende betydning helsesykepleiere mener vekt- og høydemåling på 8. klassetrinn har. Dette knyttes til forskningsspørsmålene om hvordan helsesykepleiere utfører vekt- og høydemåling i 8. klasse, hvilken intensjon helsesykepleiere mener at målingene har, og hvilke erfaringer de har med å utføre målingene. Mine resultater viser at det er flere faktorer som vektlegges knyttet til disse spørsmålene. I dette kapittelet vil jeg se nærmere på studiens resultater og belyse det med valgt teori. Jeg har valgt å fokusere på de resultatene jeg mener er viktigst i studien, og derfor endret noe på resultatenes rekkefølge i drøftingen.

Helsesykepleiens overordnede mandat er å tilby en tjeneste som fremmer helsen primært overfor den gruppen i befolkningen som inngår i tjenestefeltene helsestasjon-, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018). I dette arbeidet er informasjon, brukermedvirkning og en stor grad av enighet og forståelse for tiltak og råd, av betydning for hvordan ulike tilnærminger og tiltak blir mottatt (Kvarme, 2007). Det er vanskelig å måle en direkte effekt av ulike helsefremmende tiltak. Det en kan se nærmere på, er hvordan det blir mottatt og forstått i befolkningen og hos helsetjenesten som skal utøve disse tiltakene (Swinburn et al., 2017).

Jeg ønsker å belyse hvordan tiltaket veiing og måling av ungdom er forankret og implementert i helsesykepleiers praksis. Først vil jeg se på dette gjennom hvordan de informerer ungdom og foreldre om tilbudet. Helsesykepleiernes informasjon om vekt- og høydemåling og hvordan de ivaretar dette tiltaket, vil jeg se i en sammenheng med hvordan målingene ble innført. Jeg vil også belyse informasjonen som gis til ungdom og foreldre i etterkant av målingene, og hva innholdet av denne informasjonen er.

Videre vil jeg se på hvilken betydning kropp, og holdninger til kropp har i utførelsen av vekt- og høydemåling i en helsefremmende hensikt. Til slutt vil jeg drøfte noen utfordringer helsesykepleierne har i arbeidet mot en mer helsefremmende praksis.

Resultatene vil bli drøftet under følgende overskrifter: Informasjon og utførelse i en helsefremmende hensikt. Hvordan påvirker dagens holdninger til kropp en helsefremmende tenkning. Utfordringer på veien mot en helsefremmende praksis.

6.1 Informasjon og utførelse i en helsefremmende hensikt

6.1.1 Betydningen av informasjon og forståelse for hensikten med vekt- og høydemåling

Helsedirektoratet (2019) skriver om god informasjon, gjennomføring av vekt- og lengdemåling, hvorfor dette gjøres, at det gjøres lett avkledd, eventuell oppfølging og at det er anbefalt for alle som rutine.

Pasient- og brukerrettighetsloven (2019, §3-5) skriver at informasjon skal være tilpasset mottakerens forutsetninger, og gis på en hensynsfull måte. Informasjon gis skriftlig og muntlig i forkant av utførelsen, og kan være med på å forberede ungdom og foreldre (Helsedirektoratet, 2019). Deltakerne i min studie oppgir å gi god informasjon om vekt- og høydemålingen både skriftlig og muntlig til foreldre og ungdommene på forhånd. Hvor lang tid i forveien informasjonen gis er ulik. Noen deltakere forteller at de gjør dette i starten av skoleåret, mens helsesamtalene ved vekt- og høydemåling foregår gjennom hele året. Andre deltakere oppgir at de gir informasjon et par uker før utførelse. En kan her tenke seg at det å gi generell informasjon kun ved skoleårets start kan føre til at denne informasjonen ikke blir husket senere i skoleåret. Folkehelseinstituttet ga i 2019 ut en systematisk oversikt over kommunikasjon om barns vektstatus til foreldre og barn (Ames et al., 2019). Her fant de at noen foreldre mente det var mangel på forhåndsinformasjon om når barna skulle veies, hvordan veiingen skulle foregå og hvordan/når tilbakemelding skulle gis. Barn/ungdom ønsket også å motta mer informasjon om dette på forhånd (Ames et al., 2019). Dette viser at det kan være ulikheter mellom helsesykepleieres oppfatning av god informasjon kontra foreldrenes og ungdommens.

Det kan være interessant å stille spørsmål ved om informasjonen som gis av helsesykepleierne ikke er godt nok uttrykt, om informasjonen kommer for tidlig, eller om informasjonen ikke blir oppfattet av foreldrene og ungdommene, er bakgrunnen for dette. Health Literacy, eller helseinformasjonsforståelse handler om hvorvidt en person evner å tilegne seg, forstå og bruke kropp- og helsekunnskaper (Jenum og Pettersen, 2014). Helsesykepleiere kan også overestimere kunnskapen den enkelte har om dette, noe som kan skape frustrasjon og ulik oppfatning hos den som mottar informasjonen kontra den som gir den (Jenum og Pettersen, 2014). Det kan også henge sammen med at dette tiltaket er en form for praksis som foreldre, og også den unge, enten er uenig i. I tillegg til at det ikke er sammenfallende med den øvrige praksisen til tjenesten, som i mindre grad har denne type «kontroller» av vekst etter småbarnsalderen.

Bakgrunnen for implementeringen og hensikten med vekt- og høydemåling kan også ha betydning for hvordan helsesykepleier gir informasjon om tiltaket. Da oppgaven i 2010 ble utvidet i henhold til hvor ofte og når barn og unge skulle veies og måles, ble dette gjort på bakgrunn av økt satsning på forebygging og behandling av overvekt og fedme (Helsedirektoratet 2010a). Studien viser at overvekt og fedme er de avvikene som oppleves mest vanlig, og at andre avvik har en tendens til å bli overskygget og glemt. At vekt- og lengdemåling på 8. trinn ble innført på bakgrunn av økt overvektproblematikk, kan synes å gi økt fokus på nettopp dette både hos helsesykepleierne og ungdommene, noe som igjen kan fungere mot sin hensikt.

Det vektlegges at målingene på 8.trinn gir en god mulighet for å samtale om hvordan pubertetsutvikling påvirker kroppen. I tillegg gir målingene svar på hvordan barnepopulasjonens vekstutvikling har vært, samt at de kan gi et grunnlag for evaluering og planlegging av forebyggende tiltak i barne- og ungdomsskolen (Helsedirektoratet, 2019). Ser en på formålene med vekt- og høydemåling på 8. trinn, kan en forstå det slik at de har en todelt hensikt, individuell og samfunnsmessig (Helsedirektoratet, 2019). Det individrettede formålet, med å fange opp eventuelle vekstavvik og å sette i gang tiltak, er ikke nevnt. I andre deler av retningslinjen blir dette likevel beskrevet som en viktig del av oppgaven (Helsedirektoratet, 2019). Dette kan tolkes som at tjenestens hovedmål er å veie og måle for å skaffe oversikt over utviklingen hos barn og unge, og i tillegg kunne flette disse målingene inn i en helsefremmende kontekst. Resultater av målingene vil dermed kunne danne bakgrunn for innholdet i en samtale.

Dette kan tolkes som at formålene med tiltaket har en sprikende og uklar hensikt. Deltakerne i min studie har i sin praksis fokus på forståelse og kunnskap om ungdommenes ståsted i den praktiske utførelsen. Kunnskapsgrunnlaget helsesykepleiere har om barn og unge og den enkelte elevs situasjon, fremstår som en viktig rettesnor for praksisutøvelsen (Helseth, 2007; Tetzchner, 2012). Clancy (2012, s.72) peker på viktigheten av at helsesykepleier kan se forbi tallfesting og standardisering. Hun mener dette innebærer en åpenhet hos helsesykepleier, som gir forståelse til å se personen bak kroppen (Clancy, 2012, s.72). Dette kan ses i sammenheng med resultatene av min studie, som finner at å fremme trivsel og livskvalitet hos den enkelte er det viktigste i møtet med ungdommen.

6.1.2 Gjennomføringen – ulik praksis kan påvirke den helsefremmende betydningen

Det å snakke generelt om kosthold og fysisk aktivitet som en del av helsesamtalen er en strategi i helsefremmende arbeid (Haugland, 2017). Min studie viser at dette gjøres kort som rutine sammen med vekt- og høydemåling og flere andre tema de skal gjennom i løpet av den 30 minutter lange samtalen (Helsedirektoratet, 2019). Ifølge retningslinjene skal det være fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid også ved normalvekt (Helsedirektoratet, 2010b). Hva dette innebærer kommer imidlertid i liten grad frem. Resultatene i min studie viser at det ikke gjøres noen videre oppfølging eller tiltak på individuelt nivå når elevene er innenfor normen. Det gjøres heller ingen tiltak på skolenivå. Dette kan tolkes slik at det i mindre grad oppfattes som nødvendig med sentrale helsefremmende tiltak angående kropp, kost og levevaner når kroppsvekt er innenfor normalområdet. Noen av deltakerne forteller at de kartlegger ungdommenes forhold til mat og kropp i større grad ved vektavvik. Dette kan tolkes som at når konkrete målinger blir gjort, vil disse målingene i stor grad være utgangspunktet for samtalsinnhold. Målinger i seg selv innebærer at en måles opp mot en normalskala (Helsedirektoratet, 2019). Dette forholdet synes å påvirke både ungdommen og helsesykepleier under samtalen i etterkant.

Det er ulikheter i hvor stor grad vekt- og høydemåling prioriteres i den pålagte helsesamtalen på 8.trinn. Når i helsesamtalen det gjøres og hvor mye tid som brukes på temaet er ulikt. De helsesykepleierne som tar det i begynnelsen av samtalen, opplever at de får bedre tid til å samtale rundt temaet. Noen av deltakerne leverer ut et skjema til ungdommene før helsesamtalen til utfylling. Det kan synes som at de som leverer ut et slikt skjema har en bedre innfallsvinkel til å samtale rundt temaet kropp og vekst, enn de som ikke bruker et slikt skjema. Helsedirektoratet (2019) skriver at det må vurderes om vekstkurven skal vises. Min studie viser at det varierer hvorvidt vekstkurven vises, og hva slags informasjon som gis om resultatet av målingen. Ved avvik knyttet til høyde gir deltakerne informasjon om dette til ungdommen og foreldrene og følger opp etter retningslinjens bestemmelser. Ved vektavvik er det større forskjeller. Noen av deltakerne gir informasjon til ungdommen om vektavviket bare dersom ungdommen selv tar det opp i samtalen. Andre tar det opp dersom avviket vurderes som «stort nok», og når det kliniske blikket og kartlegging av ungdommenes livsstil tas i betraktning. Noen tar det også konsekvent opp. Dette kan tyde på ulike praksis når det gjelder når og hvordan vektavvik tas opp direkte.

Det er i liten grad beskrevet i retningslinjene om helsesamtalen alltid skal romme det følsomme temaet som vekt er (Helsedirektoratet, 2019). Retningslinjen viser hvilke tiltak som skal gjøres ved ulike vektavvik. Det dreier seg om oppfølgingssamtale med foreldre og eventuelt ungdom, kontrollmålinger og eventuelt henvisning til lege eller spesialisthelsetjeneste ved behov (Helsedirektoratet, 2019). Det er samtidig beskrevet at KMI alltid bør ses i sammenheng med utseende og at fett- og muskelmasse også skal tas i betraktning (Helsedirektoratet, 2019). Dette vil innebære en skjønnsvurdering av den enkelte elev og av den enkelte situasjon. Det kan synes som om dette gjør at flere av deltakerne synes det er vanskelig å være sikker på om temaet vekt skal tas opp og når det skal gjøres tiltak videre. Etiske vurderinger og handlinger er en del av møtet mellom helsesykepleier og ungdommene, både bevisst og ubevisst (Fredriksen og Rognsaa, 2014, s.43). Å skulle vurdere ut fra retningslinjene om og eventuelt når temaet vekt skal tas opp, kan forstås som å være en etisk vanskelig situasjon som helsesykepleier må ta stilling til i det enkelte møtet. Fredriksen og Rognsaa (2014, s.46) mener helsesykepleiere kan bli stående i en vurderingsposisjon. Dette vil være vurderinger som i tillegg til å handle om regelverk og emosjonelle situasjoner, også handler om helsesykepleiers eget moralske og emosjonelle ståsted (Fredriksen og Rognsaa, 2014, s.46). Retningslinjen viser at barnet/ungdommen skal følges opp med kostholdsveiledning ved fallende KMI (undervekt). Ved overvekt eller fedme skal foreldrene og eventuelt barnet/ungdommen kalles inn til kartlegging- og veiledningssamtale (Helsedirektoratet, 2019). Det kan synes som om retningslinjene med denne beskrivelsen framstiller overvekt som mer utfordrende for ungdommen å ta stilling til kontra undervekt. Dette kan igjen gi føringer om at helsesykepleiere må utøve ekstra forsiktighet og vurderinger i møte med overvektige ungdommer i helsesamtalen.

Deltakerne i min studie er opptatt av at foreldrene reagerer ulikt på informasjon om deres barns vektstatus spesielt ved overvekt og fedme. De mener det derfor er viktig med god kartlegging av den enkelte for å kunne gi god, forståelig og støttende informasjon. En kan undre seg over om dette betyr at noen er for forsiktige i møte med foreldrene, og på denne måten ikke utfordrer foreldrene eller får frem en endring. Tidligere studier viser at helsesykepleiere er bekymret for ungdommenes og foreldrenes reaksjoner ved tilbakemelding om overvekt og fedme (Stalter, Chaudry og Polivka, 2010; O'Shea et al., 2013). Disse tankene bekreftes av flere av informantene i min studie. Selv om tidligere studier har vist at de fleste foreldre er positive eller nøytrale til at deres barn blir veid (Kubik et al., 2006;

Westwood et al., 2007; O'Shea et al., 2013; Toftemo, Glavin og Lagerløv, 2013), finner Ames et al. (2019) at foreldres reaksjoner på tilbakemeldinger om barnets vekt ofte er emosjonell.

Helsesykepleierne beskriver at de gjennom erfaring har lært hvordan de legger frem vektavvik for foreldrene på best mulig måte. Personlig tilbakemelding på telefon, faglig skjønn og bruk av retningslinjene som grunnlag for at de tar kontakt, beskrives som mest suksessfullt av noen. Helsedirektoratet (2019) skriver at det bør vurderes å gi muntlig informasjon i tillegg til skriftlig informasjon til foreldrene ved vekstavvik. Min studie viser at dette gjøres ulikt. Noen sender ut skriftlig informasjon, mens andre gir muntlig informasjon. Mange har erfaring fra oppstart av vekt- og høydemåling, og opplever det fortsatt som et sensitivt tema der det lett kan oppstå misforståelser. Bentsen og Hindhede (2014) finner i sin studie at motiverende intervju kan hjelpe foreldre til å akseptere barnas overvekt i større grad enn ved å kun gi informasjon om barnets måleresultater. Ames et al. (2019) ser også at motiverende intervju sammen med informasjon om vektavvik kan gjøre at foreldrene er mer fornøyde med helsesykepleiers støtte.

Deltakerne tilstreber å gi god informasjon både til ungdommene og foreldrene om det de finner som avvik. Likevel kan det virke som om forventninger til negative reaksjoner fra foreldre ved vektavvik kan gjøre det utfordrende å gi god nok informasjon. Dette kan ses i sammenheng med Folkehelseinstituttets rapport som viser at foreldrene etterspør mer informasjon også i etterkant av målingene (Ames et al., 2019). Det kan her være snakk om at informasjonen bør være utformet slik at den både treffer et informasjonsbehov og ivaretar det komplekse ved kropp og vekt. Deltakerne oppgir at foreldrene som regel er med på å sette i gang tiltak der de aksepterer barnets vektavvik. Dette felles grunnlaget forstås som viktig for å starte et endringsarbeid både for ungdommen det gjelder, for foreldre og for helsesykepleier.

Deltakernes opplevelse av usikkerhet rundt nytteeffekt kan ses på som en årsak til at vekt- og høydemåling utføres ulikt. Deltakerne mener vekt- og høydemåling i 8. trinn var en oppgave som ble tillagt dem, uten at myndighetene hadde noe klart svar på om dette er et tiltak som fungerer. De synes det er utfordrende at fagpersoner har ulik oppfatning knyttet til dette, og at fagrådene er motstridende til om det er bra å utføre vekt- og høydemåling eller ikke. Ikeda, Crawford og Woodward-Lopez (2006) påpeker viktigheten av å vite om måleprogram i skolen har effekt eller kan påføre utilsiktet skade før det implementeres. Det er gjort lite forskning på om det har noen funksjon utover å avdekke vekstavvik, samt at forskning i liten grad kan svare på om vekt- og høydemåling kan gi negative virkninger (Seierstad, 2006).

6.1.3 Betydningen av kunnskapsbasert tilnærming

Helsesykepleiere skal arbeide kunnskapsbasert i tjenesten. De skal ha en oppdatert faglig kunnskap innenfor arbeidsfeltet, samtidig som behovet til den enkelte bruker møtes (Glavin, 2007a, s.48) For å kunne gjøre dette må helsesykepleiere også kunne vurdere forskningsbasert kunnskap opp mot de nasjonale retningslinjene (Weum, Bragstad og Glavin, 2017). Weum, Bragstad og Glavin (2017) har sett på helsesykepleieres bruk av kunnskapskilder. Der finner de at nasjonale retningslinjer i stor grad blir brukt som kunnskapskilde i arbeidet.

Forskningsbasert kunnskap blir i liten grad brukt. Grunnlaget for dette var oftest mangel på tid og mangel på vurderingskompetanse av den forskningsbaserte kunnskapen. Flere av deltakerne i min studie trekker frem behovet for et kompetansesenter som kan gi støtte i faglige spørsmål. Weum, Bragstad og Glavin (2017) påpeker at et slikt senter vil kunne spille en stor rolle for kommuners kvalitetssikring av retningslinjer og prosedyrer.

Ifølge Vandvik (2009) er forskningsbasert kunnskap nødvendig i helsetjenesten for at beslutninger skal være pålitelige og at ressurser skal bli brukt best mulig. Samtidig er han klar på at det ved kliniske beslutninger aldri er tilstrekkelig med forskningsbasert kunnskap alene. Utøvers kompetanse, pasientens preferanser, gode kommunikasjonsferdigheter og evnen til å se helheten er også viktige faktorer (Vandvik 2009). Grimen (2009) mener man ikke uten videre kan beslutte hva som bør gjøres ut fra hva som har best dokumentert virkning.

Utøvernes ulikheter må tas i betraktning. Kompetente og faglig oppdaterte utøvere kan få til gode resultater selv om metodene som brukes har liten dokumentert effekt. Det viktigste er å finne metoder som utøveren føler seg bekvem med (Grimen, 2009). Min studie viser at vekt- og høydemåling, samt eventuell oppfølging blir gjennomført ulikt. Helsesykepleierne mener en av grunnene til dette er at retningslinjene er for generelle og utydelige, og at det er uheldig at hver kommune står ansvarlig for å lage egne prosedyrer. De ønsker at ungdom skal få det samme tilbudet over hele landet. Richter-Sundberg et al. (2015) hevder at å konstruere nye retningslinjer slik at de er fleksible nok til å passe i ulike kommuner, vil gjøre det enklere å legge til rette for implementering. Dette kan tolkes slik at det uansett retningslinjers ordlyd vil være nødvendig med en stor grad av fleksibilitet når det gjelder innholdet ved implementering av en retningslinje.

Dette kan reflektere Glavins (2007a, s.48) mening om at helsesykepleiere skal følge de vitenskapelige kravene, samtidig som den enkelte bruker må møtes der vedkommende er. Ved for spesifikke retningslinjer blir skjønnet mindre tilstedeværende, og praksisutøvelsen blir lite situasjonsrettet og individuell. Mine resultater viser at selv om kommunene har laget sine

egne prosedyrer, har deltakerne ulik tilnærming og gjennomføring også innad i kommunene. Dette viser en kontrast til ønsket om mer spesifikke retningslinjer. Det kan synes som skjønnets spiller en stor rolle. Ifølge Skjervheim (1996) kan ikke alt være fastlagt på forhånd i en relasjon. Selv om vekt- og høydemåling på 8. klassetrinn kan sees som en teknisk handling, foregår det i en kommuniserende kontekst mellom helsesykepleier og ungdommen. Deltakerne i studien gir uttrykk for at vekt- og høydemåling og spesielt oppfølging av overvekt og fedme er vanskelig å arbeide med. Det kan tenkes at ønske om tydeligere retningslinjer kan komme av en usikkerhet rundt å bruke det faglige skjønnets.

Helsesykepleieryrket bygger på sykepleiens grunnprinsipper med ivaretagelse og omsorg som to viktige områder (Glavin, Helseth og Kvarme 2007). Dette mener jeg også fremkommer i mitt materiale der det uttrykkes en omsorg for den enkelte, og en bekymring for hvordan helsesykepleiere gjennom standardiserte målinger skal ha en kvalitativ god tilnærming som ivaretar den enkelte elev. Noen av deltakerne forteller at dersom vektavviket er lite og ungdommene selv ikke sier noe om det, unngår de å gi informasjon om dette for å ikke pålegge ungdommen et vektavvik. Ungdomstiden er en periode i livet der utvikling og endring spiller en stor rolle (Tetzchner, 2012). Dette kan ses i sammenheng med Glavin (2007b) som mener at screening kan gi ubegrunnet uro hos ungdommen og foreldrene på grunn av overdiagnostisering og positive funn som ikke er reelle. Screening er omdiskutert som metode, og det er usikkert om man finner det man skal finne i slike undersøkelser (Glavin, 2007b). Helsesykepleiere skal likevel arbeide for at barn og ungdom ut fra egen situasjon og forutsetninger skal ha det så bra som mulig, ha god livskvalitet og god helse (Kvarme, 2007, s. 28). I Ottawacharteret defineres helsefremmende arbeid ifølge Lindstrøm og Eriksson (2015, s.39) som prosessen der mennesket istandsettes til å ha kontroll over egne avgjørende helsefaktorer slik at de får bedre helse og kan leve et produktivt og aktivt liv. Vekt- og høydemåling er et helsefremmende tiltak med mål om å påvirke faktorer hos den enkelte (Haugland, 2017). Ved å unngå å informere ungdommen om et vektavvik, fratrar man ungdommen retten til selv å ha kontroll over egne helsefaktorer. Dette kan tenkes å utfordre fordringen om en helsefremmende praksis. Kvarme (2007) fremhever empowerment og mestring som viktige faktorer for helsefremming hos ungdom. Helsesykepleiere har en sentral rolle innenfor dette arbeidet, blant annet ved å øke kunnskap, styrke og selvinnsikt gjennom helseopplysning og helsekommunikasjon. Ved deltakelse kan ungdommen og familien bedre kontrollere og løse utfordringer samt mestre egen helse (Kvarme, 2007).

6.1.4 Betydningen av tillit og relasjon versus informasjonsplikt

Både ungdom og foreldre skal ha helseinformasjon dersom barnet er under 16 år. Dersom unge mellom 12 og 16 år av gode grunner ikke ønsker at foreldrene skal informeres, skal dette respekteres. Likevel skal informasjon gis når det er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-4). Studiens resultater viser at når ungdommene ikke vil veie seg, blir dette ikke rapportert til foresatte. Deltakernes begrunnelse for at dette ikke blir gjort, er at det er et frivillig tilbud. De mener helsesamtalen har to hovedfunksjoner. Den ene å bygge tillit, den andre å gjennomføre den tekniske handlingen vekt- og høydemåling. God relasjon og å bygge tillit vektlegges her i større grad enn det å gjennomføre målinger av vekt og høyde. Dette sees som et valg mellom tillit og det å varsle om potensiell fare for helse. Fredriksen og Rognsaa (2014) beskriver tillit i helsesykepleiertjenesten som å være der for den som trenger det. Helsesykepleier ønsker å være der for ungdommen, men kan havne i en lojalitetsposisjon mellom ungdommen og foreldrene. Selv om helsesykepleier er der for ungdommen, er det nødvendigvis ikke gitt at en skal være mot foreldrene (Fredriksen og Rognsaa, 2014). Slettebø (2007) vurderer tillit som viktig i møte med ungdommen i skolehelsetjenesten. Hun mener helsesykepleier har en forpliktelse til å skape tillit, men samtidig et ansvar for å utføre de oppgavene som er forventet. Helsesykepleier er pålagt sine arbeidsoppgaver, men vekt- og høydemåling er et frivillig tilbud. Ungdommene er under 16 år, og foreldrene skal i utgangspunktet ha informasjon vedrørende barnets helse. Som Slettebø (2007) skriver, har ungdom mellom 12 og 16 år rett til å bli hørt, og hva som skal gis tilbakemelding om til foreldrene kan vurderes. Ved kraftig overvekt og fedme kan man likevel undre seg over om informasjon om at ungdommen ikke har ønsket å veie seg, kan være nødvendig å gi for at foreldrene skal kunne oppfylle foreldreansvaret. Slettebø (2007) sier helsesykepleiere må vurdere situasjonen og problemene ungdommen har, og at det er viktig å bruke skjønn. Dersom en ungdom med observerbar fedme ikke gjennomfører vekt- og høydemåling, kan en tenke seg at denne er i en situasjon der det bør vurderes at det likevel er et behov for hjelp og oppfølging. I retningslinjen står det at resultatene fra vekt- og høydemålingen skal gis foreldrene kort tid etter gjennomføring (Helsedirektoratet, 2019). Retningslinjen kan synes å være lite tydelig knyttet til om det skal gis informasjon også der ungdom ikke ønsker å gjennomføre målinger.

Clancy (2012, s.74) mener skjønnet er basert på klokskap og kompetanse. Et spørsmål som kan være interessant å stille her, er om vegring mot å gå videre med faktisk motstand mot veiing og måling også kan bunne i helsesykepleiers usikkerhet om utfallet. Normen om

positivt ladet helsefremmende arbeid vil her kunne kollidere med en større eller mindre grad av negativ helseatferd eller en ulik oppfatning av saken. Clancy og Svensson (2010) har studert relasjonelle forhold under helsesykepleierkonsultasjonen. De fant at helsesykepleiere mente de hadde et ansvar for å ta opp og være ærlige og åpne om vanskelige tema i konsultasjonene. Noen mente likevel dette var vanskelig på grunn av frykten for å bli avvist og for at relasjonen skulle svekkes. Både foreldre og ungdom som var med i studien, satte pris på at helsesykepleier var direkte i konsultasjonen. Samtidig kjente både foreldre og helsesykepleiere til foreldre som var misfornøyde med råd de hadde fått av helsesykepleier. Noen foreldre kjente til andre som hadde vært uærlige i konsultasjonene fordi de opplevde at det var forventet at de skulle gjøre ting på en bestemt måte. Å finne rett tilnærming krever en faglig kompetent helsesykepleier med god dømmekraft i den enkelte konsultasjon (Clancy og Svensson, 2010). Dette kan knyttes til resultatene i min studie, og man kan tenke at det å gi tilbakemelding når ungdommer ikke vil veie seg kan fremkalle ubehagelige situasjoner som setter konsultasjonens iboende tids- og innholdsmessige rammer på spill. Ved potensielle konflikter blir situasjonen mindre forutsigbar og kontrollerbar. «Helsesykepleierarbeid er relasjonsarbeid» (Clancy, 2015, s. 158). Helsesykepleier har en kontrollfunksjon med at hun utfører vekt- og høydemåling ut fra statlige retningslinjer som bekrefter normalutvikling eller finner avvik. På samme tid har helsesykepleier omsorgsblick, møter den enkelte på en ivaretagende måte og gir råd og veiledning ut fra gjeldende kunnskap. Tjenesten er anerkjent av foreldre (Clancy, 2015). En kan undre seg over om en viss unnlattelse i å ta opp dette også kan handle om en frykt for å miste anerkjennelsen tjenesten har.

6.2 Hvordan påvirker dagens holdninger til kropp en helsefremmende tenkning

Samtidig som antall overvektige i samfunnet har økt over de siste tiårene (Folkehelseinstituttet, 2017) har også fokuset på kropp og vekt fått større oppmerksomhet. Via ulike sosiale medier ser en blant annet daglig reklame for produkter for vektreduksjon, måltidserstatere, dietter og treningsrutiner som lover mirakuløse resultater på få uker. Mine resultater viser at kroppsbilde og kroppssyn er sentrale faktorer knyttet til vekt- og høydemåling på 8. trinn. I pubertetstiden endrer kroppen seg, noe Tetzchner (2012) beskriver påvirker ungdom i ulik grad. For noen går dette helt fint, mens andre bruker tid på å venne seg til disse forandringene (Tetzchner, 2012). Kvaem og Strandbu (2013) har forsket på kroppsidealer hos 17-åringer i ulike ungdomsgrupper. Deres studie viser at hvilket miljø man

tilhører har mye å si for hvor stort kroppspresset er. Samtidig ser de at muskler i ulik grad er viktig hos gutter, mens det hos jenter er viktig å være tynn med muskler og former på de rette stedene. (Kvalem og Strandbu, 2013). I min studie opplever deltakerne at jentene på 8. trinn ofte har dette kroppsidealet, mens guttene som regel ikke har kommet dit enda. Dette stemmer overens med Hvalstads (2005a) påpekning av at ungdom er opptatt av kropp og utseende, men at jenter som oftest strever mer enn gutter med dette i den tidlige ungdomstiden. Kvalem (2007) hevder forskning viser at kvinner er mer misfornøyd med kropp enn menn. Ofte beskrives dette gjennom opplevelse av overvekt. Kulturelle kroppsidealer kommer til uttrykk allerede hos små barn, og det ser ut til at det er en økning i negative holdninger til kropp og vekt i takt med økende alder (Kvalem, 2007). Helseesykepleierne i min studie forteller at vekt- og høydemåling i dette bildet kan være nyttig ved at normalvektige ungdommer som uttrykker at de er overvektige, kan få snudd denne oppfatningen i en samtale.

Mine resultater viser at fokuset som er på kropp kan synes å påvirke tilnærminga, samtalen og oppfølging i arbeidet med vekt- og høydemåling, selv om det kan være ubevisst.

Helseesykepleiere har et forhold til kropp både personlig og profesjonelt, og vil være farget av sitt kroppssyn. Deltakerne uttrykte at det av flere årsaker er enklere å håndtere avvik som er knyttet til høyde enn vekt. De mener høydeavvik har klare retningslinjer for hvordan de skal håndteres, og at de oftere er knyttet til forhold som ikke kan kontrolleres ved livsstilsendring. De oppfattes derfor som mindre ressurskrevende. I tillegg peker de på høydeavvik som mer ufarlig. Dette i kontrast til at høydeavvik oftere kan komme av en bakenforliggende sykdom (Helsedirektoratet, 2019). At vektavvik ses på som mer utfordrende, kan tenkes å være påvirket av kroppssynet. Likevel hevdet flere at deres syn og holdning til kropp og vekt- og høydemåling ikke ville komme til uttrykk i møte med ungdommen. Dette strider imot Knaben og Abrahamsen (2017) som hevder at «selvoppfatning har betydning for hvordan vi forstår og møter andre» (Knaben og Abrahamsen, 2017, s.353). Noen helseesykepleiere i min studie mener fokuset på kropp også handler om dem selv, og at holdningen og deres personlige meninger er med på å påvirke hvordan oppgaven utføres. Dette støttes også av Dahl, Clancy og Andrews (2014) sin studie om etiske problemstillinger og deres mulige påvirkning på den profesjonelle identiteten til helseesykepleiere. Deres funn indikerer at profesjonelle og personlig verdier er så tett knyttet sammen at det er umulig å dele dem i to enheter (Dahl, Clancy og Andrews, 2014). Deltakerne i min studie forteller også om holdninger fra omverdenen da vekt- og høydemåling på 8. trinn ble tatt i bruk. Ulike reaksjoner fra foreldre ved tilbakemeldinger om overvekt har påvirket flere av dem. En kan undre seg over om ikke

dette også er med på å forme holdningene til og utførelsen av vekt- og høydemålingen. Grimen (2009) mener et påtvunget tiltak som utøveren ikke føler seg komfortabel med, kan resultere i at utøvelsen bidrar til en negativ praksis. Altså kan negative holdninger til vekt- og høydemåling påvirke hvordan denne oppgaven ivaretas. Dette kan også ses i sammenheng med det som tidligere i oppgaven er diskutert knyttet til informasjon og utførelse. Deltakernes holdning til overvekt og fedme som noe vanskelig, kan bidra til å påvirke styrken og overbevisningen i informasjonen og hvordan vekt- og høydemåling utføres.

Clancy (2015) viser til Foucault som mener avvik fra det normale gjør at man må gi råd slik at den enkelte selv kan avgjøre om endringer må til for å komme innenfor det aksepterte. Ungdommene blir bedt om å stille seg inntil veggen for å få målt høyde, og de blir bedt om å stille seg på vekta for å få målt hvor tunge de er. Kroppen gjøres til gjenstand for et vurderende blikk og for konkrete målinger. Ifølge Merleau-Ponty (1994) er kroppen noe vi er og noe vi har. Hans tanke er at kropp og sinn er ett og ikke kan skilles. Det kan da forstås slik at når en ungdom blir vurdert til å ha et vektavvik, så handler dette ikke bare om det ytre, men også om det indre. Dette kan gi en forståelse av hvorfor det kan være utfordrende å være den som skal påpeke et avvik.

Helseth et al. (2017) viser i sin studie at helsesykepleieres egne holdninger kan bidra til at vekt er et vanskelig tema å samtale om. Tanker om at overvekt er selvpåført og at den overvektige bare kan ta seg sammen, spise mindre og trene mer, har streift flere. Disse tankene var ikke dominerende, men kan være en forklaring på hvorfor kropp og vekt er vanskelig å snakke om. Helsesykepleierne mener det ofte er enklere å se på undervekt som en del av et psykisk problem kontra overvekt, og har måttet arbeide med seg selv for å snu denne tankegangen (Helseth et al., 2017). I min studie uttrykker deltakerne at overvekt og spesielt fedme i stor grad handler om psykisk helse, og at det ofte er en kompleks problemstilling der det bør jobbes både med fysisk og psykisk helse.

6.3 utfordringer på veien mot en helsefremmende praksis

Resultatene i min studie viser at mangel på tid og ressurser ses som en negativ faktor i arbeidet med vekt- og høydemåling. De fleste gjennomfører oppgaven i skoleklasser de har ansvar for, men mener det bidrar til at tiden da ikke strekker til på andre områder. Noen sier at de ikke gjennomfører målinger hos alle elevene på grunn av tidsnød, og ser på dette som uetisk. De peker videre på at oppgaven ikke bare innebærer vekt- og høydemåling, men at det også er behov for oppfølging i etterkant ved vektstøt. Oppfølgingen ser de på som svært

tidkrevende og utfordrende, spesielt ved overvekt/fedme og undervekt. Da vekt- og høydemåling ble innført på 8. trinn, ble det gjort et intervju med daværende leder i landsgruppen for helsesykepleiere. Selv om det sentralt ble sett som positivt å starte opp med veiing og måling, var dette med krav om ressurser for å kunne gjøre et godt arbeid. Dette ble ikke tatt hensyn til hos myndighetene (Fuglehaug, Moe og Skjeggestad, 2011). Glavin (2007b) skriver at det er viktig å ha et oppfølgingstilbud når man gjennomfører en screening eller kartlegging. Deltakerne understreker at en god oppfølging og et arbeid man tror har virkning, er vanskelig med den tiden og de ressursene de per nå har tilgjengelig. Tidligere undersøkelser og forskning som har tatt for seg oppfølging av overvekt og fedme samsvarer med at oppfølging krever mye tid og ressurser (Larsen et al., 2005; Ikeda, Crawford og Woodward-Lopez, 2006; Stalter, Chaudry og Polvika, 2010; Morrison-Sandberg, Kubik og Johnson, 2011; Helseth et al., 2017). Det kan synes som om mangel på tid og ressurser gjør at arbeidet ikke blir utført slik som retningslinjene er tenkt. Noe som kan være med å påvirke om målet med retningslinjene uteblir. Dette kan det også ses som en etisk utfordring. Fredriksen og Rognsaa (2014, s.46) beskriver at å pålegges en slik oppgave uten ressurser til å følge opp, utfordrer helsesykepleierne. Dette gjelder både i form av helsesykepleiers forståelse og holdninger til hva som blir rett for ungdommene, og gjennom valg av handling (Fredriksen og Rognsaa, 2014, s.46).

Samtidig viser resultatene i min studie at oppfølgingsopplegg er svake og henvisningsmuligheter få. Dahl (2016) omtaler helsesykepleiere som generalister. Dette knyttes til å ha litt kunnskap om alt, avdekke ressurser og mestringsstrategier, samt ved behov henvise videre til spesialister (Dahl, 2016). Retningslinjene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten påpeker at helsesykepleier skal samarbeide med fastlege, barnevern og andre instanser (Helsedirektoratet, 2019). Deltakerne i min studie har få andre fagpersoner og instanser å samarbeide med ved vekstavvik. Vekt- og høydemåling på 8. trinn er markert i retningslinjen som en sterk anbefaling. Helsesykepleier og andre samarbeidende instanser er ikke rettslig pliktige å følge slike anbefalinger, men Helsedirektoratet presiserer at valg som avviker fra retningslinjene bør begrunnes godt (Helsedirektoratet, 2016). Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2018, §6) presiserer samtidig at skolehelsetjenesten skal inneholde helseundersøkelse og kartlegging knyttet til skjevutvikling. Flere av deltakerne trekker frem at de opplever at andre instanser som skal involveres ved ulike avvik, ikke følger opp i henhold til retningslinjene. Arbeidet stopper da ofte opp hos helsesykepleier. Dette mener de gjør vekt- og lengdemåling ufullstendig og noe nytteløst knyttet til det

individrettede formålet, samt at helsesykepleier blir stående igjen med et ansvar ut over sitt kompetanseområde. Det kan synes som helsesykepleierne er bevisst sitt kunnskapsgrunnlag. Dette bekreftes av Helseth et al. (2017). Glavin og Erdal (2018) trekker frem ulike faktorer som kan ha negativ påvirkning på tverrfaglig samarbeid. En av disse er å bli pålagt et samarbeid man selv ikke ser behovet for. I tillegg er oppfølging av vekstavvik et endringsarbeid som kan være ressurskrevende. Når man starter et tverrfaglig samarbeid, er det viktig å være bevisst egne holdninger til andre etater samt at fokuset og hva som skal oppnås i samarbeidet er klart (Glavin og Erdal, 2018). Det kan tenkes at en tydeligere forankring i kommunenes planarbeid, større kunnskap om hverandres kompetanse og tydeligere kommunikasjon knyttet til formålet kan ha en positiv innvirkning på det tverrfaglige arbeidet knyttet til vekstavvik. Glavin (2008) skriver at for å kunne hjelpe barn og familier på best mulig måte er det nødvendig med tverrfaglig samarbeid. Målet i tverrfaglig samarbeid er å sammen arbeide for å hjelpe den ungdommen/familien det gjelder, men også å utvikle ny, felles kompetanse og kunnskap som ikke en fagperson alene kan utvikle. På denne måten kan en komme tidligere inn med en bedre koordinert og kvalitetsmessig bedre hjelp til ungdommene og familiene. I tillegg styrker et godt tverrfaglig samarbeid hver enkelt tjeneste (Glavin og Erdal, 2018).

7.0 Avslutning

7.1 Oppsummering

I denne undersøkelsen har jeg ønsket å få svar på hvilken helsefremmende betydning helsesykepleiere mener vekt- og høydemåling på 8. klassetrinn har.

Studien viser at vekt- og høydemåling utføres ulikt i ulike kommuner og kollegaer imellom, og at informasjonen som gis til ungdom og foreldre både før, under og etter målingene, varierer. Det er verdt å merke seg at det blant annet ikke gis informasjon til foreldre når ungdom ikke ønsker å veie seg. Hvordan informasjon gis og hvordan målingene utføres synes å styres av de nasjonale retningslinjene, som legger stor vekt på bruk av faglig skjønn. Ulik tolkning og forståelse av bakgrunnen for og hensikten med tiltaket, synes å ha betydning for hvordan dette gjøres. På grunn av ulikheter i praktiseringen ønsker helsesykepleierne mer konkrete retningslinjer. Samtidig viser resultatene at det råder en viss usikkerhet om når det skal gripes inn å gjøre tiltak. Basert på resultatene i studien kan det synes som klarere prosedyrer, sammen med mer informasjons- og erfaringsdeling innad i kommunene kan være et hensiktsmessig forbedringstiltak, i tillegg til kunnskapsformidling knyttet til oppdatert forskning.

I retningslinjen for veiing og måling presiserer myndighetene at de nye tidspunktene for vekt- og høydemåling ble innført på bakgrunn av en økning i overvekt og fedme i landets barnepopulasjon (Helsedirektoratet, 2010a). Studien viser at helsesykepleierne har liten tro på at vekt- og høydemåling på 8. trinn har den effekten som ønskes på individnivå. Deltakerne mener det er vanskelig å hjelpe de som er overvektige til å gå ned i vekt, blant annet på grunn av manglende handlingsrom når det gjelder oppfølging. Helsesamtalen beskrives som vesentlig, og kan sammen med vekt- og høydemåling være verdifull. Dette ved at de blir kjent med ungdommens trivsel og levevaner, og får muligheten til å samtale om tema.

Undersøkelsen viser at holdninger til kropp i dagens samfunn og hos den enkelte synes å ha betydning i en helsefremmende tenkning, og at holdninger hos den enkelte helsesykepleier har innvirkning, selv om dette ofte er ubevisst. I tillegg kan den tenkes at holdninger fra omverdenen, foreldre og ungdommene selv har en innvirkning på helsesykepleiers utførelse og ivaretagelse.

Studien viser at helsesykepleierne ofte opplever å få en sekundærforebyggende eller behandlende rolle, idet oppfølging skjer der det allerede foreligger et vekstavvik. Deltakerne mener dette står i motstrid til fokuset de skal ha på sine arbeidsoppgaver når målet er at de skal arbeide helsefremmende og forebyggende. Dette forsterkes av resultater som viser at tid, ressurser og mangel på henvisningsmuligheter oppleves som utfordrende i det helsefremmende arbeidet. Det oppleves som uetisk å utføre vekt- og høydemåling uten å ha ressurser til et oppfølgingstilbud og at helsesykepleierne blir stående igjen med et ansvar ut over sitt kompetanseområde.

7.2 Videre forskning

Det er behov for mer forskning på det helsefremmende og forebyggende arbeidet rundt vekt- og høydemåling på 8. trinn. Denne studien er gjort i tre ulike kommuner. Det vil være behov for kartlegging av flere kommuner for å kunne si noe mer om likheter og ulikheter på landsbasis. Helsesykepleierne i denne studien mener at å flytte vekt- og høydemåling på 8. trinn til mellomtrinnet, eller eventuelt å tilføre en ekstra måling her vil kunne gjøre tiltaket mer helsefremmende. De hadde også forslag til alternative helsefremmende arbeidsmåter knyttet til kropp og vekst på 8. trinn. Dette er ikke tatt med i drøftingen på denne studien, på grunn av prosjektets problemstilling og omfang. Men det kunne vært spennende og studert også dette aspektet nærmere.

Resultater fra denne studien viser at helsesykepleiere har en overordnet mening om at den helsefremmende betydningen av vekt- og høydemåling på 8. trinn ikke er bra nok slik det utføres og ivaretas per nå. Det kunne vært interessant og undersøkt hvilken oppfatning ungdom selv har knyttet til dette. Hvilken betydning mener ungdom dette tiltaket har. Preges de av de samme opplevelsene, eller har de andre erfaringer.

Deltakerne i denne studien var helsesykepleiere. De opplever utfordringer i samarbeidet med andre fagpersoner og henvisningsinstanser ved oppfølging av overvekt og fedme. Det hadde også vært interessant å sett mer på dette fra deres perspektiv.

Referanser:

Akselbo, I. og Ingebrigtsen, O. (2015) Mødre til barn med overvekt – erfaringer og utfordringer, *Nordisk sygeplejeforskning*, 5(4), s. 453-463. Tilgjengelig fra: https://www.idunn.no/nsf/2015/04/moedre_til_barn_med_overvekt_erfaringer_og_utfordringer (Hentet: 06. januar 2020)

Ames, H. et al. (2019) *Mixed methods systematic review: Communication of children's weight status to parents and children: What is effective and what are the children's and parents' experiences and preferences?* Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/communication-of-childrens-weight-status-to-parents-and-children-rapport-2019.pdf> (Hentet: 20. februar 2020)

Antonovsky, A. (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion, *Health Promotion International*, 11(1), s. 11-18. doi: 10.1093/heapro/11.1.11

Beck, J. et al. (2012) Accuracy of self-reported height and weight in children aged 6 to 11 years, *Preventing chronic disease*, 9(6). doi: 10.5888/pcd9.120021

Bonde, A.H., Bentsen, P. og Hindhede, A.L. (2014) School nurses' experiences with motivational interviewing for preventing childhood obesity, *The journal of school nursing*, 30(6), s.448-455. doi: 10.1177/1059840514521240

Clancy, A. (2012) Dybden i et helsesøstermøte, i Thorsen, R., Mæhre, K.S. og Martinsen, K. (red.) *Fortellinger om etikk*. Bergen: Fagbokforlaget, s.63-83.

Clancy, A. (2015) Helsesøsterkonsultasjoner fra sidelinjen – et blikk på makt og kunnskap, i Kjær, T.A. og Martinsen, K. (red.) *Utenfor tellekantene. Essays om rom og rommelighet*. Bergen: Fagbokforlaget, s.145-159.

Clancy, A. og Svensson, T. (2010) Perceptions of public health nursing consultations: tacit understanding of the importance of relationships, *Primary Health Care Research & Development*, 11(4), s.363-373. doi: 10.1017/S1463423610000137

Dahl, B.M. (2016) Helsesøstertjenesten i et innovasjonsperspektiv, i Kvangarsnes, M., Håvold, J.I. og Helgesen, Ø. (red.) *Innovasjon og entreprenørskap*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 250-263.

Dahl, B.M, Clancy, A. og Andrews, T. (2014) The meaning of ethically charged encounters and their possible influence on professional identity in Norwegian public health nursing: a phenomenological hermeneutic study, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(3), s. 600-608. doi: 10.1111/scs.12089

Folkehelseinstituttet (2017) Overvekt og fedme, *Folkehelse rapporten – helsetilstanden i Norge*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/overvekt-og-fedme/> (Hentet: 24. april 2019)

Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2018) *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584> (Hentet: 07. april 2019).

Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste (1983) *Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1983-11-23-1779?q=forskrift%20om%20lovbestemt%20sykepleietjeneste> (Hentet: 15. april 2019)

Fredriksen S.D. og Rognsaa, R. (2014) Helsesøstres etiske praksisutfordringer i møte med ungdommer i ungdomsskolen, *Vard i Norden*, 34(4), s. 43-47. doi: 10.1177/010740831403400409

Fuglehaug, W., Moe, I. og Skjeggstad, M. (2011) Nekter å veie skolebarn, *Aftenposten*. Tilgjengelig fra: <https://www.aftenposten.no/norge/i/Ga19x/nekter-aa-veie-skolebarn> (Hentet: 08. april 2020)

Glavin, K. (2008) Det kommunale hjelpeapparatet, i Kvello, Ø. (red.) *Oppvekst. Om barn og unges utvikling og oppvekstmiljø*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 125-151

Glavin, K. (2007a) Kunnskapsbasert helsesøstertjeneste, i Glavin, K., Helseth, S. og Kvarme, L.G. (red.) *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe AS, s. 48-67.

Glavin, K. og Erdal, B. (2018) *Tverrfaglig samarbeid i praksis*. 4. utg. Oslo: Kommuneforlaget AS

Glavin, K. (2007b) Screening og strukturerte kartleggingsinstrumenter, i Glavin, K., Helseth, S. og Kvarme, L.G. (red.) *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe AS, s. 105-116.

- Glavin, K., Helseth, S. og Kvarme, L.G. (2007) Innledning, i Glavin, K., Helseth, S. og Kvarme, L.G. (red.) *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe AS, s. 13-14.
- Glavin, K. *et al.* (2014) Important periods of weight development in childhood: a population-based longitudinal study, *BMC Public Health*, 14(160). doi: 10.1186/1471-2458-14-160
- Green, J. *et al.* (2015) *Health promotion*. 3. utg. London: Sage publications, kap. 1, s. 1-54.
- Grimen, H. (2009) Debatten om evidensbasering – noen utfordringer, i Grimen, H. og Terum, L.I. (red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag, s. 191-222.
- Haavet, O.R. (2005) Er ungdom annerledes?, i Haavet, O.R. (red.) *Ungdomsmedisin*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 21-28.
- Halkier, B. (2010) *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Haugland, S. (2017) Skolehelsetjenesten – en unik posisjon, i Klepp, K.I. og Aarø, L.E. (red.) *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 329-343.
- Helsedirektoratet (2019) *Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon- og skolehelsetjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/skolehelsetjenesten-520-ar/helseundersokelse-og-helsesamtale> (Hentet: 20. februar 2020)
- Helsedirektoratet (2010b) *Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge> (Hentet: 05. april 2019)
- Helsedirektoratet (2010a) *Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/236/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-veiing-og-maling-IS-1736.pdf> (Hentet: 03. april 2019)
- Helsedirektoratet (2016) *Metoder og verktøy*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/metoder-og-verktoy> (Hentet: 05. april 2019)

Helseth, S. (2007) Sykepleiefaglig forankring, i Glavin, K., Helseth, S. og Kvarme, L.G. (red.) *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribes AS, s. 17-27.

Helseth, S. *et al.* (2017) Implementing guidelines for preventing, identifying and treating adolescent overweight and obesity – school nurses' perceptions of the challenges involved, *Journal of clinical nursing*, 26(23-24), s. 4716-4725. doi: 10.1111/jocn.13823

HUNT forskningscenter (2011) *Folkehelse i endring. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. HUNT 1 (1984-86) – HUNT 2 (1995-97) – HUNT 3 (2006-08)*. Levanger: Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, NTNU. Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/documents/10304/1130562/folkehelse-i-endring-huntrapport-2011.pdf> (Hentet 15. januar 2020)

HUNT forskningscenter (2020) *Selvopplevd helse, kroppsmasse og risikoatferd blant ungdommer i Nord-Trøndelag 2017-19*. (Helsestatistikk-rapport 1). Levanger: Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU. Tilgjengelig fra: https://www.ntnu.no/documents/10304/4902807/Delrapport1_Ung_HUNT4+_Mars2020.pdf/e7f7a922-906f-aa1c-9aed-4fa2d7bf14b9?t=1584711026088 (Hentet: 11. april 2020)

Hvalstad, M. (2005a) Jenter i et komplisert samfunn, i Haavet, O.R. (red.) *Ungdomsmedisin*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 77-81.

Hvalstad, M. (2005b) Gutter i et komplisert samfunn, i Haavet, O.R. (red.) *Ungdomsmedisin*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 82-85.

Hvidsten, I. (2012) Strid om veiing av barn i skolen, *Dagsavisen*. Tilgjengelig fra: <https://www.dagsavisen.no/innenriks/strid-om-veiing-av-barn-i-skolen-1.461384> (Hentet: 20. april 2019)

Ikeda, J.P., Crawford, P.B. og Woodward-Lopez, G. (2006) BMI screening in schools: helpful or harmful, *Health education research*, 21(6), s. 761-769. doi: 10.1093/her/cy1144

Ivareta (u.å.) *Det Norske Akademis ordbok*. Tilgjengelig fra: <https://naob.no/ordbok/ivareta> (Hentet: 10. april 2020)

- Jenum, A.K. og Pettersen, K.S. (2014) Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon?, *Sykepleien forskning*, 9(3), s. 272-280. doi: 10.4220/sykepleief.2014.0145
- Juliusson, P.B. *et al.* (2007) Overweight and obesity in Norwegian children: Secular trends in weight-for-height and skinfolds, *Acta pædiatrica*, 96(9), s. 1333-1337. doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00421.x
- Klepp, K.I, Stigen, O.T. og Aarø, L.E. (2017) Folkehelse og folkehelsearbeid blant barn og unge i Norge, i Klepp, K.I. og Aarø, L.E. (red.) *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. 4.utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 17-37.
- Knaben, Å.D. og Abrahamsen, G. (2017) Pedagogiske lederes yrkesstabilitet, *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 101(4), s. 353-363. doi: 10.18261/issn.1504-2987-2017-04-07
- Kubik, M.Y. *et al.* (2006) Parents of elementary school students weigh in on height, weight, and body mass index screening at school, *Journal of school health*, 76(10), s. 496-501. doi: 10.1111/j.1746-1561.2006.00147.x
- Kubik, M.Y. og Lee, J. (2014) Parent interest in a school-based, school nurse-led weight management program, *The journal of school nursing*, 30(1), s. 68-74. doi: 10.1177/1059840513485091
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervjuet*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvalem, L. I. (2007) Ungdom og kroppsbilde, i Kvalem, L.I. og Wichstrøm, L. (Red.) *Ung i Norge. Psykososiale utfordringer*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag AS, s. 33-50.
- Kvalem, L.K. og Strandbu, Å. (2013) Body talk – group specific talk? A focus group study of variations in body ideals and body talk among Norwegian youth, *Young*, 21(4), s. 327-346. doi: 10.1177/1103308813506147
- Kvarme, L.G (2007) Forebyggende og helsefremmende arbeid, i Glavin, K., Helseth, S. og Kvarme, L.G. (red.) *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe AS, s. 28-34.
- Kvello, Ø. (2008a) De mest betydningsfulle sosialiseringsarenaer og -agenter, i Kvello, Ø. (red.) *Oppvekst. Om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 155-190.

Kvello, Ø. (2008b) Jevnaldringer som sosialiseringssagenter, i Kvello, Ø. (red.) *Oppvekst. Om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s.233-255.

Larsen, L. *et al.* (2005) Childhood obesity: prevention practices of nurse practitioners, *Journal of the American academy of nurse practitioners*, 18(2), s. 70-79. doi:10.1111/j.1745-7599.2006.00105.x

Lien, N. og Klepp, K.I. (2017) Overvekt og fedme: Den tunge folkehelseutfordringen, i Klepp, K.I. og Aarø, L E. (red.) *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 255-270.

Lindstrøm, B. og Eriksson, M. (2015) *Haikerens guide til salutogenese. Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 38-45.

Ludwig, D. S. (2007) Childhood obesity – the shape of things to come. *New England Journal of Medicine*, 357(23), s. 2325-2327. doi: 10.1056/NEJMp0706538

Malterud, K. (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2017) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Merleau-Ponty, M. (1994) *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax Forlag AS.

Morrison-Sandberg, L.F., Kubik, M.Y. og Johnson, K E. (2011) Obesity prevention practices of elementary school nurses in Minnesota: findings from interviews with licensed school nurses, *The journal of school nursing*, 27(1), s. 13-21. doi: 10.1177/1059840510386380

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

Nordstrand, A., Fridlund, B. og Sollesnes, R. (2016) Implementation of national guidelines for the prevention and treatment of overweight and obesity in children and adolescents: a phenomenographic analysis of public health nurses' perceptions, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(1). doi: 10.3402/qhw.v11.31934

NSD (2018) *Personverntjenester*. Tilgjengelig fra:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html (Hentet 20. april 2019)

- NSF (2015) *Ekspert på livsstilsendringer hos barn*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2666986/17036/Ekspert-paa-livsstilsendringer-hos-barn> (Hentet: 20. februar 2020)
- Nutbeam, D., Harris, E. og Wise, M. (2010) *Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories*. Sidney: McGraw-Hill.
- O'Connor, D.P. og Gugenheim, J.J. (2011) Comparison of measured and parents' reported height and weight in children and adolescents, *Obesity*, 19(5), s. 1040-1046. doi: 10.1038/oby.2010.278
- O'Shea, B. *et al.* (2013) Weighing children; parents agree, but GPs conflicted, *Archives of disease in childhood*, 99(6), s. 543-545. doi: 10.1136/archdischild-2013-304090
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/> (Hentet 08. mars 2020).
- REK (2015) *Helseforskning*. Tilgjengelig fra: https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt?p_dim=34997&_ikbLanguageCode=n (Hentet: 20. april 2019)
- Ruyter, K. (2009) Innføring i forskningsetikk, *Medisin og helsefag*. Forskningsetisk bibliotek, De nasjonale forskningsetiske komiteer. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Innforing-i-forskningsetikk/Medisin-og-helsefag/> (Hentet: 10. april 2019)
- Richter-Sundberg, L. *et al.* (2015) Addressing implementation challenges during guideline development – a case study of Swedish national guidelines for methods of preventing disease. *BMC Health Services Research*, 15(1). doi: 10.1186/s12913-014-0672-4
- Samdal, O. (2017) Trivsels- og helsefremmende arbeid i skolen, i Klepp, K.I. og Aarø, L.E. (red.) *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 345-371.
- Seierstad, A. (2006) *Høyde og vektmåling av barn og unge*. (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 19/2006). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Tilgjengelig fra: https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2484115/K_Rapport_2006_19_Hoydevekt.pdf?sequence=4&isAllowed=y (Hentet: 04. april 2019)
- Skjervheim, H. (1996) *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug.

- Slettebø, Å. (2007) Etiske utfordringer i helsesøstertjenesten, i Glavin, K., Helseth, S. og Kvarme, L.G. (red.) *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe AS, s.35-47.
- Stalter, A.M., Chaudry, R.V. og Polivka, B.J. (2010) Facilitating factors and barriers to BMI screening in schools, *The journal of school nursing*, 26(4), s. 320-330. doi: 10.1177/1059840510368524
- Stoddard, S.A., Kubik, M.Y. og Skay, C. (2008) Is school-based height and weight screening of elementary students private and reliable?, *The journal of school nursing*, 24(1), s. 43-48. doi: 10.1177/10598405080240010701
- Swinburn, B.A. *et al.* (2011) The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*, 378(9793), s. 804-814. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60813-1
- Tetzchner, S. (2012) *Utviklingspsykologi*. 2. utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag, kap. 25, s. 679-701.
- Toftemo, I., Glavin, K. og Lagerløv, P. (2013) Parents' views when their preschool child is identified as overweight: a qualitative study in primary care, *Family practice*, 30(6), s. 719-723. doi: 10.1093/fampra/cmt056
- Vandvik, P.O. (2009) Evidensbasert medisin, uvurderlig verktøy for klinikere, i Grimen, H. og Terum, L.I. (red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag, s. 111-124.
- Wang, Z., Patterson, C.M. og Hills, A.P. (2002) A comparison of self-reported and measured height, weight and BMI in Australian adolescents, *Australian and New Zealand journal of public health*, 26(5), s. 473-478. doi: 10.1111/j.1467-842X.2002.tb00350.x
- Westwood, M. *et al.* (2007) Childhood obesity: should primary school children be routinely screened? A systematic review and discussion of the evidence, *Archives of disease in childhood*, 92(5), s. 416-422. doi: 10.1136/adc.2006.113589
- Weum, M., Bragstad, L.K. og Glavin, K. (2017) Hvordan helsesøstre bruker kunnskapskilder, *Sykepleien forskning*, 12. doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.64242
- World Health Organization (2017) Facts and figures on childhood obesity, *Commission on ending childhood obesity*. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/en/> (Hentet: 03. april 2019).

Zhou, X. *et al.* (2010) Validity of self-reported weight, height and resultant body mass index in Chinese adolescents and factors associated with errors in self-reports, *BMC Public health*, 10(1), s. 190. doi: 10.1186/1471-2458-10-190

Østerberg, D. (1994) Innledning, i Merleau-Ponty, M. *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax Forlag AS, s.V-XII

Vedlegg 1: Forespørsel til kommunens helseledelse

Forespørsel om tillatelse til å intervju helsesykepleier(e) i kommunen i forbindelse med forskningsprosjektet: «Helsesykepleiers ivaretagelse av vekt- og høydemåling på 8. klassetrinn.»

Jeg er student ved Norges arktiske universitet i Tromsø, og skriver mastergradsoppgave om helsesykepleiers ivaretagelse av vekt- og høydemåling på 8. klassetrinn. I den forbindelse har jeg behov for å intervju helsesykepleiere som arbeider med dette.

Både deltakere og arbeidssted er sikret anonymitet, og oppgaven er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste. Deltakere kan trekke seg fra studien underveis dersom de skulle ønske det.

Jeg ber med dette om tillatelse til å kontakte ledende helsesykepleier ved kommunens helsestasjon(er) for hjelp til å rekruttere helsesykepleiere til intervju.

Med vennlig hilsen

Hanne Kristine Lund

Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

UIT- Norges arktiske universitet

Vedlegg 2: Forespørsel ledende helsesykepleier

**Forespørsel om hjelp til å rekruttere deltakere til forskningsprosjektet:
«Helsesykepleiers ivaretagelse av vekt- og høydemåling på 8. klassetrinn».**

Jeg er student ved Norges arktiske universitet i Tromsø, og skriver mastergradsoppgave om helsesykepleiers ivaretagelse av vekt- og høydemåling på 8. klassetrinn. I den forbindelse trenger jeg å intervju helsesykepleiere som arbeider med dette. Jeg ønsker å intervju helsesykepleiere fra deres skolehelsetjeneste som arbeider i ungdomsskolen, og har erfaring med vekt- og lengdemåling i 8. klasse. Intervjuene vil foregå i grupper (fokusgruppeintervju), med 3-5 helsesykepleiere i hver gruppe.

Både deltakere og arbeidssted er sikret anonymitet, og oppgaven er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste. Deltakere kan trekke seg fra studien underveis dersom de skulle ønske det.

Vedlagt ligger informasjonsskriv om studien som kan deles ut til aktuelle deltakere. Jeg vil ta kontakt for tilbakemelding, og deretter sette sammen grupper og avtale tidspunkt og sted for intervjuene. Gruppene vil bli satt sammen geografisk, med deltakere fra samme kommune og/eller nabokommuner.

Med vennlig hilsen

Hanne Kristine Lund

Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

UIT- Norges arktiske universitet

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Deltakelse i forskningsprosjektet

«Helsesykepleiers ivaretagelse av vekt- og høydemåling på 8. klassetrinn».

Dette er en henvendelse til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke helsesykepleiers erfaringer med vekt- og høydemåling på 8. klassetrinn. I dette skrivet finner du informasjon om formålet med prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Hensikten er å kartlegge og få innsikt i helsesykepleiers tilnærming og arbeidsmåte ved vekt- og høydemåling i 8. klassetrinn. Herunder også hvilket syn og holdning de har til å skulle utføre oppgaven. Formålet er å få kjennskap til hvordan helsesykepleier ivaretar målingene, og hvilken helsefremmende betydning de mener målingene kan ha.

Undersøkelsen gjøres i forbindelse med min masteroppgave i helsesykepleierfag ved Norges arktiske universitet i Tromsø.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i studien da du er helsesykepleier og arbeider i skolehelsetjeneste på ungdomsskole. Du har også erfaring med vekt- og høydemåling i 8. klassetrinn. Dette informasjonsskrivet blir delt ut til deg med bakgrunn i tillatelse fra din arbeidsgiver kommunen og ledende helsesykepleier.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du takker ja til å delta, vil jeg kontakte deg for å avtale tid for intervju. Intervjuet vil foregå i en fokusgruppe, noe som vil si at det vil gjennomføres i en gruppe med 3-5 deltakere/helsesykepleiere. Det vil foregå som en samtale mellom meg og dere som deltakere, og vil vare i ca. 90 minutter. De andre deltakerne i gruppa vil være fra samme kommune, eventuelt nabokommuner. Jeg ønsker å bruke lydopptak under intervjuet for å sikre at jeg får med meg alt som blir sagt. Det vil også være tilstede en sekretær, for å ta notater under intervjuet.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan dine opplysninger oppbevares og brukes

Opplysningene om deg vil bare brukes til formålet som er beskrevet i dette skrevet.

Opplysningene behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Kun jeg, sekretær og de andre deltakerne i gruppa vil ha tilgang til ditt navn, og vil kunne relatere det du sier i intervjuet til deg. Alle deltakere vil ha taushetsplikt overfor hverandre og om det som sies i gruppa. I arbeidet med datamaterialet vil jeg bruke fiktive navn på deg og de andre deltakerne, og informasjon om dere vil anonymiseres. Dette vil også gjøres i notatene som tas under intervjuet. Lyddopptaket vil lagres konfidensielt. Du vil ikke kunne identifiseres i presentasjonen av resultatene.

Hva skjer med opplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Fokusgruppeintervjuene vil bli nedskrevet, bearbeidet og analysert i tilknytning til tidligere forskning og litteratur. Prosjektet skal etter planen avsluttes i mai/juni 2020. Lyddopptaket, notater og nedskrevne intervju vil etter endt studie bli slettet og makulert.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger, og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Opplysninger om deg behandles basert på ditt samtykke. Dersom du ønsker kan du også få lese det nedskrevne intervjuet.

På oppdrag fra Norges arktiske universitet i Tromsø har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvis du har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Hanne Kristine Lund, tlf: 92290708, epost: hlu006@post.uit.no

Veileder, Ellinor Beddari: epost: ellinor.beddari@uit.no

Personvernombud ved Uit, Joakim Bakkevold: personvernombud@uit.no

Jeg håper du finner studien interessant. Dersom du ønsker å delta må du signere vedlagte samtykkeskjema.

Med vennlig hilsen

Hanne Kristine Lund

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Helsesykepleiers ivaretagelse av vekt- og høydemåling på 8. klassetrinn», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. mai/juni 2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

(E-post)

(Telefonnummer)

Vedlegg 4: Personopplysningskjema

Personopplysningskjema for utfylling før intervju

Alder:

Antall års erfaring som helsesykepleier:

Antall års erfaring fra skolehelsetjeneste i ungdomsskole:

Erfaring fra en eller flere skoler:

Vedlegg 5: Intervjuguide

Intervjuguide

Individuelt skjema for samling av personopplysninger før oppstart:

- Alder
- Antall års erfaring som helsesykepleier
- Antall års erfaring fra skolehelsetjeneste ved ungdomsskole
- Erfaring fra en eller flere skoler

Presentasjon og gjennomgang av informasjon om studien og samtykke.

Innledningsspørsmål:

- Fortell kort om din erfaring med vekt- og høydemåling på 8. klassetrinn

Hovedspørsmål og hjelpespørsmål/oppfølgingsspørsmål

- **1. Hvordan utfører (tilnærming, selve målingen) dere vanligvis vekt- og høydemålingen?**
 - Hvor rutinemessig vil dere si arbeidet blir?
 - Hvilke situasjoner vil dere ut fra erfaring betegne som ikke rutinemessige/vanlige?
 - Hva er det som er spesielle situasjoner? Hva gjør dere da?
 - Hvilken informasjon gis i etterkant?
 - Gis det noen informasjon/veiledning der ungdommen er innenfor «normalen»?
 - Har dere utført noen tiltak i etterkant av målingene? Hvordan har dere eventuelt gjort dette?
- **2. Hvordan er målingene planlagt?**
 - Hvilken informasjon gis i forkant?
 - Når gjøres det?
- **3. Hva er deres tanker om vekt- og høydemåling i 8. klasse?**

- Hvilke tanker har dere til utførelsen av oppgaven?
- Hvordan kan holdningene være med på å påvirke utøvelsen?
- Hvordan opplever dere at ungdom forholder seg til målingene?
- Hvordan kan ungdommens forhold til målingen påvirke utførelsen?

- **4. Er det noen avvik som er vanskeligere enn andre å snakke om?**
- Hva er eventuelt vanskelig?
- Hvordan reagerer dere da?
- Hvordan påvirker det eventuelt samtalen

- **5. Hvor enig/uenig er dere i at dette er et viktig gjøremål, og hvorfor?**
- Hvilken helsefaglig intensjon har det?
- Hva er helsefremming for dere?
- Hva tenker dere er helsefremmende med dette tiltaket?
- Hvis ikke, hva må eventuelt til for at det skal ha en helsefremmende betydning?

- **6. Måling vs. klinisk blikk?**
- Hvilke erfaringer/tanker har dere om hva som er normal og akseptert kropp hos ungdom i dag?
- Hvilke variasjoner tillates?
- I retningslinjene for veiing og måling kommer det klart frem at hovedfokuset med å utføre vekt- og høydemåling i 8. klasse er å forebygge overvekt og fedme; hvordan opplever dere at målingene er med på å gjøre dette?
- Dårlig tid? Hvis dere hadde kunne styrt tida, hvordan ville dere brukt den?

Vedlegg 6: Svar fra NSD

1.5.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Helsesykepleiers ivaretagelse av vekt- og høydemåling på 8. klssetrinn

Referansenummer

768385

Registrert

05.08.2019 av Hanne Kristine Lund - hlu006@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

UIT – Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ellinor Beddari, ellinor.beddari@uit.no, tlf: 77660668

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Hanne Kristine Lund, hanne.k.lund@hotmail.com, tlf: 92290708

Prosjektperiode

02.09.2019 - 29.05.2020

Status

30.04.2020 - Vurdert

Vurdering (2)

30.04.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 26.04.2020.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 30.04.2020. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

14.08.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 14.08.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 29.05.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med

1.5.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)