

UiT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Helsevitenskaplige fakultet, RKBU Nord

Overvektproblematikk hos barn – ikke barnevernets bekymring?

En kvalitativ undersøkelse om forståelsen av barneverntjenestens rolle i overvektproblematikken hos barn.

—

Irmelin Kumaran Mortensen

Masteroppgave i Barnevern – november 2015

Veileder: Aina Aune Kane



Forord

I forbindelse med arbeidet rundt denne oppgaven er det flere jeg vil takke. Først og fremst vil jeg rette en stor takk til informantene mine som tok seg tid til å dele sine tanker og erfaringer i en hektisk hverdag, oppgaven ville ikke vært mulig uten dem!

Jeg vil også rette en stor takk til min veileder, Aina A. Kane. Du har hatt troen på prosjektet mitt, motivert meg og inspirert meg. All veiledning, råd og hjelp har vært uvurderlig i prosessen. Ikke minst vil jeg takke for at du har vært tålmodig og tilgjengelig, du har vært en stor støtte og trygghet gjennom denne perioden.

Jeg vil også takke venner og familie for deres tålmodighet, forståelse og støtte under oppgavens periode. Takk til Linn-Mari Karlsen og Per Kristian Sætre som har vært behjelpelig med gode råd og gjennomlesning mot innspurten av innlevering. En spesiell stor takk går til Iris Renate Harjo-Jensen, for alle diskusjonene og timene du har brukt på meg og oppgaven min, og ikke minst hjelpen med det engelske sammendraget. Oppgaven ville aldri blitt den samme uten deg, og alle bidrag er blitt satt utrolig stor pris på!

Tromsø, 2.november 2015

Irmelin K. Mortensen

Sammendrag

Formålet med denne undersøkelsen var å belyse forståelse av barneverntjenestens rolle i overvektproblematikken hos barn. Det ble gjennomført kvalitative forskningsintervju for å innhente synspunkter fra barnehage, skole, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og barneverntjenesten, og gjennomført en tematisert analyse. Resultatene viser at overvekt hos barn er bekymringsfullt, og ansett som en risiko for barns utvikling. Likevel mottar barneverntjenesten få bekymringsmeldinger om overvekt hos barn, noe som i stor grad skyldes usikkerhet knyttet til hvorvidt overvekt anses som omsorgssvikt. Det fremkommer en klar formening om at barneverntjenesten har fokus på overvekt i sakene de jobber med, men at barneverntjenesten ikke har tid til å drive generelt forebyggende arbeid.

Barneverntjenestens rolle i overvektproblematikken blir derfor ikke markant fordi instansene anser overvektproblematikk som forebyggende arbeid, men ikke barneverntjenestens som forebyggende instans. Begrunnelsen omhandler instansenes syn på barneverntjenesten; hvor mye de har å gjøre, at de har for lite ressurser og at de kun jobber med alvorlig problematikk. Det tyder på at det blir tatt hensyn til barneverntjenesten når instansene vurderer hvorvidt det er aktuelt å melde overvekt hos barn som bekymring.

Nøkkelord: Overvekt, Fedme, Barnevern, Barn, Beskyttelse.

Abstract

The purpose of this study is to illuminate which role the Norwegian child protection services has in regards to children's obesity issues. Semi-structured research interview were used to gather information from kindergarten headteachers, school principals, public service nurses and social workers in the Norwegian child protection service. Thematic analysis were used to analyse the interviews. The main findings were that obesity in children was viewed as worrisome, and considered a risk factor for the children's development. Despite the concerns, the child protection services receive few reports concerning obesity in children, which can be connected to whether or not childhood obesity is viewed as neglect. The child protection services were viewed as having a focus on obesity in the cases they work with, but they did not have time to engage in preventive work. Their role in children's obesity issue, is therefore not pronounced. The other services view work with childhood obesity as a preventative measures, but the child protection services are not known for working with preventative measures. The child protection services is viewed as being overworked, underfunded and that they only work with severe cases. This view indicates that other services take the child protection services workload and resources into account when they are considering reporting a concern regarding a child's obesity.

Keywords: Overweight, Obesity, Child Welfare, Child, Protection.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Avgrensning.....	1
1.2	Begrepsavklaring	2
1.3	Oppgavens disponering	2
2	Teori og tidligere forskning	4
2.1	Overvekt hos barn.....	4
2.1.1	Årsaker til utvikling av overvekt hos barn	5
2.1.2	Konsekvenser av overvekt hos barn.....	6
2.2	Velferdsstaten: risiko og forebygging	7
2.3	Barns rett til omsorg, utvikling og beskyttelse	9
2.3.1	Kommunens ansvar	11
2.4	Overvekt hos barn og barneverntjenesten	13
2.4.1	Overvekt hos barn og omsorgsovertakelse.....	15
2.4.2	Statlig inngripen i overvektproblematikk hos barn – hvor går grensen?	17
3	Metode	19
3.1	Et hermeneutisk og fenomenologisk perspektiv	19
3.2	Kvalitativ forskningsmetode og fremgangsmåte	20
3.2.1	Utvalg og rekruttering	20
3.2.2	Det intervjuforberedende arbeidet.....	21
3.2.3	Gjennomføring av intervju	23
3.2.4	Transkribering	25
3.2.5	Analyse.....	26
3.3	Etiske vurderinger.....	27
3.4	Reliabilitet og Validitet	29

4	Analyse og drøfting	31
4.1	Overvekt er bekymringsfullt og vurderes som risiko for barns utvikling	31
4.1.1	Konsekvenser av overvekt hos barn.....	33
4.2	Hvem har ansvar i overvektproblematikken hos barn?	36
4.2.1	Foreldre har hovedansvaret	36
4.2.2	I kommunen får helsesøster hovedansvaret	37
4.2.3	Har barneverntjenesten et ansvar?.....	39
4.2.4	Når helsesøster ikke når frem ender barna med ansvaret selv	42
4.3	Overvekt hos barn kan være meldingsgrunnlag, men det er vanskelig å bedømme om overvekt er omsorgssvikt	45
4.3.1	Er overvekt hos barn omsorgssvikt?	49
4.4	Barneverntjenesten har fokus på overvekt, men ikke tid til å jobbe forebyggende... 50	
4.4.1	Tas det hensyn til barneverntjenesten før det meldes?.....	56
5	Avslutning	58
	Litteraturliste.....	61
	Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i masterprosjekt	65
	Vedlegg 2: Intervjuguide barnehage, skole og helsesøster	66
	Vedlegg 3: Intervjuguide barneverntjenesten	68
	Vedlegg 4: Informasjon før intervju.....	70

1 Innledning

Overvekt- og fedmeproblematikk hos befolkningen har de siste årene vært et stort fokus både nasjonalt og internasjonalt. Tall fra 2013 viser at 42 millioner barn mellom 0 og 5 år er overvektige eller har fedme (WHO, 2014), og man ser at problematikken berører også de yngste i befolkningen. Overvekt og fedme hos barn kan føre til helserelaterede plager, men er også assosiert med psykiske og psykososiale vansker (Steinsbekk og Danielsen, 2010).

Kun fedme som fenomen eller mislykkede forsøk på å redusere fedme hos barn er ikke alene noe som angår barnevernet, men gjentakende feiling i endring av livsstil som skyldes unnvikende atferd hos foreldre kan indikere omsorgssvikt (Viner, Roche, Maguire og Nicholls, 2010). Formålet med denne oppgaven er derfor å sette søkelys på at overvekt hos barn kan indikere omsorgssvikt, og at barn har rett til myndighetenes beskyttelse etter FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20.november 1989 (heretter: barnekonvensjonen eller BK) artikkel 19. Videre skal myndighetene bistå foreldre i sin plikt som barneoppdragere (jf. BK art. 18).

Da fokuset på overvekt som tema ikke har hatt samme økte fokus i barneverntjenesten som på andre områder, vil kunnskap om forståelsen av barneverntjenestens rolle i overvektproblematikken være med på å si noe om hvorvidt dette er en bekymring som kommer til barneverntjenesten eller ikke. Oppgavens problemstilling er derfor: *"Hvilken rolle har barneverntjenesten i overvektproblematikken hos barn?"*

1.1 Avgrensning

Denne oppgaven har til hensikt å gi økt kunnskap om hvordan ulike instanser som jobber med barn, og barneverntjenesten selv, forstår barneverntjenestens rolle i overvektproblematikken hos barn. Problemstillingen søker å belyse de ulike oppfatningene og forventningene som ulike aktører har ovenfor barneverntjeneste på dette området. For å få innsikt i dette har jeg valgt å innhente synspunkter fra instanser som jeg anser som viktige for barn med overvektproblematikk, og datamaterialet er basert på intervju med barnehage, skole, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og barneverntjenesten.

For å besvare problemstillingen har jeg vektlagt å få en forståelse av synet på overvekt hos barn, og i hvilken grad overvekt blir ansett som bekymringsfullt. Videre et inntrykk av

forståelsen om ansvarsforholdet i overvektproblematikken hos barn, og innsikt i hvilke erfaringer som foreligger om overvektproblematikk og barneverntjenesten. Å belyse hvilken forståelse som foreligger rundt disse temaene kan gi et bilde av barneverntjenestens rolle i overvektproblematikken hos barn, og hvorvidt dette er en bekymring som kommer til barneverntjenesten.

1.2 Begrepsavklaring

Barn defineres som personer under 18 år (BK art. 1). Fordi tiltak etter lov om barneverntjenester av 17.juli 1992 nr. 100 (heretter: barnevernloven eller bvl.) kan treffes ovenfor barn under 18 år (jf. bvl. § 1-3), har jeg i denne oppgaven valgt å ikke skille mellom barn og ungdom. Barn i denne oppgaven referer derfor til personer under 18 år, med mindre annet er spesifisert.

I denne oppgaven har jeg valgt å forholde meg til begrepet *overvekt*. Verdens helseorganisasjon (WHO, 2015) har definert overvekt og fedme som det å ha unormalt eller overdrevet mye kroppsfett som kan føre til en helserisiko. Kroppsmasse indeks (KMI: kg/m²), er den mest vanlige måten å måle overvekt og fedme på, og sier noe om vekt i forhold til høyede. Etter WHO (2015) klassifiseres de med KMI på 25 og over som overvektig, og KMI på 30 eller høyere som fedme. KMI over 35 betegnes som alvorlig fedme, og KMI over 40 som sykelig fedme (Danielsen, 2014). I oppgaven har jeg valgt å ikke skille på overvekt og fedme, og begrepet overvekt referer til det å ha en KMI over 25 og inkluderer alle gradene av fedme med mindre annet er spesifisert. Begrunnelsen for dette valget er fordi jeg har hatt noen tanker om at forebygging i denne problematikken er viktig. Når et barn er klassifisert med fedme har det etter min mening allerede gått for lang om man ser det i sammenheng med det å gi rett hjelp til rett tid etter barnevernlovens § 1-1.

1.3 Oppgavens disponering

I neste kapittel er det presenter teori og tidligere forskning for å belyse problemstillingen; teori om overvekt, dets årsaker og konsekvenser. Selv om mine teoretiske innfallsvinkler på ingen måter er dekkende, vil det kunne gi et bilde av at overvekt kan ha årsaker som kan ha barnevernfaglig relevans. Jeg har videre valgt å redegjøre for velferdsstaten som risikoformidler og –forebygger. Det teoretiske grunnlaget for denne oppgaven har sin hovedvekt på hvordan juridiske rammene regulerer barnets rettigheter og barneverntjenestens

rolle i overvektproblematikken hos barn. Resterende teori er tatt med for å belyse, samt se på hva forskning sier om barnevern og overvekt, og i hvilke forhold som må være tilstede før bekymringen kommer til barneverntjenesten og hvorvidt overvekt er grunnlag for omsorgsovertakelse og inngripen fra statens side.

I kapitlet som omhandler metode har jeg presentert fenomenologien og hermeneutikken som de vitenskapsteoretiske perspektivene som ligger til grunn for utformingen av oppgaven. Videre har jeg redegjort for hvordan jeg har gjennomført datainnsamlingsprosessen, drøftet etiske vurderinger, samt sett på oppgavens validitet og reliabilitet.

I analysekapitlet har jeg presenter funn i mitt datamateriale, og drøftet det opp imot teori fra relevante juridiske og daglige kilder for å belyse oppgavens problemstilling. I avslutningskapitlet har jeg oppsummer hovedpoengene fra analysen og drøftingen og gitt en avsluttende diskusjon på oppgavens funn.

2 Teori og tidligere forskning

Med utgangspunkt i oppgavens problemstilling vil jeg her presentere teorigrunnlaget og noe av forskningen som tidligere er gjort på dette området.

2.1 Overvekt hos barn

Ved årsskifte til 2015 bestod Norges befolkning av 1.126.000 barn (SSB, 2015a). Ut i fra data som foreligger om vekstutvikling blant barn i Norge har det vært en økning i andelen av barn med overvekt og fedme de siste 30 årene. Helsedirektoratets undersøkelse i 2011 viste at om lag 16-17 % av 15 åringer hadde overvekt, hvor at 2-3 % hadde fedme. I 2012 viste barnevekststudien at 16 % av de på 8 år har overvekt, hvor 3,5 % av dem hadde fedme. De fant også at forekomsten av overvekt og fedme var hyppigere hos jenter enn hos gutter. Det er ikke funnet noen signifikant økning i forekomsten fra 2008 til 2012, noe som kan tyde på at vektøkningen blant barn og unge begynner å flate ut (Hovengen og Hånes, 2015). Til tross for at det har vært sett tendenser til at den gradvise vektøkningen har bremsset opp, finner en nylig publisert studie at det fortsatt er en økning hos den voksne befolkningen, og det er særlig hos de yngste økningen er størst (Jacobsen og Aars, 2015)

Normalområdet for KMI hos barn varierer, og derfor gjøres det kjønns- og aldersjusteringer hos barn fra 2 til 18 år. Da brukes betegnelsen iso-KMI når verdien gis i forhold til hva verdien tilsvarer hos voksne (Helsedirektoratet, 2010). Klassifiseringen av overvekt og fedme er bare veiledende og det må tas høyde for feil fordi det ikke skilles mellom vekt knyttet til muskler og fett. KMI som mål er derfor ikke er like god for alle (WHO, 2015), særlig gjelder begrensningene hos barn fordi de er forskjellige og vokser i ulikt tempo. Ekornrud (2012) viser til at det pågår diskusjoner knyttet til grenseverdiene for overvekt, og at kjennskap til det er viktig å ha med seg når man skal tolke KMI. Júlíusson, Roelants, Markestad og Bjerknes (2011) har i sin studie konkludert med at foreldres evne til å gjenkjenne overvekt hos egne barn er generelt dårlig. Undersøkelsen deres viser at kun 15 % av norske foreldrene kunne identifisere overvekt hos barna sine. Til og med en cut-of ved kun fedme, var det bare 50 % av foreldrene som anså barna sine som overvektig. Júlíusson et al. (2011) mener dette understreket behovet for å ha objektive kriterier, som for eksempel KMI, i oppfølging av barn.

2.1.1 Årsaker til utvikling av overvekt hos barn

Hovedårsak til overvekt og fedme er en ubalanse mellom energi som inntas og energi som brukes, og er knyttet til mat- og aktivitetsmønstre (WHO, 2015). Men vektøkningen er sammensatt og kan skyldes flere forhold som strukturelle endringer i samfunnet, personlige preferanser, samt psykologiske og fysiologiske faktorer (Helsedirektoratet, 2010). Genetisk sårbarhet spiller en stor rolle når det kommer til hvilke barn som utvikler fedme eller ikke. Likevel betyr ikke det at det er umulig å forhindre vektøkning og det er kun et fåtall barn som får fedme hvor årsaken skyldes sykdom alene (Danielsen, 2014).

En kombinasjon av uheldige kostholdsvaner og inaktivitet er de vanligste årsakene til utvikling av overvekt. Den totale andelen barn og ungdom som deltar i organiserte aktiviteter har vært synkende de siste 10 årene, og barn bruker i dag mer tid på stillesittende aktiviteter. Tall fra Statistisk sentralbyrå (2015b) viser at barn i alderen 9-15 år bruker 69 % av guttene og 32 % av jentene spiller et eller flere spill på pc eller tv hvert døgn, og at 24 % av 16-24 åringer bruker mer enn sju timer av daglig fritid på skjermtitting. Suglia, Duarte, Chambers og Boynton-Jarrett (2013) har funnet at det er en sammenheng med mye tv-titting og fedme hos 5 år gamle barn. Usunne kostholdsvaner er assosiert med økt energi og fettinntak, likevel er det ikke vist en signifikant sammenheng mellom energiinntak eller sammensetning av kosthold på utvikling av overvekt. Det eneste unntaket er inntak av sukkerholdig drikke. Bortsett fra dette er det sannsynligvis en kombinasjon av kosthold og andre faktorer som bidrar til økningen av overvekt hos barn (Helsedirektoratet, 2010).

Overvekt kan også være en reaksjon på psykologiske problemer og belastninger (Danielsen, 2014; Steinsbekk og Danielsen, 2010). Selv om barn med fedme sjeldent har spiseforstyrrelser, kan det ofte være forstyrret spiseatferd som kan være årsaken til vektøkningen. Barn med fedme har oftere emosjonelt styrt spising, noe som på sikt kan innebære en risiko for utvikling av spiseforstyrrelser (Danielsen, 2014). Det er også vist at unormalt spisemønster hos en av foreldrene kan føre til vektøkning hos barnet (Helsedirektoratet, 2010). Danielsen (2014) henviser også til studier som viser sammenheng mellom søvnmønster, fedme og økt risiko for at barn legger på seg. Selv om sammenhengen ikke er så stor, så viser det at manglende rutiner for søvn kan være en del av et større bilde der familier sliter med å etablere gode rutiner for en sunn livsstil. Foreldrenes rutiner og praksis av matinntak er også viktig for barnets vekst og utvikling. Foreldrene er viktige rollemodeller

for barn med tanke på kostholds og aktivitetsvaner, og sterk foreldrekontroll over matinntak hos barna med fedme er nødvendig for å forhindre ytterligere vektøkning. Det har også vist seg at foreldrenes oppdragerstil har innvirkning på barnas livsstil og vekt, hvor foreldre som er omsorgsfulle, sensitive og konsistente er forbundet med sunnere matvaner og mindre risiko for å utvikle fedme (Danielsen, 2014).

Det er funnet tendenser til sosiale forskjeller i forekomsten av overvekt og fedme. Det er en klar sammenheng mellom utvikling av overvekt og sosioøkonomiske forhold, og forekomst av overvekt og fedme er høyest i familier med lav sosioøkonomisk status (Helsedirektoratet, 2010). Helseatferd hos ungdommer viser seg også å være påvirket av sosioøkonomisk status, og ungdommer fra familier med lav status har høyere odds for å rapportere dårligere helse (Torsheim, Leversen og Samdal, 2007). Høyere utdanning hos foreldre er derimot forbundet med en mindre overvekts fremkallende livsstil (Kristiansen, Júlíusson, Eide, Roelants og Bjerknes, 2013). Det har også vist seg at barn av foreldre med høy inntekt eller høy utdanning er mindre inaktive enn barn av foreldre med lav inntekt eller lav utdanning (Ekornrud, 2012). Fedme har også vist seg arvelig dersom begge foreldre har fedme (Helsedirektoratet, 2010). I tillegg øker risikoen for at barna utvikler overvekt med færre søsken og om foreldrene har lavt utdanningsnivå (Júlíusson et al., 2010).

Helsedirektoratet (2010) påpeker at selv om ikke alle overnevnte faktorer er likeverdige og kan ha varierende effekt i utviklingen av overvekt hos barn, er det også viktig å vite at selv om årsaken er kjent, er det ikke alltid man kan gjøre noe med det fordi at problematikken ofte er sammensatt.

2.1.2 Konsekvenser av overvekt hos barn

Det er stor risiko for at barns overvekt vedvarer inn i voksen alder. Overvekt og fedme i barndommen er assosiert med høyere sjanse for fedme, for tidlig død og uførhet i voksen alder (WHO, 2015). Overvekt kan gi en rekke negative helsekonsekvenser av psykisk og fysisk art, og selv om hovedtyngden av følgetilstandene debutterer hos ungdom eller voksne, er det noen som kommer allerede i barneårene. Fedme gir risiko for utvikling av en rekke sykdommer som nedsatt glukosetoleranse, insulinresistens, diabetes type2, høyt blodtrykk, ugunstige fettverdier i blodet og hjerte- og karsykdom, og kan medføre dårligere psykososial funksjon (Helsedirektoratet, 2010). Steinsbekk og Danielsen (2010) påpeker at fedme har store psykososiale konsekvenser for barn, og viser til at fedme predikerer depresjon, øker

risiko for forstyrret spiseatferd, som igjen øker risikoen for utviklingen av spiseforstyrrelser. Det viser seg også at livskvaliteten reduseres i takt med økende KMI når man ligger over gjennomsnittsvekt. Schwimmer, Burwinkle og Varni (2003) finner at barn med fedme rapporterer om like dårlig livskvalitet som barn i kreftbehandling, og at tilleggslidelser i liten grad påvirker den rapporterte livskvaliteten. Det er mye stigma og fordømmelse knyttet til det å være overvektig, og det er rapportert at rundt om 35 % av overvektige barn blir utsatt for vektrelatert mobbing. Forskning viser også at fedme hos barn er assosiert med lav selvfølelse og dårlig kroppsbilde. I tillegg gir fedme økt risiko for sosioøkonomiske problemer i voksen alder (Helsedirektoratet, 2010). Helsedirektoratet (2011, s. 14) viser også at det er store økonomiske konsekvensene knyttet til vektrelaterte helseproblemer. Det vises til tall fra Danmark hvor det er beregnet at fraværsdager, førepensjoner og helsetjenester som er relatert til overvekt gir et totalt produksjonstap på 6,3 milliarder danske kroner årlig.

2.2 Velferdsstaten: risiko og forebygging

Sosialpolitikken dreier seg om de tiltakene staten setter i verk for å sikre befolkningen ved hendelser i livet som kan føre til at de mister sin velferd, og som yter bistand til de som har vært utsatt for ulike sosiale risikoer. Tiltakene henger sammen med de grunnleggende forestillingene om hva som er godt for mennesker: materielle behov som ernæring, søvn, varme, helse osv., men også behov knyttet til livskvalitet som selvrealisering, tilhørighet, opplevelse av fellesskap og kjærlighet. Hva som inngår i forestillingen om hva som er det gode liv er et produkt av kultur, og hva som inngår i sosialpolitikken er normative behov som profesjonelle, byråkrater eller politikere har definert som behov i en gitt situasjon (Halvorsen, 2010). Et sosialt problem blir derfor konstruert, og først akseptert når det berører mange og angår fellesskapet (Halvorsen, Stjernø og Øverbye, 2013). Det kan derfor betraktes som et ideologisk fenomen som gjennom helse-, utdannings- og sosialvesenet formidler normer for hva som er rett, normalt, friskt og verdt å trakte etter (Halvorsen, 2010).

For å måle velferd brukes objektive mål som inntekt, boforhold, arbeidsforhold, helse, sysselsetting, sosial kontakt, sikkerhet og fritidsbruk. I punkt 2.1.2 som omhandler konsekvenser av overvektproblematikken, berøres konsekvenser som oppleves som problematisk fordi det sier noe om hvordan barnas velferd kan bli påvirket (Halvorsen, 2010). Mik-Meyer og Villadsen (2007) viser til at velferdsstaten kan anses som et risikostyringssystem fordi det er skapt for å beskytte borgere fra fare. Men påpeker at risiko er

sosialt konstruert, hvor alt og ingenting kan anses som en risiko avhengig av hvordan man analyserer det som er farlig. Siden mange av samfunnsprosessene er styrt av risikooppfattelser, og det spesielle med risikooppfattelsen er at det er en kunnskapstype som ikke anses som fullstendig, men som er moralsk rotfestet og knyttet til forestillinger om fare. Det er moral og politikk som velger hvordan man skal handle ut i fra denne ufullstendige viten. Det handler om et spørsmål om hvilke risiko som er akseptabelt og uakseptabelt å handle ut i fra. Når samfunnet har felles verdier fører dette til felles frykt, og risiko formuleres som en beskyttelse av individet. Det er også med på å skape et bilde av idealborgeren, i dag med fokus på individualitet og selv-ansvar, og vi har juridiske systemer for å ansvarlig gjøre borgerne (Mik-Meyer og Villadsen, 2007).

Sosialpolitikken kan ses som et makt- og kontrollmiddel hvor; regulering av lovgivning, tilsyn og kontroll, bevilgning av penger og informasjon, kan innebære inngripen i menneskenes liv (Halvorsen, 2010). Befolkningens helsetilstanden bestemmes av en rekke miljø- og livsstilsfaktorer, og en helseskadelig livsstil oppstår når folk utsetter seg for flere negative faktorer samtidig. Dermed blir helsetilstanden et resultat av individuelle valg, men også samfunnsforhold, og myndighetenes mål om å forbedre folkehelsen har lett for å komme i konflikt med individets rett til frihet (Halvorsen, Stjernø og Øverbye, 2013). Glavin og Erdal (2013, s. 31) beskriver forebygging som det arbeidet som siktemål å redusere risikoen og fjerne faktorer som kan føre til at problemer oppstå. Den største forebyggende makten ligger hos staten, storting og regjering. Likevel er det kommunene som er de viktigste i organisert, forebyggende sosial- og helsepolitikk (Halvorsen, Stjernø og Øverbye, 2013). Tiltakene deles inn i tre hovedtyper av tiltak basert på hvilke risikofaktorer de retter seg mot: Universelle tiltak som retter seg mot alle, uavhengig av risikofaktor for å forhindre at skade eller uønskede tilstander skal oppstå. Selektive tiltak som retter seg mot grupper hvor det foreligger kunnskap om økt risiko for at det kan oppstå problemer hvor tiltak skal forhindre videre utvikling. Mens individuelle tiltak retter seg mot individer eller indikatorer på et problem, og hvor tiltak skal gi hjelp til mennesker med problemene (Glavin og Erdal, 2013).

Halvorsen, Stjernø og Øverbye (2013) trekker frem debatten om hvorvidt man skal bruke ressurser på forebygging og etiske problemer med dette. Uansett effekten et forebyggende tiltak har, er det et grunnleggende etisk spørsmål om hvilken grad staten bør prøve å påvirke hvordan innbyggernes liv skal leves. Statens beskyttende rolle ovenfor innbyggerne bærer preg av myk paternalisme som kan sammenlignes med hvordan foreldre beskytter barna sine.

Staten har tatt på seg ansvaret med å beskytte borgerne mot fare, styrke deres helse og gi dem omsorg. Likevel påpekes det at det forebyggende arbeidet sjeldent forbyr usunne eller helsenedbrytende levevaner, og derfor kan den som absolutt vil finne mange lovlige måter å leve et helsenedbrytende og kort liv på.

2.3 Barns rett til omsorg, utvikling og beskyttelse

I 2003 ble FNs barnekonvensjonen inkorporert i norsk lov, og er i dag en del av menneskerettsloven. Barnekonvensjonen fastslår i innledningen barnets spesielle rett til omsorg og hjelp, og nødvendigheten av at staten gir beskyttelse og hjelp til familier, slik at familiene selv kan påta seg sine forpliktelser i samfunnet. En av de mest sentrale prinsippene i konvensjonen er hensynet til barnets beste som er beskrevet i barnekonvensjonens artikkel 3 nr. 1 som sier at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn i alle handlinger som berører barn. Av Barnekomiteens generelle kommentarer nr. 14 (2013) (til art. 3) beskrives hensynet til å gjelde beslutninger, gjerninger, atferd, forslag, tjenester, prosedyrer og andre tiltak, men også mangel på eller unnlatelse av tiltak som retter seg mot barns helse, omsorg og utdanning. Haugli (2012) viser til et skille mellom grunnleggende behov som omsorg og beskyttelse, stabilitet og varige forhold til familien, kjærlighet og nærhet, og andre viktige behov som stimulanse, venner, voksnes grenser, ansvarsfølelse og mulighet til å frigjøre seg fra sine foreldre. Barnekomiteen påpeker også at hensynet til barnets beste skal forstås som både en individuell og kollektiv rettighet. Videre legges det vekt på å fremheve også ordlyden *skal*, og at dette pålegger staten en sterk juridisk forpliktelse, og at ordlyden *grunnleggende hensyn* viser til barnets spesielle situasjon med mindre mulighet til å føre en sterk sak for egne interesser (FN's Barnekomités generelle kommentar nr. 14, 2013).

Staten har forpliktet seg til å gi barnet den beskyttelsen og omsorgen som er nødvendig for barnets trivsel etter barnekonvensjonens artikkel 3 nr. 2. Barnekomiteen viser til at begrepene beskyttelse og omsorg må forstås i den forstand at det omhandler idealet om å sikre barnet velvære og utvikling, hvor trivsel omfatter grunnleggende materielle, fysiske, pedagogiske og emosjonelle behov, samt behov for kjærlighet og trygghet (FN's Barnekomités generelle kommentar nr. 14, 2013, para. 71).

Barnekonvensjonen artikkel 6 fastsetter barnets rett til liv, overlevelse og utvikling.

Konvensjonens artikkel 24 omhandler barnets rett til helse, og til å nyte godt av den høyest

opnåelige helsestandard. Staten har som følge forplikter til skal treffe tiltak blant annet for å bekjempe sykdom og feilernæring (jf. BK art. 24 nr. 2 c). Barnekomiteen skriver at:

”Feilernæring og sykdom som det er mulig å forebygge, er fortsatt de største hindringene for en virkeliggjøring av små barns rettigheter. Det å sikre at barna overlever og er fysisk friske har prioritet, men partene bes ha i erindring at artikkel 6 omfatter alle sider ved barnets utvikling” (FN’s Barnekomités generelle kommentar nr. 7, 2005, para. 10).

Men barnekomiteen påpeker også barnets rett til å kontrollere egen helse og kropp i samsvar med kapasitet og modenhet, noe som også krever forhold som gir like muligheter for alle til å oppnå høyest helsestandard. Selv om ikke artikkelen nevner foreldrenes ansvar, påpeker barnekomiteen at foreldre *bør ta hensyn til barns utviklende evner, gi dem næring, og beskytte og støtte barna slik at de kan vokse og utvikle seg på en sunn måte* (FN’s Barnekomités generelle kommentar nr. 15, 2013, para. 78).

Etter barnekonvensjonens artikkel 18 nr. 1 er det foreldrene som har hovedansvaret for å fremme barnets utvikling og trivsel, og påse at det utøves ut fra barnets interesse og behov. Forholdet mellom barn og foreldre reguleres i lov om barn og foreldre av 8.april 1981 nr. 7 (heretter: barnelova eller bl.), og foreldreansvarets innhold beskrives i lovens § 30 hvor en forsvarlig oppdragelse og forsørgelse vektlegges. Bendiksen og Haugli (2015) skriver at foreldreansvaret etter barnelova § 30 er en omsorgsplikt; til å dekke eller legge til rette for dekning av nødvendige materielle og åndelige behov hos barnet, og en bestemmelsesrett og – plikt; til å ta avgjørelser om personlige forhold. Barnet skal etter hvert som det blir i stand til å danne seg egen synspunkt inkluderes mer i avgjørelsene (jf. bl. § 31). Den barnet har fast bosted hos har ansvaret for den daglige omsorgen for barnet, noe som innebærer å dekke barnas behov for blant annet mat og klær, stell og pleie, og kontakt og nærhet (Bendiksen og Haugli, 2015).

Staten er pålagt å tilby bistand for å hjelpe foreldrene til å utføre foreldreansvaret (jf. BK art. 18), samt å fatte alle egnede tiltak for å beskytte barnet mot alle former for omsorgssvikt (jf. BK art. 19). Barnekomiteen viser til at dette i tillegg til å omhandle beskyttelse og omsorg etter konvensjonens art. 3, innebærer det også bistand til å opprettholde levekår som er nødvendig for barnets utvikling (FN’s Barnekomités generelle kommentar nr. 7, 2005, para. 10). I de tilfeller hvor barnet blir utsatt for omsorgssvikt som ikke kan avverges med andre tiltak, kan det med hensyn til barnets beste besluttes at foreldrene ikke lengre skal ha den daglige omsorgen for barnet (jf. BK. art. 9, nr. 1).

2.3.1 Kommunens ansvar

Foreldrene har hovedansvar for sine barn, men staten har også et ansvar, og ivaretagelsen av barn blir i dag supplert med kommunale tjenester. I denne sammenhengen vil jeg trekke frem kommunens ansvar i arbeidet med å ivareta disse rettighetene for barn, med fokus på barnehagen, skolen, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og barneverntjenestens forebyggende mandat ovenfor norske barn.

Som et resultat av samfunnsutviklingen har det offentlige påtatt seg store deler av barneoppdragelsen ved at barn tilbringer store deler av dagen i barnehage og på skolen. I 2014 gikk 90 % av alle barna i alderen 1 til 5 år i barnehage, og hvor 93 % av barna hadde avtalt oppholdstid på 41 timer eller mer per uke (SSB, 2015c). Fra det året barna blir 6 år og frem til det året de fyller 16 er skolepliktig alder, og i 2014 var det registrert i underkant av 619 000 elever på norske skoler (SSB, 2015d). På den måten ser vi at staten har påtatt seg en stor del av barns omsorg og utvikling, og kan ses som tiltak for å beskytte barns rettigheter etter barnekonvensjonen. Kommunen skal sikre at alle barn får tilbud om barnehageplass og skolegang, hvor barnehagen og skolen i samarbeid og forståelse med hjemmet, skal ivareta barna. Barnehagen skal etter lov om barnehager av 17.juni 2005 nr. 64 (heretter: barnehageloven eller bhl.) ivareta barnas behov for omsorg og lek, og fremme læring og danning som grunnlag for allsidig utvikling etter lovens § 1-1. Skolene skal etter lov om grunnskolen og den videregående opplæringa av 17.juli 1998 nr. 61 (heretter: opplæringslova eller oppl.) forberede elevene for verden og fremtiden gjennom opplæring og utvikling av kunnskap jf. lovens § 1-1.

Kommunen har ansvar for å tilby nødvendig helse- og omsorgstjenester, herunder helsestasjons- og skolehelsetjenester som en del av de helsefremmende og forebyggende tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24.juni 2011 nr. 30 (heretter: helse- og omsorgstjenesteloven) jf. §§ 3-1 og 3-2. Helsetjenesten har plikt til å yte tjenester i henhold til barns behov. Helsesøster som fagperson i helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal drive helsefremmende og forebyggende arbeid, herunder søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer, samt bidra til oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i folkehelsearbeid jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 3-3. Også barnehager, skoler har et slikt mandat jf. bhl. §§ 21 og 22, oppl. §§ 15-3 og 15-4, og helsesøster etter lov om helsepersonell m.v. av 2.juli 1999 nr. 64 (heretter: hpl.). §§ 32 og 33,

hvor de blir pålagt å være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra kommunens side. I lovtekstene er det helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten og barneverntjenesten som nevnes som de som kan gi tiltak. Dette pålegger alle et ansvar om å være på vakt, og videre også et ansvar for å agere innenfor de gitte rammene ved opplysningsplikten. Dette viser hvordan kommunen er bygd opp slik at samarbeid kan forekomme på tvers av tjenestene, og hvordan de profesjonelle også har et ansvar utenfor sitt eget arbeidsområde. Kommunikasjon og utveksling av informasjon mellom ulike instanser en forutsetning i et samarbeid (Glavin og Erdal, 2013)

Det siste beskyttelsesleddet for barn, er den kommunale barneverntjenesten som har et særskilt ansvar for å avdekke omsorgssvikt etter barnevernloven. Barnevernets ansvar starter der foreldrene ikke selv klarer å følge opp foreldreansvaret, og skal bistå barn og familier slik at barnet får det tilfredsstillende. Gjertsen (2007) skiller her mellom individuell og generell forebygging. Barnevernlovens formål er todelt. Bvl. § 1-1 første ledd omhandler det individuelle forebyggende arbeidet barneverntjenesten gjør daglig etter lovens kapittel 4 (jf. bvl. § 3-1 annet ledd). Arbeidet går i å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp og omsorg til rett til.

Bvl. § 1-1 annet ledd omhandler det mer generelle forebyggende arbeidet til kommunen om å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår. Lindboe (2011) skriver at bvl. § 3-1 første ledd omhandler barnevernet i vid forstand. Ansvar for å følge nøye med i de forhold barn lever under, og for å finne tiltak som forebygger omsorgssvikt og atferdsproblemer, er lagt til andre etater i kommunen. Likevel sier barnevernlovens § 3-2 noe om barnevernets rolle i sammenheng med andre offentlige instanser, og pålegger medvirkning til at barnets interesser ivaretas også av andre. Det vises videre til at barneverntjenesten skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når det kan bidra til å løse oppgaver etter barnevernloven. Her gis det eksempler på at dette kan innebære uttalelse, råd, deltakelse i planleggingsvirksomhet og samarbeidsorgan (jf. bvl. § 3-2). Denne delen av barnevernets mandat kan relateres til den generelle forebygging fra barneverntjenestens side.

Barn er et felles ansvar, og en del av beskyttelsen staten har rundt barna er knyttet til samarbeid og opplysningsplikt. I sammenheng med opplysningsplikten uttrykker Gjertsen (2007, s. 106) barnas behov på denne måten: *”Barn er helt avhengige av at noen ser, noen*

bryr seg og noen gjør noe med det de har sett, slik at de kan få hjelp når de trenger det". For at barnevernet skal kunne ivareta barns behov er de avhengig av informasjon av andre.

2.4 Overvekt hos barn og barneverntjenesten

Etter barnevernlovens § 6-4 annet ledd skal offentlig myndigheter av eget tiltak, og uten hinder av taushetsplikten kunne gi opplysninger til barneverntjenesten. Opplysningsplikten foreligger når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det forekommer andre former for alvorlig omsorgssvikt, eller når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker jf. barnevernlovens §§ 4-10, 4-11, 4-12 og 4-24. Opplysningene skal også gis etter pålegg fra barneverntjenesten jf. § 6-4 siste ledd

Kynø, et al. (2012) definerer omsorgssvikt som en situasjon som innebærer risiko for barnet; manglende evner hos omsorgspersonene til å møte barnets basale fysiske, emosjonelle, psykiske og/eller medisinske behov, samt mangel på tilsyn slik at barnet skader seg. Resultatet av omsorgssvikt kan være alvorlig svekkelse av barnets helse og utvikling. Killén (2009) beskriver at man kan skille mellom to former for følelsesmessig vanskjøtsel, hvor man kan relatere begge til overvektproblematikk hos barn. Det første er at foreldrene ikke engasjerer seg positivt i det ernæringsmessige, fysiske eller medisinske hos barnet, og at dette går hånd i hånd med de fysiske manglene i omsorgen. Det andre er at foreldrene tildekker de følelsesmessige manglene ved omsorgen ved overdrevent tilfredsstillelse av det ernæringsmessige. Killén (2009) skriver at foreldrene i disse tilfellene ikke evner å engasjere seg positivt i barnet eller til å prioritere barnets mest grunnleggende behov frem for egne.

Barnevernlovens § 4-10 omhandler vedtak om medisinsk undersøkelse og behandling. Dersom det er grunn til å tro at et barn lider av en livstruende eller annen alvorlig sykdom eller skade, og dersom foreldrene ikke sørger for at barnet kommer til undersøkelse eller behandling, kan fylkesnemnda vedta at barnet med bistand fra barneverntjenesten skal undersøkes. Her må det gjøres en vurdering om hvorvidt overvekt kan anses som *en livstruende eller annen alvorlig sykdom eller skade*, og hvor grensen går før man mener at foreldrene ikke ivaretar foreldreansvaret sitt ut i fra barnets interesse og behov på en forsvarlig måte jf. § 30 i barnelova. Medisinsk tvangsbehandling eller undersøkelse etter denne bestemmelsen er et inngrep i foreldreansvaret, men som ikke innebærer en omsorgsovertakelse. I forhold til denne paragrafen vil også barnets alder ha noe å si, da barn

som har fylt 16 år anses å ha selvbestemmelsesrett som voksen i medisinske spørsmål etter lov om pasient- og brukerrettigheter av 2.juli 1999 nr. 63, § 4-3 ledd b.

§ 4-11 i barnevernloven omhandler vedtak om behandling av barn som har særlig behandlings- og opplæringsbehov. Dersom foreldrene ikke sørger for at et funksjonshemmet eller spesielt hjelpetrengende barn får dekket særlige behov for behandling og opplæring, kan fylkesnemnda vedta at barnet skal behandles eller får opplæring med bistand fra barneverntjenesten. Ved dette punktet er det *særlig hjelpetrengende barn og særlige behov* som må vurderes, og det ligger til grunn at barnet må ha et behov utenfor det som er normalt. Vedtak etter denne paragrafen innebærer også en begrensning i foreldreansvaret, men heller ingen omsorgsovertakelse. Lindboe (2011) påpeker her at *spesielt hjelpetrengende barn* også omfatter barn med spesielle psykiske problemer, og ikke bare medisinske. Hvorvidt overvekt- og fedme problematikk kan gjøre et barn særlig hjelpetrengende eller om det utløser noen særlige behov for behandling er det som må ligge til grunn for en slik vurdering.

Viner et al. (2010) har etter gjennomgang av forskning foreslått et rammeverk for når overvekt blir grunnlag for å mistenke omsorgssvikt i praksis. De finner at det er flere forhold som må være til stede før man tenker at overvekt er en bekymring for barnevernet: 1) Barnet må være ekstremt overvektige, 2) ha økt i vekt til tross for intensiv kontakt med helse- og sosialtjenesten over flere år, 3) ha utviklet komplikasjoner relatert til fedme, og 4) fagpersoner må ha bekymringer for hvorvidt foreldrene handler til barnets beste. Videre viser de til at profesjonelles bekymringer vanligvis faller i to kategorier: bekymringer for barnets videre vektøkning og fedmerelatert tilleggs lidelser, og bekymringer om manglende evne hos foreldre for å møte barnets behov. I tillegg påpekes viktigheten av å skille mellom omsorgssvikt som en faktor i utviklingen (årsaken), av overvekt hos barnet, og en unnlatelse fra å handle når et barn er i risiko (oppretholdelse).

Kynø, et al. (2012) påpeker at vanskjøtsel sjeldent er et enkelt tegn eller et symptom, men et sammensatt bilde av ulike faktorer. I fagprosedyrer for helsepersonell oppgis en av symptomene for vanskjøtsel av barn å være *dårlig, manglende eller feil ernæring (over/undervekt)*. Det gis videre en beskrivelse av at inadekvat ernæring kan innebære overernæring som kan resultere i fedme til tross for at omsorgspersonene er informert og har fått kunnskap om barnets behov og farene med ekstrem overvekt (Kynø, et al., 2012). Viner et al. (2010) viser til at kun fedme eller mislykkede forsøk på å redusere fedme, ikke alene er

noe som er barnevernets ansvar. Men gjentakende feiling i endring av livsstil som skyldes unnnvikende atferd hos foreldrene, kan indikere omsorgssvikt. Fedme kan også være en del av et større problem, og det er essensielt å inkludere en systemisk evaluering av barnets liv (Viner et. al., 2010).

2.4.1 Overvekt hos barn og omsorgsovertakelse

Det er foreldrenes rett å få oppdra barna sine slik de vil (jf. BK 18 og bl. § 30). På lik linje er det deres plikt alltid å utføre oppdrageransvaret på en måte som er til sine barns beste (jf. BK art. 3 og bl. § 30). I forholdet mellom retten og plikten foreldrene har, blir det i noen tilfeller barnevernets oppgave å vurdere når foreldreferdighetene ikke er tilstrekkelige. Hvor grensen mellom godt nok og ikke tilstrekkelig går, er et normativt spørsmål fordi det må ses i sammenheng med foreldrene og det enkelte barnet, noe som innebærer skjønn.

Barnevernlovens § 4-12 første ledd legger noen grunnvilkår for omsorgsovertakelse for barn og anses bare som forutsetninger, og ikke nødvendigvis tilstrekkelig i seg selv. Annet ledd påpeker at vedtak bare kan treffes når det er nødvendig ut fra barnets situasjon, og dersom det ikke kan skapes tilfredsstillende forhold for barnet ved hjelpetiltak etter § 4-4 eller ved vedtak etter §§ 4-10 eller 4-11. I dette tilfellet er det særlig barnevernloven § 4-12 ledd a), b) og d) som er aktuelle.

§ 4-12 a) sier at vedtak om overtakelse av omsorgen for et barn kan finne sted dersom det er alvorlige mangler ved den daglige omsorgen som barnet får. Dette omhandler den delen av foreldreansvaret som er knyttet til barnets daglige omsorg etter § 30 i barneloven. Bendiksen og Haugli (2015) omtaler dette som alvorlige mangler i oppfyllelsen av barnets grunnleggende fysiske og psykiske behov, blant annet alvorlige mangler knyttet til kosthold og helsebehov. Ekspertutvalget beskriver dette punktet til å omhandle forsømmelse eller vanskjøtsel av barnet, og under punktet de kaller for ”fysisk omsorgssvikt” skriver at et eksempel på dette kan være: ”å ikke gi barnet tilstrekkelige mengder med og/eller tilstrekkelig ernæringsriktig mat”, og at dette er en av punktene som kan gå under § 4-12a (BLD 2012, s. 82). Lindboe (2011) viser til formuleringen *alvorlige mangler* og påpeker at dette forholdsvis må være en situasjon som er klart uholdbar, og at ikke et hvert avvik fra vanlige normer er tilstrekkelig.

§ 4-12 b) legger til grunn at overtakelse for omsorgen hos et barn kan vedtas dersom foreldrene ikke sørger for at et sykt, funksjonshemmet eller spesielt hjelpetrengende barn får

dekket sine særlige behov for behandling og opplæring. Bendiksen og Haugli (2015) viser til at bokstav b) kan ha en naturlig sammenheng til a). I tillegg til en nær sammenheng med barnevernlovens §§ 4-10 og 4-11, hvor dette er en løsning når undersøkelse og behandling etter nevnte paragrafer ikke er tilstrekkelig fordi det er behov for et mer langvarig tiltak for å ivareta barnets behov. Lindboe (2011) beskriver spesielt hjelpetrengende barn, som barn som har et særlig behov på grunn av påkjenninger det har vært utsatt for i familie eller miljø. Ekspertutvalget beskriver medisinsk omsorgssvikt som: *ikke å gi barnet somatisk, psykisk eller tannhelsemessig hjelp for å forebygge eller behandle vansker*” (BLD, 2012, s. 83). Hvorvidt man anser overvekt og fedme som en sykdom kan diskuteres, men ved en KMI på 40 benevnes tilstanden som en kronisk sykdom (Helsedirektoratet, 2010). Om et barn anses som særlig hjelpetrengende, eller å ha særlige behov, når de er overvektige blir noe man må ta stilling til i en slik sammenheng.

§ 4-12 d) legger til grunn at vedtak om omsorgsovertakelse kan treffes dersom det er overveiende sannsynlig at barnets helse eller utvikling kan bli alvorlig skadd fordi foreldrene er ute av stand til å ta tilstrekkelig ansvar for barnet. Lindboe (2011) beskriver dette til å omhandle foreldrenes evne til omsorg, ikke deres tilstand eller personlighetstrekk. Han peker også på at betegnelsen *overveiende sannsynlig* innebærer et strengt beviskrav. BLD (2012) viser til at bestemmelsens kjerneområde knytter seg til psykisk utviklingshemming, alvorlige personlighetsforstyrrelser og alvorlige rusproblemer. Likevel viser Bendiksen og Haugli (2015) til Rt. 2005 s. 624, at manglende evne til samarbeid med hjelpeapparatet kan anses som at foreldrene er ute av stand til å ta tilstrekkelig ansvar når det er en del av barnets omsorgsbehov. Høyesterettssaken omhandlet et funksjonshemmet barn, hvor det ble lagt vekt på at det var morens holdning som hadde hindret at barnet hadde fått dekt sine omsorgsbehov i tråd med barnets beste. Her var ikke morens generelle omsorgsevne som manglet, men at det var hennes holdning og kravene til barnets hjelpebehov over tid som ble lagt til grunn for den fremtidige omsorgsevnen. Høyesteretten konkluderte derfor med at vilkårene etter barnevernloven § 4-12 første ledd a) og d) var oppfylt (Bendiksen og Haugli, 2015). Selv om barnet i denne saken var funksjonshemmet, tenker jeg at dette er et tilfelle kan forekomme med et barn som er alvorlig overvektig også. Spørsmålet vil her være hvorvidt overvekten innebærer alvorlig skade for barnets utvikling og helse. I tillegg til et spørsmål om hvor grensen mellom foreldrenes tilstrekkelighet og utilstrekkelighet går i når det kommer til foreldreansvaret. En sak med et overvektig barn gjør det kanskje ikke like lett å trekke opp en

linje mellom godt nok og ikke tilstrekkelig, som når barnet har en fastsatt diagnose eller et godt dokumentert hjelpebehov.

Lindeboe (2011) skriver at vilkåret i § 4-12 første ledd er formulert slik det er tilstrekkelig med en nåtidsvurdering i den aktuelle omsorgssvikten, men at paragrafens andre ledd også sier noe om at det må gjøres en fremtidsvurdering før vedtak fattes.

2.4.2 Statlig inngripen i overvektproblematikk hos barn – hvor går grensen?

I norske nettaviser finnes det påstander om at det i 2007 ble fattet vedtak om omsorgsovertakelse for et barn på grunn av fedme (Deila, 2007; Eikesdal, 2011), likevel finner jeg ikke fylkesnemndssaken på dette tilfellet. Imidlertid viser det seg at en kommune i 2013 begjærte omsorgsovertakelse for ei jente på 8 år med alvorlig overvektproblematikk på grunn av manglende regulering av kosthold og fysisk aktivitet, og hvor barnevernlovens § 4-12 første ledd bokstav a) ga grunnlag for vedtak og barnet ble plassert i fosterhjem (FNV-2013-292-OPP).

Som et resultat av økningen i alvorlighetsgraden av fedme og utbredelsen av sykdommer forbundet med fedme blant barn, blir domstoler og lovgivere møtt med spørsmål om hvorvidt og når inngrep er hensiktsmessig for å hindre medisinsk forsømmelse. Mitgang (2011) har med utgangspunkt i rettslige meninger, og juridiske og medisinske kommentarer, funnet at intervensjon kun er garantert når det er nødvendig å forhindre kortsiktig tap av liv, eller avverge en nåværende risiko for alvorlig skade. Siden overvekt, uansett alvorlighets grad, kan være skadelig, foreslår hun det bør foreligge en saksspesifikk analyse for å rettferdiggjøre statlige inngrep. Hun mener hovedfokuset i vurderingen bør ligge på alvorlighetsgraden av barnets tilstand. Videre burde man vektlegge barnets respons på behandling, og gjøre en helhetlig vurdering av barnets fysiske og mentale helse. Hun mener også at noen tilfeller vil kreve en vurdering av risikoen barnet har for å forbli overvektig, og den fremtidige helserisikoen dette medbringer.

Hilberdink (2014) har i sin masteroppgave sett på hvilke statlig intervensjon som kan være etisk begrunnet, og hvilke tilfeller statlig intervensjonen bør rette seg mot. Årsaken til overvekt hos barn ligger ikke bare hos foreldrene på individ nivå, men også miljømessige faktorer på samfunnsnivå. Han mener derfor det er etisk urettferdig og juridisk upraktisk å belaste foreldrene med forsømmelse, selv om overvekt kan anses som omsorgssvikt. Han tar utgangspunkt i myk og hard paternalisme foreslår en retningslinje for å skille mellom etiske

og uetiske former for statlig intervensjon. Hilberdink (2015) konkluderer med at inngripen kun på bakgrunn av overvekt er uetisk. Hard paternalistiske tiltak bør kun iverksettes i svært sjeldne og ekstreme tilfeller av overvekt, hvor foreldrene er lite samarbeidsvillig og det er mistanke om umiddelbar fare for barnet.

Varness, Allen, Carrel og Frost (2009) mener at barn med fedme kan plasseres utenfor hjemmet når følgende tre forhold er til stede: 1. høy sannsynlighet for at en alvorlig overhengende fare vil oppstå, 2. en rimelig sannsynlighet for at tvangstiltak vil føre til effektiv behandling, og 3. fravær av andre alternativer for å løse problemet. De påpeker at det ikke bare er graden av overvekten det må tas hensyn til for å vurdere om alvorlighetsgraden utgjør en fare, men også om det er andre forhold. De påpeker selv at det er svært få tilfeller hvor alle tre kriteriene er oppfylt, da særlig med tanke på punkt 3, men at det i disse begrensede tilfellene kan kreve tvunget behandling utenfor hjemmet for å beskytte barnet mot permanent skade.

Sjaaeng (2013) har i sin masteroppgave sett på barns rettslige vern mot overvekt og fedme. Hun viser til ulike lovverk, rettspraksis og fylkesnemndssaker, og konkluderer med at barn har rett på vern mot overvekt og fedme både fra sine foreldre og staten. Men påpeker at foreldre kanskje ikke vet hva som inngår i foreldreansvaret etter barnelovs § 30, og at manglende sanksjoner som for eksempel et tydelig erstatningskrav, er med på å svekke dette vernet. Hun knytter statens ansvar for vern på dette området opp mot BK art. 24, ved regulering av tilgjengelighet og markedsføring av ernæringsfattig mat ovenfor barn. Videre har hun sett på mulighetene for tiltak etter barnevernlovens kapittel 4, hvilke virkinger tiltakene kan ha sett opp mot hva rettspraksis og fylkesnemndssaker vektlegger i slike tilfeller. Det hun finner er at hjelpetiltak etter § 4-4 på mange områder ikke er tilstrekkelig, eller at mulige tvangstiltak etter denne paragrafen ikke anses som særlig effektive i forhold til problematikken. I forhold til § 4-12 ser hun at tiltak kan være egnet for å verne barn mot overvekt og fedme, men at rettspraksis og fylkesnemnds praksis tilsir at det må være utviklet fedme eller belastningsskader for å treffe vedta omsorgsovertakelse. Samlet sett anser derfor ikke Sjaaeng (2013) barns rettslige vern mot overvekt og fedme som tilstrekkelig.

3 Metode

”Metode er en systematisk måte å undersøke virkeligheten på” (Halvorsen, 2008, s. 20). Det er derfor viktig å ta stilling til hvilken metode man skal benytte seg av for å samle inn ønskede data. Formålet med denne undersøkelsen er å se på hvordan ulike instanser forstår barneverntjenestens rolle i overvektproblematikken hos barn. Her har jeg redegjort for hvordan jeg har brukt kvalitativ metode for å besvare problemstillingen. Jeg har også drøftet etiske vurderinger ved oppgaven, samt sett på oppgavens validitet og reliabilitet. Men helt først har jeg valgt å starte med en kort presentasjon av fenomenologien og hermeneutikken som de vitenskapsteoretiske perspektivene som ligger til grunn for utformingen av oppgaven.

3.1 Et hermeneutisk og fenomenologisk perspektiv

Når man skal undersøke et fenomen vil det være en fordel å ha et vitenskapsteoretisk perspektiv liggende i grunn. Dette fordi vil kunne danne et utgangspunkt for den forståelsen forskeren utvikler (Thagaard, 2013). Jeg vil derfor her kort presentere det hermeneutiske og fenomenologiske vitenskapssyn, og si noe hvilke innvirkning disse hatt for oppgaven.

Hermeneutikken er opptatt av å forstå en handling ved å undersøke hvilke intensjoner som ligger bak (Halvorsen, 2008). Man fremhever betydningen av å fortolke disse handlingene gjennom å søke et dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart er innlysende (Thagaard, 2013). Dette perspektivet representerer de delene av oppgaven som bærer preg av min forforståelse og de fortolkninger jeg har gjort gjennom forskningsprosessen. Hermeneutikken viser til at forskeren ikke bare er tilskuer i forskningsprosessen, men også en deltaker med subjektive verdier som virker inn (Halvorsen, 2008). Dette ser jeg som særlig gjeldene når det kommer til oppgavens valg av tema, spørsmål i intervjuguide, bruk av teori, og oppgavens drøfting av problemstilling opp mot analysen.

I utformingen av intervjuguiden og analysen var det fenomenologiske perspektivet som ble mest fremtredende. Innenfor fenomenologien vektlegger man den subjektive opplevelsen av et fenomen, og forstår fenomener på grunnlag av de perspektiver og erfaringer informantene har (Thagaard, 2013). Et fokus i denne prosessen har vært informantenes opplevelse av overvekt hos barn, og hvilke erfaringer og tanker de har om barneverntjenestens rolle i overvektproblematikken. Det er informantenes forståelse med bakgrunn i dette som har dannet datagrunnlaget i oppgavens analyse.

Kritikk av de valgte vitenskapsteoretiske perspektivene knytter seg til at resultatet i stor grad bærer preg av subjektivitet, og at resultatet derfor ikke er med på å finne den ene og sanne mening (Kvale og Brinkmann, 2015). Fortolkning trekkes likevel frem som betydningsfullt fordi det kan gi en dypere forståelse av et sosialt fenomen (Thagaard, 2013).

3.2 Kvalitativ forskningsmetode og fremgangsmåte

Kvalitativ metode er en tilnærming som prioriterer en helhetlig og fortolkende analyse av et fenomen, hvor det er informantenes forståelse og perspektiver som vektlegges (Svartdal, 2009, s. 139). Siden jeg var interessert i å finne ut hvordan ulike instanser som jobber med barn oppfatter overvektproblematikken hos barn, og deres erfaringer og tanker om barnevernets rolle i problematikken, valgte jeg kvalitativ metode. En kvalitativ tilnærming vil gi muligheten til å oppnå en forståelse av informantenes syn på overvekt hos barn, og en innsikt i deres erfaringer om barnevernets rolle i denne problematikken. Metoden bærer stor preg av fleksibilitet, noe som fører til at opplegget kan tilpasses etter hvilke erfaringer, utførelser og informasjon som dukker opp i prosessen (Thagaard, 2013).

Intervjuundersøkelser er det verktøyet som er mest brukt for å innhente kvalitative data, og jeg har i undersøkelsen valgt å benytte meg av en halv strukturert intervjuguide (Thagaard, 2013). Videre i har jeg beskrevet, reflektert og begrunnet valgene jeg har gjort i prosessen med innhenting og bearbeiding av data.

3.2.1 Utvalg og rekruttering

Kvalitative undersøkelser baserer seg på strategiske utvalg fordi man velger informanter ut fra egenskaper eller kvalifikasjoner de har for å besvare problemstillingen (Thagaard, 2013). I undersøkelsen ble det hensiktsmessig å innhente synspunkter om overvekt hos barn, hos aktører som jobber mye med barn. Barnehage og skole ble derfor veldig aktuelle. Men fordi jeg var interessert i å få en forståelse av barnevernets rolle i overvektproblematikken hos barn, valgte jeg også å inkludere barneverntjenesten og helsesøster. Helsesøster fordi hun jobber med overvektproblematikk hos barn, og barneverntjenesten for å få deres synspunkt på egen rolle i problematikken. Jeg hadde som utgangspunkt å intervju 2 personer fra de ulike instansene, og et mål om å ha til sammen 8 informanter.

Rekruttering av informantene skjedde ved at jeg kontaktet enhetsledere i ulike kommuner og spurte om de kunne formidle forespørselen om deltakelse (se vedlegg 1) videre til de aktuelle

kandidatene. Etter hvert som jeg ble kontaktet av de som ville delta avtalte vi intervjuetidspunkt og sted, og jeg kom i gang med intervjuing og transkribering relativt raskt etter at forespørselen ble sendt ut. Da jeg var ferdig med de informantene som hadde meldt seg, kontaktet jeg direkte skoler, barnehager, helsestasjoner og barneverntjenester. Jeg ba også om hjelp fra bekjente i rekrutteringen, og klarte til slutt å nå målet om 8 informanter, hvor utvalget representerte 2 informanter fra hver instans. De som ble intervjuet var styrer i barnehagene, rektor fra skolene, helsesøster fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten og barnevernansatt fra barnverntjenesten. Foruten om helsesøster, hadde alle informantene fra barnehage, skole og barnevern hadde pedagogisk grunnutdanning. Alle informantene hadde arbeidserfaring med barn, og erfaringen varierte 8 – 36 år med arbeid. Informasjon knyttet til utdanning, størrelse på kommune, kjønn, alder og lignende er ikke viet fokus i analysen, og derfor ikke presentert nærmere her.

I rekrutteringen fremmet jeg et ønske om at de barnevernansatte hadde kjennskap til hvilke bekymringsmeldinger tjenesten deres har mottatt, med hensyn til temaet overvekt. Bortsett fra dette kunne de som ville delta, og utvalget bærer derfor stort preg av tilgjengelighet. Når utvelgelsen av deltakerne er basert på at man benytter seg av de som er villig til å delta, betegner man utvalget som et tilgjengelighetsutvalg (Thagaard, 2013). Dette kan ha ført til skjevhet i datamaterialet fordi man kan anta at de som var interessert i å delta hadde klare meninger om tema eller generelt var over gjennomsnittlig interessert i overvekt og helse hos barn. Jeg merket en særlig forskjell på de informantene som selv tok kontakt med meg fordi de ville delta, og de som jeg kontaktet direkte. Hos noen av de som valgte å delta etter at jeg hadde kontaktet de, ble det i forkant uttrykt usikkerhet knyttet til hvilket bidrag de hadde til tematikken. Selv om et flertall kontaktet meg direkte, ser jeg at jeg har klart å få noen nyanser i utvalget på bakgrunn av de informantene som i utgangspunktet tenkte de ikke hadde noe å bidra med, men som valgte å delta likevel. Dette kan ha vært med på å gi en mer reel vinkling på tematikken.

3.2.2 Det intervjuforberedende arbeidet

Intervjuundersøkelse egner seg godt til å innhente informasjon om personers opplevelser, synspunkter og selvforståelse (Thagaard, 2013). I planlegging av intervjuene fant jeg det hensiktsmessig å utforme en intervjuguide, og valgte å ha en halv strukturert intervjuguide som hjelpemiddel. En halvstrukturert intervjuguide kjennetegnes ved at hovedspørsmål er satt

opp på forhånd, men at spørsmålsformulering og rekkefølgen ikke er fastsatt i detalj (Ryen, 2002). I intervjuguiden hadde jeg forhåndsbestemte spørsmål for å sikre at jeg fikk spurt alle informantene om de viktigste tingene jeg ønsket informasjon om. Selv om tanken var at informantene skulle kunne komme med innspill og styre fokuset i intervjusituasjonen brukte jeg likevel tid på å konstruere en rekkefølge på spørsmålene slik at intervjuet skulle oppleves som en mer naturlig samtale. Intervjuguiden ble som følge av dette delt inn i tre tema med ulike hovedspørsmål og oppfølgingsspørsmål, og endte med en struktur som Thagaard (2013, s. 103) omtaler som ”*tre-med-grener-modellen*”. Begrunnelsen for dette var at det i ettertid skulle være lettere å bearbeide datamaterialet slik at jeg i analysen ville kunne sammenligne svarene som ble gitt. Siden jeg har valgt å ha et særlig fokus på barneverntjenesten i denne oppgaven, var det et behov for to ulike intervjuguider (se vedlegg 2 og 3). Her gjorde jeg mitt beste for å tilpasse en tilnærmet lik intervjuguide ved å vinklet spørsmålene til barneverntjenesten slik at den skulle bli mest mulig lik intervjuguiden til barnehage, skole og helsesøster.

For å unngå at svarene til informantene skulle være forutsigbare og i stor grad påvirket av meg, jobbet jeg mye med spørsmålsformuleringen. Åpne spørsmål er spørsmålsformuleringer som skulle oppmuntrer informanten til å dele synspunkt og erfaringer (Thagaard, 2013), og det var slike spørsmål som ble vektlagt. Avslutningsvis hadde jeg også med avrundings spørsmål hvor informantene blant annet fikk muligheten til å tenke gjennom om det var noe annet med tematikken som de ville trekke frem eller om det var noe de hadde sagt som de ville korrigere.

Jeg bestemte meg tidlig i prosessen for hvilken type informasjon som var av interesse, og har bevisst valgt å ikke å samle inn personopplysninger. I utarbeidelsen av intervjuguiden og forberedelsen av intervjuene var jeg derfor ekstra nøye i med hvordan jeg skulle gjennomføre innsamlingen av datamaterialet. Dette innebar at jeg utarbeidet et skriv for hva jeg skulle si før intervjuene, hvor jeg vektla hvilken informasjon som ikke skulle oppgis under intervjuet (se vedlegg 4). I tillegg hadde jeg satt som forhåndsregler at transkribering og anonymisering skulle skje rett etter intervjuet, og at lydfilen skulle slettes når dataene var tekstlig gjort. Før jeg begynte med gjennomføringen av intervjuene hadde jeg også et prøveintervju for å sjekke at ikke spørsmålene var uklare, og gjorde korrigeringer etter tilbakemeldinger på dette. Jeg fikk også gode tilbakemeldinger hos informantene på at intervjuet hadde vært nok så dekkende på tema de selv tenkte var aktuelle. I forkant av intervjuene hadde jeg også øvd på

oppfølgingsspørsmål, og det Thagaard (2013, s. 102) beskriver som *prober*, som er respons som ”ja..”, ”hm..” eller nikk fra intervjuer for å skape flyt i samtalen.

3.2.3 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass. Alle intervjuene ble tatt opp med diktafon slik at jeg kunne konsentrere meg om informanten i stedet for å gjøre notater. Jeg hadde likevel pen og papir for å kunne gjøre notater under selve intervjuet om det skulle være nødvendig. Intervjuene varte fra litt over 1 – 2 timer. Før hvert intervju presenterte jeg forespørselen om deltakelse og gikk gjennom informasjonen som tidligere var gitt om hvordan opplysningen som ble gitt skulle bli behandlet. Videre gikk jeg gjennom skrevet med eksempler på hva informanten ikke skulle nevne i intervjusituasjonen, og en kort beskrivelse av begrep valget mitt om overvekt, og at dette også inkluderer fedme.

De fleste av intervjuene fulgte intervjuguidens struktur med kun få endringer. Jeg opplevde at gjennomføringen av intervjuene gikk bra. Jeg stilte åpne spørsmål, ga betenkningstid, bekreftelser og ba om utdypninger. Jeg refererte også til ting som var nevnt tidligere om jeg kom til et spørsmål hvor tema tidligere var berørt. Om jeg tenkte spørsmålet kunne utdypes mer, ba jeg om at informantene fortalte mer. Selv om noen av temaene ble berørt under andre spørsmål valgte jeg å påpeke at informantene hadde nevnt det tidligere, men leste likevel spørsmålet på nytt. Dette opplevde jeg som nyttig fordi det ofte førte til mer utfyllende informasjon enn tidligere. I tilfeller hvor det ikke førte til ny informasjon, bekreftet bare informantene at de var fornøyd med svaret de hadde gitt tidligere eller oppsummerte kort hva de hadde sagt før. Likevel ser jeg at det ikke alltid er like heldig å ha så ”like” spørsmål og begrep i intervjuguiden. For selv om jeg har tenkt at det er forskjellige ting, kan det oppfattes som likt og kanskje unødvendig hos informantene. Spørsmålene om ansvarsforhold, posisjonering og involvering er eksempler på dette. Erfaringen er at det tilførte ny informasjon og nye vinklinger, til og med hos informantene som opplevd det som gjentakelser. Likevel ser jeg at dette kan være en svakhet i intervjuguiden.

Gjennom intervjuene opplevde jeg meg selv som veldig bekræftende og oppmuntrende. Jeg brukte mye prober som ”mhm”, ”ja”, nicking og smil som bekræftende uttrykk. Samtidig som jeg stilte en del utdypningsspørsmål som: kan du gi eksempler? Hva tenker du om det? Hva mener du med det? I de få intervjuene hvor informantene ikke visste helt hva de skulle si kan mine forsøk på få de i gang ha blitt litt for ledende. Ledende spørsmål kan stille

intervjupersonene i en situasjon hvor det blir skapt forventninger til hva de skal svare (Thagaard, 2013). Referanser til ting som informanten hadde sagt tidligere og spørsmål om bekreftelser på at jeg hadde forstått informanten rett, kan ha ført til at min fortolkning av det som var sagt, ble førende for informantens videre forklaring. Det kan i disse tilfellene være aktuelt å stille spørsmålstegn ved hvorvidt ordene kanskje ble lagt i munnen på informantene i slike situasjoner. Et motsatt problem jeg også erfarte var hvorvidt jeg skulle begrense informantene når de beveget seg for langt fra tema som var satt for intervjuet. Det blir her ganske tydelig at overvekt som problematikk er noe som også opptar noen av informantene utenfor jobb, og i noen tilfeller deler informantene historier om naboer og familie som de kjenner i privatlivet. Her tenker jeg i ettertid at jeg kanskje burde gått inn, avgrenset og spesifisert at det var deres profesjonelle erfaring jeg var ute etter og ikke den private.

Det jeg ser som kan være en svakhet med deler av fremgangsmåten min er at jeg improviserer en del for å slippe å lese spørsmålet direkte fra arket. Ønsket om å gjøre samtalsituasjonen til en mer naturlig dialog kan ha ført til at spørsmålsformuleringene til tider blir uklare og kanskje ikke like gode som om jeg hadde lest spørsmålet rett av intervjuguiden. Jeg opplever også at intervjuferdighetene mine forbedrer seg etter hvert som gjennomfører intervjuene, noe som kan ha ført til at informasjonen i de siste intervjuene kanskje er mer detaljert og utdypende enn de første.

Ryen (2002, s. 122) skriver at man alltid bør ta notater selv om man har lydopptak, og viser til at man kan skille mellom tre typer notater: 1) faktiske hendelser, 2) egne opplevelser, reaksjoner og vurderinger, og 3) selve gjennomføringen. For at informanten ikke skulle bli for distraheret eller opptatt av at jeg gjorde notater, valgte jeg å skrive disse utfyllende notatene etter at intervjuet var gjennomført. Ved at jeg hadde mindre å tenke på under gjennomføringen av intervjuet, klarte jeg også å holde oversikt over hvor vi var i tema som ble nevnt med utgangspunkt i intervjuguiden. Når man retter oppmerksomheten helt og fullt mot informanten innehar man en lyttende holdning, dette gjør at forskeren lettere kan gi respons på det som blir fortalt (Thagaard, 2013). Dette ga meg muligheten til å lytte og få med meg det som ble sagt, i tillegg til at jeg alltid kunne ha blikk-kontakt med informantene når de snakket. På den andre siden opplevde jeg også at dette kunne føre til at informantene nesten følte seg brydd fordi jeg ”stirret”. Det at jeg fremsto som forventningsfull kan ha ført til avbrytelser i tankeprosessen deres, noe som kan ha medført at informantene lettere ga opp å prøve å besvare spørsmålet.

Jeg har også registrert forskjeller i kjemien mellom informantene og meg selv. Min opplevelse av dem kan ha påvirket væremåten min under intervjuene, noe som igjen kan ha påvirket hva som gitt av informasjon. Likevel kjente jeg meg ganske komfortabel med de fleste informantene, noe som kan være et resultat av at dette er instanser jeg som mor har et godt forhold til. I tillegg er informantene fagpersoner som har i sin arbeidsoppgave å samhandle med både barn, foreldre og andre fagpersoner, noe som gjorde konteksten ganske naturlig. Avrundingsspørsmålene oppleves også som nyttige både for meg og informantene. Jeg opplevde at begge partene fikk muligheten til å tenke igjennom hva som hadde blitt sagt og ikke. I noen tilfeller brukte jeg dette punktet for å stille et spørsmål jeg følte jeg ikke hadde fått utfyllende informasjon om.

3.2.4 Transkribering

Transkripsjon innebærer i stor grad etiske spørsmål fordi intervjuene kan inneholde følsomme tema, det er derfor viktig å oppbevare opptakene og transkripsjonen trygt, og slette opptakene når de ikke lengre skal brukes. Det kan også i noen tilfeller allerede i transkriberingen være nødvendig å anonymisere ting som kan kjennes igjen (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 213). Etter hvert som jeg hadde gjennomført intervjuene startet jeg å transkribere lydopptakene for å få gjort materialet om til tekst. Siden jeg med tanke på informantens identitet hadde som mål å slette lydfilene så fort som mulig, startet jeg transkriberingen allerede samme dagen som intervjuene var gjennomført. Jeg skrev notater og refleksjoner under transkriberingen, og det er i stor grad disse notatene som har dannet grunnlaget for innholdet i dette avsnittet.

Under transkriberingen la jeg merke jeg at kunne miste små ord og ehm-inger når jeg spolte tilbake i lydfilen. Jeg anser ikke et ”ehm” eller en dobbel ”så, så” som så veldig avgjørende for kvaliteten på datamaterialet, men det gjorde meg oppmerksom på at det kan forekomme variasjoner i transkripsjonen. Selv om jeg var nøyaktig og tok meg god tid til transkriberingen, kan det alltid forekomme noen feil. Likevel finner jeg stor trøst i det at jeg selv transkriberte intervjuene rett etter at de hadde funnet sted, fordi jeg på den måten kunne kvalitetssikre at det som ble skrevet ned var det samme som ble sagt.

I transkriberingen har jeg også valgt ikke å skrive inn alle prober som: ”ja”, ”mhm”, ”nei” osv., som kommer fra meg mens informanten snakker. Jeg erfarte at jeg gjord dette ganske ofte, og teksten ville blitt veldig stykkvist og rotete om jeg hadde tatt de med. Jeg opplevde ikke at de påvirket det informanten sa, men kun at det var med på å oppfordre til å si mer og

bekreftede at jeg fulgte med på det som blir sagt. Likevel kan dette også vært en svakhet i oppgaven, men jeg erfarte det ikke som negativt, og valgte derfor å ikke ta dette med. I transkriberingen har jeg også valgt å skrive alt på bokmål. Dette førte til at flere ord og uttrykk måtte omskrives fra dialekt til bokmål, og er et valgt jeg har tatt for å bedre kunne ivareta anonymitet hos informantene. I noen tilfeller har jeg sett at det er med på å fjerne en del av ”kraften” av det som ble sagt, men selv om ordene ikke er 100 % lik, fant jeg ikke at meningen ble annerledes.

En ting jeg ble veldig oppmerksom på når jeg transkriberte var hvordan jeg selv ordla meg i intervjuene. Noen ganger opplevde jeg at improviserte spørsmålene mine mest bare var en oppramsing av stikkord som ble sagt på en spørrende måte. I hvilken grad svarene ville vært annerledes om jeg hadde lest opp spørsmålet ordrett, er ikke lett å si. Men måten jeg har stilt spørsmålene på har nok hatt sin innvirkning på svarene jeg har fått. At lydfilen ble slettet rett etter at dataene ble tekstliggjort, ga heller ingen mulighet til å gå tilbake for å sjekke om transkripsjonen var 100 % rett. Selv om jeg ikke har opplevd dette behovet, ser jeg at det er en svakhet ved kvalitetssikringen av oppgaven fordi jeg vet det kan være lett å miste noe eller skrive noe feil under transkriberingen.

3.2.5 Analyse

En intervjuanalyse er en presentasjon av en historie som ligger et sted mellom den opprinnelige fortellingen som informantene fortalte til forskeren og sluttresultatet forskeren formidler til et publikum (Kvale og Brinkmann, 2015). Første trinn i analysen er kategorisering av datamaterialet, som senere skal danne grunnlaget for tolkning (Svartdal, 2009). En tematisert tilnærming innebærer at man studerer informasjon om hvert tema for alle deltakerne med et formål om å gå i dybden på alle enkelt temaene (Thagaard, 2013, s. 181). Siden den valgte struktureringen av intervjuguiden i stor grad gjorde at jeg fikk like data hos informantene ga dette mulighet til å sortere etter tema. Jeg valgte her å sortere intervjuene etter følgende spørsmål: Hvem bekymrer seg, og hva bekymrer de seg for? Hvem har ansvar i overvektproblematikken? Hva sier informantene om det å melde overvekt til barnevernet? Hva sier informantene om barnevernets rolle generelt i overvektproblematikken hos barn? Etter å ha funnet tendensene i datamaterialet begynte jeg å se etter likheter og ulikheter. Dette både mellom instansene, men også mellom informantene i de ulike instansene. Sitatene ble videre skrevet til sammenhengende tekst når forskjellene og likhetene ble satt opp mot

hverandre. Denne sammenfatningen av tendensene i datamaterialet var det som lå til grunn for fortolkningen og drøftingen senere.

Kvale og Brinkmann (2015) beskriver en hermeneutisk fortolkning som det å fortolke på flere nivåer. Det første nivået er informantenes fortolkning av egen situasjon, og er den fortolkningen som ble beskrivelsen av tendensene i datamaterialet mitt. Det neste nivået er forskerens umiddelbare fortolkning av informantenes fremstilling, og det siste nivået er at det tilføres en teoretisk forståelse. Det er i stor grad disse trinnene som ligger til grunn for resultatet som er presentert i analyse og drøfting kapittelet i denne oppgaven.

3.3 Ethiske vurderinger

Ved kvalitativ forskning stilles det et etisk ansvar til forskeren, og det er særlig tre grunnprinsipp i forsvarlig forskning: informert samtykke, konfidensialitet og mulige konsekvenser av å delta (Thagaard, 2013). Her vil jeg kort presentere noen av de vurderingene jeg har gjort.

Informert samtykke er basert på prinsippet om retten til individet rett til å bestemme over eget liv, og til å ha kontroll over de opplysninger om seg selv som deles med andre. Informert samtykke stiller krav til at det skal foreligge informasjon og et frivillig samtykke for deltakelse. Informanten skal informeres om undersøkelsen formål og design, og eventuelle risikoer og fordeler deltakelsen kan innebære. At samtykket er frivillig innebærer at samtykket er gitt uten ytre press og at informanten når som helst kan trekke seg fra undersøkelsen (Thagaard, 2013). Denne informasjonen ble gitt ved forespørsel om deltakelse som ble utformet ved bruk av en standard mal fra NSD (se vedlegg 1). Her ble det informert om at deltakelse ville innebære et intervju på ca. 1-1½ time, at intervjuet vil bli tatt opp og hvor lenge lydfilene ville bli oppbevart før de ble transkribert og slettet. Det ble også vektlagt at deltakerne kom til å være anonym gjennom hele prosessen, og at deltakelsen var frivillig og at samtykket uten grunn kunne trekkes når som helst. Samtykket ble innhentet muntlig ved avtaling av intervju, og en ytterligere bekreftelse ble innhentet ved gjennomgang av informasjonsskriv rett før selve intervjuet. På denne måten fikk jeg forsikret meg om at informanten var kjent med rammene rundt deltakelsen i prosjektet.

Konfidensialitet er basert på prinsippet om retten til privatliv, og at privat informasjon ikke skal avsløres. Dataene som skal presenteres i rapporten må derfor anonymiseres (Thagaard, 2013). Det stiller også et krav om at forskeren er oppmerksom på at deltakelse i

undersøkelsen kan ha etiske dilemmaer, og hvilke utfordringer det kan skape for informanten (Kvale og Brinkmann, 2015).

For å garantere anonymitet transkriberte jeg lydopptakene rett etter at intervjuene var gjennomført, og slettet opptakene. Under transkriberingen anonymiserte jeg ytterligere med å unnlate å skrive ned informasjon informantene nevnte som kunne være med på å identifisere dem. Her endte jeg med å fjerne navn på diverse prosjekter og tiltak som informantene nevnte, og ga de mer nøytrale navn slik at det ikke skulle være mulig å kjenne igjen informantene på hvilket tilbud de hadde. Jeg har også valgt å referere til informantene mine som skole 1, skole 2, barnehage 1 og barnehage 2 osv. i oppgaven, og brukt ”hun” ved bruk personlig pronomen uavhengig av informantenes egentlige kjønn.

Kvale og Brinkmann (2015) viser til at konfidensialitet har et etisk usikkerhetsområde. På den ene siden kan det beskytte deltakerne, men på den andre siden kan det gi mulighet til å tolke deltakernes utsagn uten å bli motsagt. På den måten kan anonymiteten beskytte informanten, men det kan også frata dem den stemmen de ønsket å ha ved deltakelsen. Det viktig å tydeliggjøre at intervjuene er et produkt av relasjonen mellom forsker og intervjuperson, og det makten forskeren har til å tilegne intervjupersonens uttalelser en bestemt mening (Kvale og Brinkmann, 2015). I analyse prosessen har jeg forsøkt å være oppmerksom på dette ved å ikke bruke informantenes uttalelser utenfor konteksten de ble gitt.

Forskeren forplikter seg til å beskytte deltakerens integritet gjennom hele prosessen (Thagaard, 2013), dette innebærer blant annet å ta høyde for hvilke *konsekvenser* deltakelse kan føre til. Kvalitativ forskning kjennetegnes av åpenhet og intimitet, og informantene kan ende med å gi opplysninger de senere kan angre på (Kvale og Brinkmann, 2015). Jeg hadde derfor valgt å ha med avrundings spørsmål for å avklare om det var noe informanten ville korrigere av det de hadde sagt i intervjuet. I tillegg var det også opplyst om at informanten når som helst kunne trekke seg, og at alle opplysninger da ville bli slettet.

Forskeren har et ansvar til å reflektere over de mulige konsekvensene undersøkelsen kan medføre, ikke bare for den enkelte, men også for gruppen informanten representerer (Kvale og Brinkmann, 2015). Det er derfor viktig å ta høyde for at informanten skal kjenne seg igjen i den analytisk fremstilling av datamaterialet, og jeg vektlagt at informantene ikke skal oppleve seg ”krenket” i fortolkningene som blir gitt. En av de mulige etiske krenkelsene som kan gjøres er at forskeren glemmer de viktigste forskjellene mellom talespråk og skriftspråk. Det

muntlige språket kan fremstå som usammenhengende og forvirrende, og man kan såre intervjupersonenes verdighet ved å bruke ordrette transkripsjoner i publikasjon fordi dette kan medføre uetisk stigmatisering av personer eller grupper (Kvale og Brinkmann, 2015). Sitater som er presentert i oppgaven er derfor ren skrevet og presenter på en best mulig måte med hensyn til fremstilling av informantene.

3.4 Reliabilitet og Validitet

Som forsker er det viktig å spørre seg hvilken påvirkninger valg av metode, utvalg, innsamling, bearbeiding og analyse har hatt på resultatet (Halvorsen, 2008). Her har jeg sett på forhold som kan ha påvirket undersøkelsens reliabilitet og validitet.

Reliabilitet knyttes til redegjørelsen av fremgangsmåten i prosjektet, og innebærer at forskeren reflekterer over konteksten for innsamlingen av data, og hvordan relasjonen mellom informant og forsker virker inn på informasjonen forskeren har fått (Thagaard, 2013). Jeg har tidligere i dette kapittelet nevnt noen mulige svakheter ved oppgaven. Blant annet i forbindelse med utforming av intervjuguiden, i sammenheng med spørsmålsformulering og begrepsbruk, og hvordan jeg faktisk stilte spørsmålene i selve intervjusituasjonen. I transkriberingsprosessen, fordi jeg valgte å ikke skrive inn egne prober, noe som kanskje kunne vært med på å gi mer informasjon om egen påvirkning i det som ble sagt. Som en følge av omskrivning fra muntlig til bokmål, har datamateriale fått et annet uttrykk. Dette medfølger også en viss risiko for at intensjonen bak utsagn kan være endret. Jeg som intervjuer kan også ha påvirket situasjonen ved måten jeg var på, og i form av hvem jeg er. Selv om det i stor grad er informantene som styrer intervjuet, er datamaterialet et resultat av en dialog vi begge var del av. Min være måte under intervjuet kan i stor grad ha påvirket svarene som ble gitt. Jeg erfarte at intervjuferdighetene mine forbedret seg gjennom intervjuprosessen, noe som kan ha ført til en forskjell i datamaterialet fra de første intervjuene til de siste. Dette er ting som kan ha ført til at undersøkelsens reliabilitet er blitt svekket.

«Validitet er knyttet til tolkning av data» (Thagaard, 2013, s. 204). Det er aktuelt å diskutere gyldigheten av de tolkninger forskeren kommer frem til, og hvorvidt resultatene av undersøkelsen representerer virkeligheten som er studert (Thagaard, 2013). Her anser jeg som viktig å se på begrepsvaliditeten, og i hvilken grad valget mitt om å kun bruke overvekt som begrep i undersøkelsen. At jeg har valgt å bruke overvekt som samlebetegnelse for alle grader av overvekt og fedme kan ha påvirket resultatet negativt. Jeg har sett at det i flere tilfeller ville

vært hensiktsmessig å kunne skilt på begrepene fordi det kan virke som at informantene i mange tilfeller snakker om fedme. Det er her vanskelig for meg å vite sikker hva informantene referer til når de bruker betegnelser som *overvektig*, *veldig overvektig*, eller *ekstrem overvekt*. Hvorvidt resultatet sier noe om overvekt og fedme, eller kun fedme er i dette tilfellet usikkert, og har i stor grad hatt sin innvirkning på undersøkelsens validitet. Dette både i forhold til tolkningene som er gjort mellom informantene i undersøkelsen, men også muligheten for å sammenligne undersøkelsen med andre. En annen ting som i stor grad har påvirket oppgavens validitet negativt er utvalgets størrelse. 8 yrkesutøveres forståelse av barneverntjenestens rolle i overvektproblematikken er ikke nok for å kunne si noe om hvordan bekymringer og meldingstendens er generelt i samfunnet.

Til tross for svekket forhold av validitet og reliabilitet, kan undersøkelsen være med på å gi et inntrykk av forventninger og manglende forventninger knyttet til barneverntjenestens rolle i overvektproblematikken hos barn. Videre kan tendensene som fremkommer også ha overføringsverdi til hvordan barneverntjenesten mandat blir forstått av andre instanser.

4 Analyse og drøfting

Her har jeg presenter tendensene i analysen min og drøftet disse opp mot teori og forskning. Oppgavens problemstilling om hvilken rolle barneverntjenesten får i overvektproblematikken hos barn belyst med utgangspunkt i; hvorvidt overvekt oppfattes som bekymringsfullt hos barn, hvem som anses å ha ansvar i problematikken og hvorvidt overvekt hos barn er en bekymring som kommer til barneverntjenesten.

4.1 Overvekt er bekymringsfullt og vurderes som risiko for barns utvikling

Gjennom intervjuene fremkommer det at en rekke profesjonsutøvere uttrykker bekymring for overvektproblematikken hos barn blant fagpersoner i det offentlige, herunder: skole, barnehage, Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), fysioterapeuter, helsesøstre og fastleger. I tillegg gir informantene uttalelser om at *”alle er opptatt av vekt”* (Barnehage 1) og *”det er et samfunnsproblem”* (Skole 1; Barnevern 2). Uttrykkene om bekymring kan tyde på at overvektproblematikk blir oppfattet som et sosialt problem basert på forestillingen om hva som er det gode liv (Halvorsen, 2010). Informantene gir også eksempler på hvordan foreldre og øvrige privatpersoner oppfatter overvekt som en problematikk hos barn. En slik oppfatning av et fenomen kan tyde på at overvekt anses som en risiko. Likevel er Barnevern 2 den eneste som bruker begrepet risiko om overvekten: *”Jeg vil tenke at det er en risikofaktor, selv om det ikke er definert som det i systemene vi jobber med, men det er en risikofaktor for barns utvikling – i hvert fall sosialt”*. Hun viser her til overvekt som risikofaktor, ikke er definert på samme måte som andre risikofaktorer i barneverntjenesten systemer, men til tross for dette anser hun overvekt som en risiko for barn.

Mik-Meyer og Villadsen (2007) har knyttet det å ha felles verdier i samfunnet til også å ha felles frykt. Sett i lys av velferdsstaten med et risikostyringssystem som har identifisert en risiko, vil det utløse et behov til å beskytte individene mot risikoen. At overvekt anses som bekymringsfullt kan være med på å bekrefte en felles frykt for skadene overvekt kan ha på barn.

Holdningen om overvekt som risiko er ikke bare etablert hos den voksne befolkningen, men også en holdning det gis uttrykk til hos barnebefolkningen. Helsesøster opplever at barn selv kjenner på konsekvensene ved å være overvekt:

”Det har litt med alder å gjøre når de selv føler at det blir problematisk, men vi har jo 1.-2. klassinger som vet at det er tungt å gå oppover en bakke, at de blir tungpustet. Om de selv relaterer det til vekt og noe tall, det tror jeg ikke. Men de kjenner det på kroppen sin at det er tungt, og da tenker jeg at da uttrykker de et problem i forhold til vekt. Ellers så er det jo når man kommer litt opp i klassene, så kan jo ungene selv uttrykke at de føler seg tjukk. Men det er et ganske sårt tema. Det er et veldig vanskelig tema å lære seg å snakke om, kanskje fordi at de ikke føler seg fin. Jeg tenker det er et tema som går litt på skam og skyld, fordi det er min egen feil at jeg er blitt tjukk. Det er litt skamfullt og ikke kunne kontrollere matinntak og slike ting. Det er de litt større ungene kjenner på dette”
(Helsesøster 2).

Foreldre er viktige rollemodeller for barna når det kommer til kost- og aktivitetsvaner (Danielsen, 2014), og det er kanskje ikke unaturlig å tenke at barna tar til seg foreldrenes vaner og preferanser. Men Halvorsen (2010) viser også til viktigheten av helse-, utdannings- og sosialvesenets i formidlingen om hva som er rett, normalt og friskt. Barn kan derfor oppleve kontraster ved hva de lærer i barnehagen og på skolen, om ikke foreldrene lever opp til kost- og aktivitets anbefalinger som blir gitt. På den måten kan det knyttes mye skam og skyld til det å ikke være normal når man er overvektig.

Det jeg finner som urovekkende er helsesøstrenes erfaring om hvor tidlig barn og ungdom selv opplever denne risikoen som bekymringsfull eller problematisk. Helsesøster trekker også her frem en av de tingene som helsedirektoratet (2010) har påpekt som en av utfordringene med denne problematikken: det er knyttet mye stigma og fordømmelse til det å være overvektig. Det å være overvektig blir veldig synlig og er forbundet med det å ta usunne valg. Med dagens fokus på individets valgfrihet (Mik-Meyer og Villadsen, 2007), kan overvektige oppfattes som uansvarlige og ukontrollerte personer. En mulig konsekvens av overvekt, kan være at barna opplever psykososiale vansker, noe som vil kunne føre til eksklusjon for de barna som skiller seg ut. Det er allerede rapportert at 35 % av de som er overvektig blir utsatt for vektrelatert mobbing, og det er ingen tvil om at det vil kunne føre med seg store psykososiale konsekvenser for barna (Steinsbekk og Danielsen, 2010). Forskning viser også at fedme hos barn er assosiert med lavere livskvalitet, lav selvfølelse og dårlig kroppsbilde (Helsedirektoratet, 2010).

Barn har rett til beskyttelse mot forhold som kan skade deres helse og utvikling. Foreldre og barn kan selv oppsøker helsestasjon for å få hjelp (jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2). Helsesøster forteller at når foreldre blir spurt om barnet selv har sagt noe, kommer det frem at barnet har fått kommentarer i barnehagen på at de har stor mage, og at barnet selv kan klager

over at buksene er blitt for trange. I slike tilfeller opplever helsesøster at foreldrene blir litt redd: *”Problematikken for foreldrene er at de er redd for at ungene skal bli stigmatisert, ertet eller ikke få venner, og er redde for dette før barna begynner på skolen”* (Helsesøster 1). Foreldre som oppsøker hjelp på bakgrunn av frykt for skaden overvekt kan ha for barna, ivaretar foreldreansvaret jf. § 30 i barneloven om å ha omtanke for barnet, dets behov og interesser forhold til utvikling.

Helsesøstrene trekker overvekt frem som en tematikk de jobber mye med, og det vises til Helsedirektoratets (2010) *Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten om forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og ungdom*. I arbeidet med denne problematikken har de erfaringer med at lærere tar kontakt med bekymringer for elever som har gått mye opp i vekt. Men helsesøstrene opplever sjeldent at barnehagene tar kontakt på bakgrunn av dette. Etter barnehagelovens § 21 skal barnehage gi opplysninger om forhold som kan føre til tiltak fra helsetjenesten. På den ene siden kan man tolke det som at barnehagene ikke praktiserer opplysningsplikten, men på den andre siden kan man tenke at det kan handle om at barnehageansatte ikke ser overvekt hos barn under 5 år. Basert på tall presentert av Hovengen og Hånes (2015) er ca. 1 av 6 norske barn overvektige, noe som gjør sannsynligheten stor for at alle barnehagene har overvektige barn. Jùlusson et al. (2010) fant i sin undersøkelse at kun 15 % av foreldrene klarte å identifisere overvekt hos barna sine. Kan det hende at denne feilbedømmelsen også gjelder hos profesjonsutøverne? Til og med helsesøster som jobber med veiing og måling av barn opplever at det ikke alltid er like lett å se:

”Vi jobber mye med disse barna, og det slår oss mange ganger at når vi ser dem, så ser de ikke stor og overvektig ut. Men når vi plotter inn, og ser på percentilen og kurven deres, så ligger de høyt oppe i overvekt og noen i fedme. Men det er ikke alltid at man ser det” (Helsesøster 1).

4.1.1 Konsekvenser av overvekt hos barn

Alle informantene mener overvekt hos barn er bekymringsfullt, og ramser opp en rekke konsekvenser barn kan få som følge av overvekt. Alle informantene kommer innom de helsemessige konsekvensene overvekt kan ha. I tillegg vektlegger de fysiske konsekvenser som at overvekt kan bli et hinder for aktivitet og begrenser bevegelighet, og at de ser at det kan gjør barn immobil og hindre motorisk utvikling. De ser at barn som bli avskåret fra normal aktivitet kan oppleve manglende samhold utenfor skolen, og trekker derfor frem

sosiale konsekvenser som at barna får lite venner, blir ekskludert og mobbet. Det nevnes også psykiske konsekvenser som dårlig selvbilde og dårlig selvtilit, og økt risiko for utvikling av spiseforstyrrelser, angst lidelser og depresjon.

En konsekvens av overvekt alle informantene nevner, er mobbing. Det kan virke som at dette er hva de anser som mest bekymringsfullt ved overvekt hos barn: *”Det er større fare for å bli ertet, både fordi at du ikke klarer å delta, og også fordi du er overvektig. Så det kan jo utvikle seg til mobbing”* (Skole 2). *”Jeg tror et slikt mobbeproblem vil henge med ungen hele livet, og det kan ha startet med at barnet var tjukk”* (Barnehage 1). Dette er igjen et klart tegn på at overvekt er noe som er synlig, og i den form det er synlig, bærer med seg stigma. Det kan derfor tenkes at de helsemessige konsekvensene sammenlignet med stigmatiseringen blir oppfattet som mindre alvorlig? Fordi sykdom ikke nødvendigvis er like synlig, vil det kunne føre til at overvekten ikke belaster barnet på like mange områder i hverdagen.

De psykososiale konsekvensene ved overvekt virker å veie tyngst når barna er små. Mobbing har de siste årene hatt et stort fokus i sammenheng med retten til ikke-diskriminering (jf. BK, art. 2), og er noe som både barnehagene og skolene forteller at de jobber aktivt med i hverdagen. Med dette utgangspunktet er det ikke unaturlig å tenke at satsningsområde i informantenes hverdag påvirker svarene, siden det foreligger kunnskap om skadevirkningen mobbing kan ha. Mange av bekymringene til informantene er knyttet til konsekvensene det kan gi i voksen alder. Helsesøstrene sier det på denne måten:

”Altså hva slags fremtid er det? Hva skal det bli med dem? Det er jo begrensninger på alle områder, de opplever jo ikke annet enn nederlag. Hvem skal de være sammen med? Hvilke unger er det som har lyst til å være sammen med dem? Det får jo slike store konsekvenser for dem, også sosialt”
(Helsesøster 1).

Her tenker jeg det uttrykkes et forebyggende perspektiv om hvordan konsekvensene overvekt kan belaste barnet med i fremtiden, og at dette også er noe som veier tungt.

Barnekonvensjonen uttrykker også et slikt perspektiv, hvor det vektlegges at utviklingen skal sikre fremtiden for barna i samfunnet (jf. BK innledning). Helsesøster uttrykker i tillegg veldig tydelig, at hun har vektlegger hensynet om barnets beste (jf. BK art. 3), og at dette påvirker vurderingen av tjenesten hun gir. I tillegg trekker Barnevern 2 frem et forebyggende perspektiv hvor samfunnsøkonomiske konsekvensene også spiller en rolle: *”Det skaper jo sosiale problemer, som igjen fører til økte kostnader. Det er dyrt å være syk, og ikke minst det er dyrt å bli en syk voksen”*. Hun peker her på noe av det samme Helsedirektoratet (2011) har

forsøkt å illustrere ved å vise til tall fra Danmark hvor det er beregnet at overvekt gir et produksjonstap på 6,3 milliarder danske kroner årlig.

Skolen 2 kommer innom en mulige sosioøkonomisk konsekvens overvekt og dårlig fysisk form kan ha for barna:

”Jeg tror at for å være og holde seg frisk og rask, og kunne yte maksimalt på skolen, så må du være i en viss fysisk form. Slik at hvis du har en kropp som er så stor at den hindrer deg å være i den formen, så kan jo det også være til hinder for faglig læring. Også kan det jo begrense valg av yrke, altså utdanningsvalg. Enkelte ting kan du ikke bli hvis du er overvektig. Du får begrensninger på det, og har ikke mulighet til å bli alt som du i utgangspunktet kunne blitt” (Skole 2).

Her stilles det spørsmål om dårlig helse og fysisk form kan være til hinder for faglig læring og utvikling, og om dette kan være med på å begrense yrkesvalg. Om man ser dette i sammenheng med barnets rett til å utvikle seg optimalt etter egne evner (jf. BK, bhl., oppl., og bl.), kan det tenkes at dette ikke innfrir barnets rett til utvikling. Staten skal sikre best mulig oppvekstvilkår for barn, dette innebærer muligheten til utdanning og senere arbeid. Er det mulig at forutsetningene for optimal utvikling og utdanning også er knyttet til barnets fysiske helse? Forskning tyder på normalvektige barn kan dra nytte av livsstils intervensjoner når det kommer til kognitive funksjoner og skoleprestasjoner. Selv om Martin, Saunders, Shenkin og Sproule (2014) ikke finner like klare bevis for at intervensjonene har samme innvirkning på overvektige barn, oppfordrer de likevel helsemyndigheter til å fremme fysisk aktivitet og sunt kosthold i skolen fordi mange barn ville hatt fordel av det.

Det fremkommer tydelig at ansatte i barnehage, skole, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og barneverntjenesten oppfatter overvekt som bekymringsfullt for flere områder som berører barns helse og utvikling. Med utgangspunkt i at overvekt anses som et sosialt problem og en risiko for barns utvikling, uttrykkes et behov for å beskytte barn mot overvekt og overvektrelaterte skader. Barneverntjenestens mandat er å sikre hjelp til barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, samt bidra til trygge oppvekstvilkår (jf. bvl. § 1-1). Overvekt anses som et forhold som kan skade barns helse og utvikling, noe som i stor grad tyder på at dette er en problematikk barneverntjenesten kan ha en rolle i.

4.2 Hvem har ansvar i overvektproblematikken hos barn?

Informantene uttrykker at overvekt er et vanskelig og privat tema, det blir å bry seg om noe som oppleves veldig sårt for mange. Den vanligste årsaken til overvekt er et høyere energiinntak, enn energiforbruk (Helsedirektoratet, 2010). Siden overvekt er forbundet med mye stigma og fordømmelse, kan det oppfattes som lite positivt å påpeke overvekt fordi det vil kunne føre til mer stigmatisering av personen det gjelder. De fleste av informantene er enig om at overvekt er en privatsak, men likevel poengteres det at når det gjelder barn, så kan man likevel ikke la være å bry seg. Skole 2 sier det på denne måten:

”For du kan ikke si at det er en privatsak, det trenger du ikke bry deg om. For unger så stiller det seg annerledes, for vi har ansvaret. Foreldrene har hovedansvaret for ungene, men vi har også et ansvar for ungene, for deres utvikling og læring. Vi må bry oss. Det er ikke lov å la være å bry seg, og si at det får foreldrene ta seg av, det får vi ikke” (Skole 2).

Her påpeker skolen oppmerksomhetsplikten (jf. oppl. § 15-3) og statens beskyttelsesansvar for barn (jf. BK art. 3). Når det kommer til barn, har alle et ansvar for å være på vakt etter forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten. Likevel kan det for enkelte, virke som dilemmaet blir vanskelig å agere i. Overvekt anses som en vanskelig og privat sak, men ikke når det kommer til barn. På den andre siden, om man ser på kostnadene vektrelaterte helseproblemer koster samfunnet i dag, kan man se at dette er en gruppe som koster velferdsstaten dyrt. På den måten blir det også et problem som berører fellesskapet og ikke bare enkelt individet (Halvorsen, Stjernø og Øverbye, 2013). Med tanke på hvordan velferdsstaten blir finansieres vil dette også bli et problem som vil belaste den øvrige befolkningen med tanke på helsetjenester, behandlingstilbud og frafall i arbeidsmarkedet (Helsedirektoratet, 2011). På den måten kan man tenke at overvekt ikke er en privatsak, likevel gjør det ikke problematikken lettere å forholde seg til.

4.2.1 Foreldre har hovedansvaret

Hovedansvaret for barn ligger hos foreldrene etter barnekonvensjonen artikkel 18 og barnelova § 30. Dette var også noe som kom til uttrykk hos informantene når spørsmålet om hvem som har ansvar i overvektproblematikken hos barn. Alle informantene var enig om hovedansvaret ligger hos foreldrene.

Foreldrene har hovedansvaret for barnas daglige omsorg (jf. bl. §30), noe som innebærer en plikt til å dekke barnets behov. *”En femåring går jo ikke på butikken alene og handler. Slik at*

det er jo foreldrenes ansvar uansett hvordan man snur og vender på det” (Barnehage 1). Det ligger derfor hos foreldrenes å sørge for at barnet får maten den trenger, og at maten som gis er ernæringsriktig slik at barnet kan utvikle seg på en sunn måte. ”De er jo foreldrene som må styre det barna spiser. Den styringen mener jeg helt klart er et foreldreansvar som må gjøres før barna eventuelt blir for store og tunge” (Barnehage 2). Det fremkommer at siden det er foreldrene som styrer hva barnet spiser, har de et ansvar for at barnet ikke utvikler overvekt.

Barnekomiteen har påpekt at feilernæring som kan forebygges, er et av hindrene i virkeliggjøringen av barns rettigheter (FN's Barnekomités generelle kommentar nr. 7, 2005). Foreldrene er de som først og fremst har ansvar for å ivareta barnas behov og interesser (jf. BK art. 18), og er de som skal gi barna forsvarlig oppdragelse og forsørgelse (jf. bl. § 30). Når det påpekes at oppdragelsen og forsørgelsen skal være forsvarlig vises det til at det er noen krav. Ett av disse kravene er knyttet til ernæring som en grunnleggende forutsetning for å kunne utvikle seg på en sunn måte og ha god helse.

Informantene vektlegger, at jo yngre barna er, jo mer er det et foreldreansvar ettersom det er foreldrene som legger opp kostholdet. Dette samsvarer med barnelovens beskrivelse av foreldreansvaret og bestemmelsesretten (Bendiksen og Haugli, 2015). Slik at når barna blir noe eldre, må de ta på seg mer ansvar for disse tingene selv. Likevel påpekes det at det er foreldrenes ansvar å følge opp barna sine og be om hjelp når ting blir vanskelig. Informantene påpeker at en del av foreldreansvaret innebærer å be om hjelp hvis de har behov for det:

”Hovedansvaret ligger jo hos foreldrene. Men de trenger jo hjelp og støtte, da av helsesøster eller fastlege” (Skole 2). Helsesøster 2 tilfører også at foreldreansvaret ikke bare innebærer å ta kontakt, men også å følge opp det som må gjøres. Dette er noe jeg tenker henger sammen med foreldrenes omsorgsplikt og det å gi forsvarlig forsørgelse til barnet sitt. Det er foreldrenes plikt å sørge for at barnets helse blir ivaretatt ut i fra barnets behov og interesse slik at barnet kan utvikle seg etter beste evne og oppnå høyest mulig helse (jf. BK og bl.). Barneverntjenesten er det statlige organet som har i oppgave å utøve samfunnsansvaret med å sikre at barns rettigheter blir ivaretatt der foreldrene trenger hjelp eller ikke er i stand til å gjøre det selv.

4.2.2 I kommunen får helsesøster hovedansvaret

Selv om foreldrene har hovedansvaret for barna, har også staten et ansvar for å tilby bistand til foreldrene slik at de kan utøve foreldreansvaret (jf. BK 18). Staten har et ansvar for å ivareta

barns rettigheter, retten til utvikling og høyest oppnåelige helsestandard (jf. BK art. 6 og 24). Den største delen av denne forebyggingen og virkeliggjøringen av rettighetene foregår i kommunen (Halvorsen, Stjernø og Øverbye, 2013).

En ting alle informantene trekker frem, er egen rolle og eget ansvar i overvektproblematikken hos barn. Alle informantene mener selv de har et ansvar. Barnehagene sier deres ansvar er å være sunn, ved å ha fokus på mat og kosthold i barnehagene, samt samarbeide med og veilede foreldre rundt kosthold. Skolene mener deres ansvar er å ha bevissthet og fokus på sunn mat, aktivitet og helse, både hos elever og foreldre, men også i personalgruppen. Skolen skal også samarbeide med foreldrene, ta opp overvekt som problematikk, veilede, og hjelpe foreldre til å få hjelp, samt vise hensyn for situasjonen deres. Skolen fremhever også sitt ansvar om å være våkne voksne for barna. Helsesøstrene sier deres ansvar er å avdekke og tilby hjelp. De skal kartlegge kosthold, gi informasjon og være støttespiller for foreldrene. Helsesøster er også den som har ansvar for jevnlig kontroll av barn, og videre kan hun opprette ansvarsgruppe og henvise til spesialist helsetjenesten. Barneverntjenesten sier deres ansvar er å bevisstgjøre og informere foreldrene om uheldige forhold ved barnets situasjon. De skal involvere seg i de meldingene de får, opplyse om meldeplikt og ha fokus på overvekt i saker de jobber med. Videre skal de undersøke hjemmeforhold, sette inn tiltak, samt følge opp og evaluere tiltakene. Halvorsen (2010) viser til at det i dag er helse-, utdannings- og sosialvesenet som er formidlere om hva som er rett, normalt og friskt. Her tenker jeg informantene har gitt eksempler på hvordan de utøver nettopp dette mandatet i arbeidshverdagen sin.

Likevel henviser alle informantene til helsesøster som den med hovedansvar for å hjelpe foreldrene med overvektige barn. I tråd med helsestasjons- og skolehelsetjenestens arbeid jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 er det helsesøster som driver med helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunen. Informantene begrunner vektleggingen av helsesøsters rolle i denne problematikken med at det er hun som har kontakt med familiene, og hun derfor har et stort ansvar til å informere og veilede foreldre, i tillegg til å følge de opp. Skolene forteller at de benytter seg mye av helsesøster når det kommer til overvektproblematikken: *"Det vi gjør, er at vi bruker veldig ofte helsesøster slik direkte mot barn som er overvektig og veiledning av foreldre"* (Skole 1). Skole 2 mener også at helsesektoren har et større ansvar for problematikken enn utdanningssektoren har: *"Altså helsebiten har et større ansvar enn utdanningsbiten vil jeg si"* (Skole 2). Det samme gjør Barnevern 1: *"For eksempel i forhold*

til overvektige barn. Det tenker vi er helse, og at det er noe som helsesøster bør gjøre". Har noen mer ansvar enn andre? Alle informantene har sagt noe om eget ansvar, likevel mener de at helsesøster har et større ansvar enn det de selv har på skolen og i barneverntjenesten. Barnets rett til utvikling etter barnekonvensjonens artikkel 6 omfatter alle sider ved barnets utvikling (FN's Barnekomité's generelle kommentar nr. 7, 2005). Med utgangspunkt i barnekonvensjonen artikkel 3 og 18, forstår jeg det slik, barn har krav på et helhetlig hjelpetilbud. Dette innebærer at hjelpen og forpliktelsene om å gi hjelp ikke kan ses på hver for seg. Kun når barna får et tilbud som treffer de behovene de har, får de det som er deres rett. For hva hjelper det om helsesøster kartlegger og veileder en gang i ny og ned, når barn ikke får hjelpen de trenger hjemme, i barnehagen eller på skolen. Statistikk viser i dag at 90 % av barna i alderen 1-5 år går i barnehage (SSB, 2015c), og alle barn fra 6-16 år går på skole. Barn trenger et tilbud som faktisk gis i de situasjonene hvor de trenger hjelp, og hvor endringen faktisk kan gjøres. Skolen og barnehagen ser barna nesten hver dag, og her tenker jeg de har et like viktig ansvar som det helsesøster har.

4.2.3 Har barneverntjenesten et ansvar?

Når det kom til spørsmålene om barneverntjenesten og overvektproblematikken hos barn, var informantene delt om hvilket ansvar de mente barnevernet burde ha. Skolene tror ikke barnevernet er rette instans, og mener helsesøster og lege skal ha ansvaret. Barnehage 1 tror ikke barnevernet har kunnskap om overvekttematikk, og hun ville derfor benyttet seg av helsesøster fremfor barnevernet. Likevel påpeker Skole 1 at barnevernet kan være riset bak speilet om foreldrene ikke ser alvoret og tar grep. Her tenker jeg at siden overvekt er et helsesøsterrelatert spørsmål, knytter informantene spørsmålet til det å inneha kunnskap om overvektproblematikk. Det er ingen tvil om at helsesøster har mer kompetanse på dette området, og det er på ingen måte meningen at barneverntjenesten skal overta helsesøsters arbeid. Jeg tenker at barneverntjenestens bidrag i denne sammenhengen knytter seg til foreldreveiledning, og hvordan foreldrene faktisk kan gjennomføre anbefalingene til helsesøster. Danielsen (2014) viser til at det er en sammenheng mellom foreldrenes oppdragerstil, og barnas livsstil og vekt. Foreldre som er omsorgsfulle, sensitive og konsistente er forbundet med sunnere matvaner og mindre risiko for utvikling av fedme. I denne sammenhengen tenker jeg barneverntjenesten har muligheten til å jobbe med foreldreferdighetene for å fremme sunne valg hos foreldrene. I stedet for å prøve å påvirke foreldrenes oppdragerstil ved å endre kost- og aktivitetsvanene dere.

Barnehage 2 derimot trekker frem at barneverntjenesten er de som kunne agert om barnehagen hadde et overvektig barn de var bekymret for: *"Hvis det er store bekymringer rundt et barn, så er det jo bare barnevernet som kan gjøre det. Vi har jo ikke noe annet system"* (Barnehage 2). Hun påpeker at grunnen til dette skyldes at barnevernet kan undersøke hjemmeforholdene, og viser med dette til maktposisjonene barneverntjenesten har. Barnevern 2 har en klar mening om at overvektproblematikk er noe barnevernet kan jobbe med, men hun tror at dårlig samarbeid og manglende erfaring, gjør at andre instanser er dårlige til å inkludere barnevernet i dette arbeidet. Informantene berører her et tema som omhandler mangelen på samarbeid på tvers av tjenestene i kommunen. Kommunikasjon og utveksling av informasjon er forutsetninger for samarbeid. Barneverntjenesten er den instansen som ikke naturlig kommer i kontakt med barn og familier, og er derfor avhengig av at noen bryr seg og gjør noe med det de har sett (Gjertsen, 2007). Barnevern 2 uttrykker her at de som ser barna er dårlige til å inkludere barnevernet i de forholdene de ser som kan være bekymringsfull for barn.

Alle informantene mener helsesøster har et viktig ansvar. Men Helsesøster 1 mener også at barnevernet burde hatt en større rolle. Hun begrunner dette med at helsesøster ikke kan hjelpe de barna som har foreldre som ikke vil ha hjelp. Hun savner et aktivitetstilbud til de barna som er så overvektige at de ikke kan delta i allerede organiserte aktiviteter, og mener barnevernet kan være de som tar ansvar for et slikt tilbud. Barnevern 1 derimot sier dette: *"Det er ikke sånn at vi går inn og lager gruppe for ditt og datt, som helsestasjonen og ungdomsklubbene kan gjøre. Vi gjør ikke det. Vi har ikke det perspektivet generelt, hvert fall ikke foreløpig i den her kommunen"*. Barnevernlovens § 3-1, første ledd omhandler barneverntjenestens ansvar for å drive generelt forebygging i kommunen. Uttalelsen over blir et eksempel på at kommune ikke har noen god praksis for dette. Av lovteksten fremkommer det at barneverntjenesten skal medvirke til at barns interesser ivaretas også av andre offentlige organer (jf. bvl. § 3-2). Noe som gir grunnlag til å stille spørsmålstegn ved hvem som egentlig har ansvar for hva når man ser at det mangler et viktig tilbud for å ivareta barns interesser og behov. På den ene siden kan det være helsesøster, men på den andre siden så kan det faktisk være barneverntjenesten på bakgrunn av deres samfunnsmandat.

Helsesøster har ingen andre å henvende seg til, og når foreldre og barn ikke tar grep opplever hun at det blir hennes problem, og ikke familiens: *"Men etter hvert, så ble det et problem at vi opplevde det som et problem, det ble for mye pes"* (Helsesøster 1). Helsesøster 2 gir også

uttrykk for dette problemet. Hun stiller spørsmålstegn ved hva mer som kan gjøres når hjelpen hun gir ikke fungerer: *"Fordi det opptar oss jo en del, og det er litt sånn frustrerende arbeid også, for man når ikke fram nødvendigvis. Man har litt mangel på gode ideer for å få ting til å bli bra"*. Begge helsesøstrene opplever at tiltak og behandling ikke alltid gir endring. Selv om begge helsesøstrene uttrykker en opplevelse av å være begrenset i sitt arbeidet med overvekten hos barn, har de likevel ulike vinklinger på det. Helsesøster 1 mener det er barnevernet som må komme inn for å gi et bedre tilbud eller en annen løsning, mens helsesøster 2 legger det litt på seg selv at hun ikke har klart å finne den rette løsningen. Jeg opplever her at helsesøster 2 deler samme oppfatning som Barnevern 1 om at overvektproblematikk er noe helsestasjonene må finne en løsning på.

Her tenker jeg det uttrykkes delte meninger om hvorvidt overvekt som problematikk er en privatsak, eller om det er slik at barnevernet må bryte seg inn i privatlivet. Halvorsen, Stjernø og Øverbye (2013) påpeker at det sjeldent forbys usunne eller helsenedbrytende levevaner i forebyggende arbeid, noe som informantene også gir uttrykk for når de beskriver overvekt som privat og vanskelig. Men likevel har de poengtert, når det kommer til barn, må vi bry oss. Hilberdink (2014) fant intervensjon kun på bakgrunn av overvekt hos barn er uetisk. Han mener kun en myk paternalisme kan forsvares etisk, med mindre det er ekstreme tilfeller av alvorlig overvekt hos barn hvor foreldrene ikke er samarbeidsvillig. I hvilken grad helsesøstrene opplever at foreldrene er samarbeidsvillige, og hvilken alvorlighetsgrad barnets overvekt har, er forhold som kan være med å si noe om hvorvidt barnevernet burde ha et ansvar.

Helsesøster 2 viser også til *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge* hvor det står at helsesøster har et hovedansvar for å initiere et samarbeid, hvor det kan være nødvendig med utrednings- og behandlingstiltak på andre arenaer. Helsesøster har etter dette ansvaret for å oppnevne en koordinator for barnet, og det er denne koordinatoren som videre har ansvaret for å involvere og koordinere fagpersoner til tverrfaglig samarbeid. I den forbindelse står barneverntjenesten øverst på listen med fokusområdet knyttet til foreldreveiledning og vurdering av omsorgssituasjonen (Helsedirektoratet, 2010, s. 51). Dette bekrefter at det ikke er unaturlig å tenke at det er behov for å vurdere barnets omsorgssituasjon og foreldreveiledning på andre områder enn matlaging og aktiviteter. Barneverntjenesten er allerede definert som en

samarbeidspartner i overvektproblematikk hos barn, likevel fremkommer det ikke før tiltaksnivå 3, noe som vil si at barna allerede har en iso-KMI på 30 (fedme).

Helsesøster er den som jobber med overvektproblematikken og er den som skal ta tak i, og setter i verk tiltak, men hun opplever utfordringer når arbeidet hun gjør ikke fungerer. Flere av informantene mener barnevernet burde ha ansvar for å agere i denne problematikken, med begrunnelsen om at barnevernet kan gå imot foreldrene og undersøke hjemmeforholdene. Helsedirektoratets (2010) retningslinjer viser også at barneverntjenesten kan ha en rolle i overvektproblematikken hos barn, men det blir her tydelig at det stilles noen krav til alvorlighetsgraden på overvekten før barnevernet involveres.

4.2.4 Når helsesøster ikke når frem ender barna med ansvaret selv

Helsesøstrene er selv veldig klar på at overvektproblematikk hos barn er foreldrenes ansvar, og at jobben for snu den uheldige utviklingen må gjøres hjemme. Om ikke foreldrene er motiverte er det ikke mye hun som hjelper kan gjøre:

”Man kan jo ikke stille krav til en seksåring. Foreldrene er jo nødt til å gjøre det. Hvis ikke foreldrene tar nødvendige grep, så blir man selvfølgelig bekymret for det. Vi kan informere og motivere så mye vi vil, men jobben må gjøres hjemme. Så hvis ikke foreldrene er motivert til å gjøre noe så kan jo vi lite gjøre”
(Helsesøster 1).

Det gis uttrykk for at løsningen på problematikken ikke er så enkel som å si at foreldrene har ansvaret, og at de kan få hjelp hos helsesøster så er problemet løst. Helsesøster viser her til at hjelpen hun kan gi er av lite betydning om ikke foreldrene er motiverte for å ta til seg rådene som blir gitt. Hun trekker også frem at det er nettopp dette som gjør det så vanskelig i enkelte tilfeller:

”Det er foreldrene som er nødt til å gjøre det, og det er litt det som er problemet. Ja, det er der problemet sitter. Ungene har lyst, ungene ønsker forandring. Vi har opplevd at unger har sagt til foreldrene at: jeg vil at du skal lage sunn mat til meg i matpakken. Også sitter foreldrene der og sier at: ja vi skal lage maten fra grunnen av. Også kjøper de ferdig mat. Man kan forstå det også, det er travelt i hverdagen” (Helsesøster 1).

Her peker helsesøster på de foreldrene som ikke klarer å gjøre det som er best for barna sine, og jeg tenker slike tilfeller gir grunn til å stille spørsmålstegn ved hvorvidt omsorgsplikten er ivaretatt ut fra barnets interesser og behov (jf. bl. § 30). Helsesøster 2 opplever at foreldrene feier overvekt som problematikk bort: *”Jeg har møtt flere ganger: jaja jeg var også litt rund*

når jeg var barn. At man tenker at det går over av seg selv” (Helsesøster 2). Helsesøster uttrykker en erfaring om at foreldrene ikke anser overvekt hos barna som alvorlig, og hvor de tenker det er noe som kommer til å gå over av seg selv, uten at det vil kreve en innsats fra dem som foreldre. Ved en holdning om at barnets situasjon ikke er alvorlig, er det kanskje ikke rart at foreldrene ikke er motiverte for å gjøre endring. En risiko med dette er at barnet blir belastet med å måtte ta skylden for at overvekten ikke forsvant slik som foreldrene hadde forventet. Om barna blir møtt med forventninger om at de, og kroppen deres, skal kvitte seg med overvektproblematikken av seg selv, er det ikke rart det er knyttet mye skam og skyld til overvektig når det indikerer at det er deg det er noe galt med. Om barnet har en slik forståelse kan dette igjen føre til lav selvfølelse og dårlig kroppsbilde (Helsedirektoratet, 2010), samt øke risiko for forstyrret spiseatferd (Steinsbekk og Danielsen, 2010).

Individualiseringen krever at borgene selv tar ansvar i egne liv (Mik-Meyer og Villadsen (2007), og der man selv har ansvar får man også skyld. Helsesøster trekker frem det at barn og ungdom bekymrer seg og plages av overvekt, og at de ofte selv må ta tak i problematikken: *”Vi har også opplevd og hørt om ungdom som på en måte bare tar tak selv når de bare blir gammel nok, og går ned i vekt. Som ikke har fått den nødvendige hjelpen fra foreldrene”* (Helsesøster 1). Helsesøster 2 tror at eldre barn tenker at det er deres skyld: *”Ja de sier det kanskje ikke slik direkte, men jeg tror nok at de tenker det fordi det er jo de selv som må gjøre noe med det for å endre vekten. Det er jo deres skyld”*. Helsesøster forteller at bare 1 av 3 som hun har henvist til spesialisthelsetjenesten har klart å gjøre noe med situasjonen sin. Han som klarte det var den eldste av de 3, han bestemte seg for å ta tak selv: *”Han som på en måte så sammenhenger og skjønner at her må jeg faktisk gjøre noe ellers så går det helt galt”* (Helsesøster 2). Helsesøster opplever at barn går inn og tar ansvar for egen helse etter hvert som de blir eldre. Selv om det for noen, kan være enkle grep som skal til, så er det ikke alle som klarer å se sammenhengen med overvekt, kost- og aktivitetsvaner i dag og konsekvensene i morgen. Det er egentlig litt trist at de må erfare at kroppen og helsen deres er i så stor fare at de blir reddet før endingen skal skje. Individualiseringsprosessen fører til mer ansvarliggjøring av barn, og i møte med barnehage, skolen og helsestasjon møtes de med normer om hva som er verdt å trakte etter (Halvorsen, 2010). At barna får mer ansvar og kontroll over egen helse og kropp er i tråd med deres rett til å bestemme i eget liv i samsvar med modenhet (jf. BK art. 6 og bl. § 31).

Helsesøster 1 forteller også en historie om en familie hvor et barn ikke hadde fortalt foreldrene om kommentarer han hadde fått på kroppen sin for å skåne foreldrene. Samtalen hadde vært ganske vond for barnet å fortelle, og foreldrene å høre:

”Bare det burde vært nok til at de foreldrene røyste seg og bare: nei nå altså, nå er det jammen meg nok. Da skulle man ikke behøve å koble inn hele hjelpeapparatet, true med barnevernet og hva det skulle vært” (Helsesøster 1).

Her uttrykker helsesøster en frustrasjon over at foreldrene ikke har sett barnets situasjon og agert på et tidligere tidspunkt. Det blir også et eksempel på hvor blinde foreldrene kan være når det kommer til å gjøre en vurderinger, om barnet deres er normalvektig eller ikke (Júliusson et al., 2011). Eksempelet omhandler et barn som tydelig har hatt det tungt på grunn av at han har vært overvektig. Det er en stor sannsynlighet for at han har skammet seg over situasjonen, og hatt mye ansvarsfølelse knyttet til egen situasjon. Måten helsesøster ordlegger seg på gir inntrykk av at barnet ga uttrykk for at noe måtte gjøres med situasjonen, og at foreldrene likevel ikke gjorde noe for å hjelpe barnet. Når foreldrene ikke gjør noe i slike tilfeller hvor barna deres har det vondt. De foreldrene som ikke tar grep for å hjelpe barna sine da, det gjør at Helsesøster 1 stiller spørsmålstegn ved hva omsorgssvikt egentlig er. Viner et al. (2010) viser til at feiling i endring av livsstil og unnvikende atferd hos foreldrene kan indikere omsorgssvikt, og helsesøster har etter dette grunnlag til å tenke at foreldrene ikke klarer å ivareta foreldreansvaret forsvarlig (jf. bl. § 30). Dette samsvarer også med Hilberdink (2014) som mener at i tilfeller hvor barna er alvorlig overvektig, og hvor foreldrene ikke samarbeider og handlingene deres gir grunn til å mistenke alvorlig skade for barnet, kan det kreve at staten griper inn i privatlivet for å ivareta barna (jf. BK art. 19).

Overvekt hos barn er en problematikk informantene mener mange har ansvar for. Alle sier de har ansvar, og ser andres ansvar. Likevel er det to ting som går igjen; foreldrene har hovedansvaret for barna, og helsesøster er den som skal hjelpe foreldrene. Jeg tenker også mye av ansvaret ligger i barnehagene og skolene fordi det er de som supplerer foreldreansvaret om å gi omsorg og tilrettelegge for utvikling hos barna daglig. Barnehagene og skolene har også en plikt til å være oppmerksom på forhold i barns situasjon etter opplysningsplikten som kan utløse tiltak etter barnevernloven. Heldigvis blir det påpekt at både skole og barnehage erkjenner at de har et ansvar, og bruker å henvise til helsesøster eller koble inn helsesøster for å skaffe hjelp til barnet.

Helsesøster selv opplever at hjelpen hun gir ikke alltid hjelper. Hvem er det da som skal ta ansvar? Det er ikke ukjent å tenke barneverntjenesten når man føler situasjonen til barnet har gått for langt, og noen av informantene mener det er her barnevernets rolle begynner. Det er likevel noe uenighet mellom informantene om hvorvidt barneverntjenesten burde involveres i saker som omhandler overvekt hos barn. I de tilfellene hvor helsesøster ikke opplever at hun når frem til foreldrene, ser hun at det blir barna som må ta skylden. Det er også barna selv som må ta ansvaret for å endre den uheldige livssituasjonen. Spørsmålet mitt i denne sammenhengen blir derfor: hvem er det som har ansvar når foreldrene feiler i å ivareta sitt? Statens er forpliktet til å beskytte barna (jf. BK art. 3) og skal tilby foreldre bistand (jf. BK art. 18), men hva skjer når bistanden ikke hjelper? Her kan det virke som at barna ender uten vern, og ender opp med å måtte ta ansvaret selv fordi det er usikkerhet om hvorvidt overvekt utløser behov for beskyttelse etter barnevernkonvensjonens artikkel 19. Det er derfor knyttet usikkerhet til hvorvidt barnevernet har noe ansvar og anses som en samarbeidspartner i overvektproblematikken hos barn. Barneverntjenesten er det statlige organet som har i oppgave å utøve samfunnsansvaret med å sikre at barns rettigheter blir ivaretatt der foreldrene trenger hjelp eller ikke er i stand til å gjøre det selv. Dette ansvaret innebærer også å medvirke til at barns interesser ivaretas av andre offentlige organer (jf. bvl. § 3-2). På bakgrunn av dette tenker jeg at det er en mulighet for at barneverntjenesten også kan ha en rolle, og være en samarbeidspartner i overvektproblematikken hos barn, selv om det ikke er særlig fremtredende i informantenes forståelse av ansvarsfordelingen i denne problematikken.

4.3 Overvekt hos barn kan være meldingsgrunnlag, men det er vanskelig å bedømme om overvekt er omsorgssvikt

Som følge av statens forpliktelse om å sikre barnet den beskyttelse og omsorg som er nødvendig for barnets trivsel (jf. BK art. 3), inngår det å treffe alle egnede tiltak for å beskytte barnet mot omsorgssvikt (jf. BK art. 19). Alle informantene er pålagt opplysningsplikt til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller at det foreligger andre former for omsorgssvikt etter barnevernlovens § 6-4. Viner et al. (2010) har gjort seg en erfaring om en bekymring om overvekt hos et barn ikke kommer til barnevernet før disse forhold er til stede: 1. Barnet er ekstremt overvektig, 2. barnet øker i vekt til tross for intensiv kontakt med helsevesenet over flere år, 3. barnet har utviklet komplikasjoner eller tilleggslidelser og 4. at profesjonelle er bekymret for hvorvidt foreldrene handler til barnets

beste. Vi skal her se på hvem som har meldt overvekt til barneverntjenesten, og hva informantene sier om det å melde overvekt som problematikk til barnevernet.

Når det kommer til hvem som har erfaring med bekymringsmeldinger som omhandler overvekt, er det kun Barnevern 1 og Helsesøster 1 som har kjennskap til dette. Barnevern 1 har mottatt melding fra fastlege og helsesøster, og Helsesøster 1 har vært med på å levere flere bekymringsmeldinger på bakgrunn av overvekt hos barn. Dette innebærer at både helsesøster og fastlege har hatt grunn til å tro at et barn har blitt utsatt for omsorgssvikt med på bakgrunn av overvekten hos barnet. Dette viser at lege og helsesøster har ment at barnet har hatt et særlig behov for undersøkelse eller behandling som foreldrene ikke klarer å sørge (jf. bvl. §§ 4-10 og 4-11), eller at andre vilkår etter bvl. § 4-12 er tilstede. Tidligere har det fremkommet at det er helsetjenestene som har ansvar for å jobbe med og samarbeide med familier med overvektproblematikk. Det er derfor en naturlig følge at det er helsesøster og fastlege er de som har innsikt i forholdene i barnets liv som kan utløse opplysningsplikt etter bvl. §§ 4-10 og 4-11.

Barnevern 2 har erfaring med at overvekt er nevnt i en melding, men har aldri opplevd å få en bekymringsmelding som har hatt overvekt som meldingsgrunnlag. Det kommer også frem at Skolen 1 har nevnt overvekt som en del av en annen bekymring eller som en tilleggsopplysning, men aldri alene. Barnevern 2 deler erfaringen med at skolen kan oppgi overvekt som tilleggsopplysning i en melding, men verken barneverntjenesten eller barnehagene har noen erfaringer med at overvekt har vært en del av en bekymringsmelding fra barnehagen. Her igjen er det vanskelig å tenke seg at dette skyldes brudd i opplysningsplikten til barneverntjenesten etter bhl. § 22. Ser man dette i sammenheng med Jùliusson et al. (2011) som mener det er nødvendig å ha objektive kriterier for å se overvekt hos små barn, kan man tolke det som en bekreftelse på at feilbedømmingen skjer hos profesjonelle også, og at barnehagene ikke ser overvekt hos små barn. Barnevernets samlede erfaring er at det leveres få bekymringsmeldinger på bakgrunn av overvekt hos barn. Likevel virker det som at i de tilfellene det er aktuelt, oppgis overvekten hos barnet som en del av bekymringen som meldes. Dette tenker jeg har en sammenheng med at overvekt oppleves som bekymringsfullt, og som en risiko for barns utvikling.

Når det kommer til hva informantene sier om det å melde overvekt til barnevernet, viser det seg at barnehage vektlegger hvorvidt overvekt kan være omsorgsovertakelsesgrunnlag etter

bvl. § 4-12. Ingen av informantene fra barnehagen har levert, eller nevnt overvekt som en del av en bekymringsmelding til barnevernet. Begge sier at det i teorien kunne vært en mulig, men barnehage 1 kommer med en tilleggsuttalelse som: *"han måtte vært tjukk altså"* og barnehage 2 sier hun ikke ville levert melding på bare overvekten: *"kun om den førte til tilleggsproblemer"*. Nøyaktig hva informantene legger i det å være *tjukk* og hvilken type tilleggsproblemer som må være til stedet er uvisst, likevel benevner de to av forholdene til Viner et al. (2010) at barnet må være ekstremt overvektig og ha utviklet tillegglidelser som følge av overvekten.

Skolenes begrunnelser om hvorfor de ikke har meldt overvektproblematikk til barneverntjenesten er også forhold som kan kjennes igjen hos Viner et al. (2010). Skole 1 anser det som det som aktuelt, men sier at det må være noe mer enn bare overvekten som er bekymringsfullt i barnets situasjon. Hun gir et eksempel på et barn har utfordringer som kun er knyttet til overvekt, men som ellers har god oppfølging fra hjemmet ved lekser og oppmøte på skolen. Skole 1 anser det ikke som aktuelt å melde kun overvekten i fraværet av andre komplikasjoner eller tillegglidelser hos barnet, likevel ser hun at overvekt kan være en del av omsorgssvikten (jf. bvl. § 4-12). I de tilfellene hvor hun har nevnt overvekt som en del av en bekymringsmelding til barneverntjenesten begrunner hun det med at andre forhold i barnets situasjon var ansett som omsorgssvikt. Skole 2 har verken meldt eller vurdert å melde på grunn av overvekt. Hun har vanskelig for å se for seg at overvekt skulle blitt et meldingsgrunnlag til barnevernet: *"Da måtte det vært ekstremt"*. Hun sier også at om det skulle vært aktuelt måtte det vært en kombinasjon av andre ting: *"ikke bare fedme eller at ungen var tjukk"*. Igjen trekkes forholdene om at barnet må være ekstremt overvektig og ha tillegglidelser eller andre komplikasjoner. Begge skolene trekker også frem foreldrenes innsats som avgjørende i forhold til om problematikken anses som bekymringsfullt nok til å melde eller ikke. Ved dette trekker de inn punktet til Viner et al. (2010) om at det må foreligge en bekymring om hvorvidt foreldrene ivaretar barnet på en god måte.

Hos helsesøstrene er det en stor forskjell hos de to informantene. Helsesøster 1 har meldt flere ganger på grunn av overvekt, og mener ganske klart at ekstrem overvekt hos barn er omsorgssvikt jf. bvl. § 4-12. Dette gir en antagelse om at Helsesøster 1 har erfaringer med at alle forholdene hos Viner et al. (2010) er til stede, herunder også bekymring knyttet til barnets vektøkning til tross for intensiv kontakt med helsevesenet over flere år. Helsesøster 2 har ikke meldt, eller nevnt overvekt som en del av en bekymringsmelding. Om hun skulle koblet

inn barnevernet måtte hun ha ansett det som omsorgssvikt, og hun har vanskelig for å se for seg et slikt tilfelle. Helsesøster gir med dette uttrykk for at hun aldri har opplevd at forholdene til Viner et al., (2010) har vært til stede for et overvektig barn, og hun har heller ikke sett behov hos et barn som har utløst opplysningsplikt etter bvl. §§ 4-10, 4-11 og 4-12. I stede for å levere bekymringsmelding, ville hun heller bedt om et samarbeid og invitert til et møte, selv om hun ikke har noen erfaring med det. Ved dette tenker jeg at helsesøster uttrykker et ønske om å inkludere barneverntjenesten inn i et samarbeid med foreldrene. Likevel får jeg inntrykk av at det er fordi hun selv er redd for å bli ekskludert fra det arbeidet som hun anser som sin oppgave. Dette kan kanskje være en av grunnene til at hun ikke har gjort det.

Det er få overvektige som meldes til barnevernet, likevel ser begge informantene fra barneverntjenesten at overvekt kan være omsorgssvikt. Barnevern 2 har ikke opplevd å motta bekymringsmelding om bare overvekt, men sier det har vært nevnt i sammenheng med andre bekymringer. Hun anser overvekt som grunnlag for å melde til barnevernet, og mener overvekt kan være omsorgsovertakelsesgrunnlag på lik linje med andre ting. Barnevern 2 er også den informanten som var tydeligst på at hun mener overvekt er en risiko for barns utvikling og at dette kan utløse rett til hjelp etter bvl. § 4-4. Barnevern 1 har erfaring med å ha mottatt melding om overvekt, og meldinger hvor overvekt var nevnt som tilleggsopplysning. Hun sier overvekt kan være omsorgssvikt, men at det må være noe mer enn bare overvekt for å melde til barnevernet. Barnevern 1 mener det kan være vanskelig å bedømme om overvekt er omsorgssvikt, og nevner også at barnevernet kommer veldig ofte for seint inn, og tror dette har noe med at omgivelsene bryr seg ikke bare om overvekt:

”Omgivelsene syns det er greit. De overvektige barna som er stille og rolig, de ser vi ikke før de kommer i ungdomsskolen, for da begynner de å skulke skolen, og da er det fordi barnet ikke kommer på skolen, ikke fordi ungen er overvektig”
(Barnevern 1).

Hun fremhever med dette forholdet om komplikasjoner og tilleggslidelser som viktig før man melder barnevernet. Videre viser hun også i uttalelsen sin to av Viner et al. (2010) viktigste poeng: overvekt og mislykkede forsøk på å redusere overvekt er ikke alene en bekymring for barnevernet: *”For det er klart at det er ikke alltid at barnevernet trenger å være inne, så lenge foreldrene er gode og forsvarlige foreldre”* (Barnevern 1). Det er tilfellene hvor det er gjentakende feiling som skyldes unnvikende atferd hos foreldrene kan indikere omsorgssvikt.

4.3.1 Er overvekt hos barn omsorgssvikt?

Utenom intervjuguiden til barneverntjenesten var ikke omsorgssvikt et begrep som ble brukt fra min side. Likevel går begrepet igjen i alle intervjuene for utenom ett. I hvilken grad informantene anser overvekt som et meldingsgrunnlag til barneverntjeneste handler om hvorvidt de anser overvekt som omsorgssvikt. Kynø, et al. (2012) definerer omsorgssvikt som en situasjon som innebærer risiko for barnet. Overvekt blir ansett som en risiko for barns utvikling, og det kan være omsorgssvikt når foreldrene ikke engasjerer seg positivt i det ernæringsmessige, fysiske eller medisinske hos barnet (Kíllen, 2009).

Barnevern 1 og Helsesøster 2 mener overvekt kan være et symptom på omsorgssvikt. Men Barnevern 1 påpeker at det er vanskelig å vurdere om det er omsorgssvikt som ligger i bunnen. Hun mener overvekt kan gå inn under begrepet omsorgssvikt, men at det er vanskelig å plassere det inn i den rammen, og at det ofte må være noe mer før man klarer det. Hun beskriver barneverntjenesten som siste instans hvor man tenker at barna er utsatt for grov omsorgssvikt fordi foreldrene ikke klarer å bidra til at barna får en bedre levestandard. Hun mener også at overvekt kan være et resultat av at foreldrene har hatt fokus på seg selv og ikke ungene, hvor godteri har blitt en erstatning. Hun viser her til det Kíllen (2009) beskriver som emosjonell vanskjøtsel når foreldrene ikke evner å prioritere barnets mest grunnleggende behov fremfor egne.

Om foreldre ikke sørger for nødvendig hjelp til barna, eller ta i mot hjelpen som blir gitt, kan det anses som omsorgssvikt. På denne måten blir overvekt en risiko som utløser et behov for beskyttelse. Men barnevern 1 påpeker også at det ikke er slik at alle overvekt hos barn skyldes omsorgssvikt. Det viktig å skille mellom foreldre som ikke får til, og foreldre som ikke vil. Bendiksen og Haugli (2015) har vist at foreldrenes samarbeidsevne også kan være et viktig forhold, og bekrefter viktigheten av Viner et al. (2010) punkt om at bekymrer er knyttet til hvorvidt foreldrene handler til barnets best.

Sjaaen (2013) mener barn har rett på vern mot overvekt og fedme, dette både fra foreldrene og fra staten. Men viser til at rettspraksis og fylkesnemndspraksis tilsir at det må være utviklet fedme eller belastningsskader før det fattes vedtak om omsorgsovertakelse. Hilberdink (2014) mener at selv om overvekt kan anses som omsorgssvikt er det etisk urettferdig og juridisk upraktisk å belaste foreldrene med forsømmelse. Dette samsvarer i stor grad med informantenes vektlegging i vurderingen om overvekt hos barn er noe som kan meldes til

barnevernet. Barnevern 2 er den eneste som tydelig mener overvekt kan være omsorgsovertakelsesgrunnlag på lik linje med andre ting. Fylkesnemndssaken i 2013 blir en bekreftelse på dette (FNV-2013-292-OPP). Likevel forekommer svært få slike tilfeller og dette var den eneste fylkesnemndssaken fant som gikk spesifikt på overvekt hos barnet. Få omsorgsovertakelses vedtak på bakgrunn av overvekt kan ha sammenheng med kriteriene Varness et al., (2009) skisserer som nødvendige for at å plassere et barn utenfor hjemmet: 1. høy sannsynlighet for at en alvorlig fare vil oppstå, 2. en rimelig sannsynlighet for at tvangstiltak vil føre til effektiv behandling og 3. fraværet av andre alternative løsninger. Hvorvidt disse forholdene ble vektlagt i vedtaket om å overta omsorgen for den 8 år gamle jenta i fylkesnemndssaken har jeg ikke satt meg videre inn i.

Likevel finner jeg det litt skremmende at det ikke eksisterer et mer forebyggende syn på barnevernets rolle i overvektproblematikken. Informantene anser ikke overvekt som et grunnlag til å melde til barneverntjenesten før vilkårene innen rettspraksis bekrefter at det kan fattes vedtak om omsorgsovertakelse. Barnehage 2 sier det slik: *Man måtte vurdert at omsorgen rett og slett var for dårlig, da får jo barnevernet en rolle.*

4.4 Barneverntjenesten har fokus på overvekt, men ikke tid til å jobbe forebyggende

Forebygging dreier seg om å redusere risikofaktorer i barns oppvekst, og om å styrke ressurser og kompetanse gjennom læringstiltak og helsefremmende tiltak (Gjertsen, 2007). Barneverntjenestens forebyggende mandat er både knyttet til individuell og generell forebygging av problematikk hos barn (jf. bvl. § 1-1), hvor det individuelle er beskrevet i bvl. § 3-1 og det mer generelle i bvl. § 3-2. Her er hva informantene sier om barnverntjenestens rolle i overvektproblematikken hos barn knyttet til forebygging.

Barnehagene har ingen erfaring med at barneverntjenesten har fokus på eller ressurser til å jobbe med overvekt. Barnehage 2 tror ikke overvekt er en vanlig henvisningsgrunn til barnevernet, og at de derfor ikke er involvert i slike saker: *"De blir vel ikke involvert før det kommer en melding. Folk flest har jo ikke kontakt med barnevernet, det er jo fordi det foreligger en bekymring, først da kommer de på banen"*. Likevel tenker hun at barnevernet må si i fra eller ta tak i overvektproblematikken når de ser det. Her tenker jeg hun uttrykker at barneverntjenesten har ansvar for å ta tak i overvekt hos de barna de jobber med. Overvekt kan på denne måten være en del av barnevernets forebyggende arbeid på individuelt nivå (jf.

bvl § 3-1). Samtidig uttrykkes det en skepsis til hvorvidt overvektproblematikk er et saksgrunnlag i barnevernet. Barnehage 1 har erfaring med at overvekt ikke er et fokus i barnevernssaker:

”Jeg har jobbet tett opp mot barnevernet i mange år, altså som fostermor, og de har ikke fokus på det. Jeg tror ikke det er det som ligger først hos dem. Da må det være mer rundt barnet enn bare overvekt” (Barnehage 1).

Dette gir et inntrykk av at hun har en erfaring med et tilfelle hvor overvekt var et problem hos barnet, uten at det ble bemerket av barneverntjenesten. Det virker som hun mener barnevernet ikke har fokus på overvekt om det ikke er knyttet til en annen problematikk som kan ha sammenheng med overvekten. Danielsen (2014), Steinsbekk og Danielsen (2010) og Helsedirektoratet (2010) nevner fysisk sykdom, psykososiale problemer, depresjon, forstyrret spiseatferd eller spiseforstyrrelser, og foreldrenes strategier rutiner som noen av forholdene jeg tenker kan bli ansett som en annen problematikk som kan ha sammenheng med overvekten hos barnet.

Barnehage 2 vet at barneverntjenesten kan jobbe forebyggende, men tror ikke de har tilstrekkelig med ressurser:

”Barnevernet kunne jo hatt litt sånn forebyggende jobb, men det tror jeg er som å tro på julenissen altså. For jeg kjenner at jeg har ikke troen på det i det hele tatt. Det er snakk om ressurser dette her, og jeg tror ikke at man får innvilget til det” (Barnehage 2).

Hun gir sterkt uttrykk for at hun ikke har troen på at barnevernet har mulighet til å jobbe på denne måten. Hun trekker også frem egen erfaring gjennom tidligere arbeid med hjelpetiltak og foreldreveiledning i barnevernet: *”Vi skulle drive veiledning der det var utviklingspotensialet, men de sakene vi fikk var så heavy at det ble jo ofte omsorgsovertakelse. Det blir mye brannslukking og akutte ting, og ikke det som kunne ført til utvikling og vært forebyggende”* (Barnehage 2). Jeg tenker Barnehage 2 referer til den individuelle forebyggingen barneverntjenesten kan utføre etter barnevernlovens kap. 4, og da særlig med utgangspunkt i bvl. § 4-4. Videre har hun ingen erfaring med at barnevernet jobber forebyggende mot overvektproblematikk hos barn.

Selv om barnehagene uttrykker kjennskap til at barnevernet kan jobbe forebyggende, tenker jeg det i stor grad refereres til barnevernlovens § 4-4 som omhandler hjelpetiltak. Jeg finner ikke at det blir nevnt noe om generell forebygging som kan relateres til barnevernets mandat

etter bvl. § 1-1 annet ledd og § 3-2. Barnehagene anser rett og slett ikke barnevernet som en forebyggende instans, i alle fall ikke i overvektproblematikken hos barn. Skolene har ingen erfaring med at barnevernet har fokus på overvekt hos barn. Skole 1 begrunner dette igjennom tidligere erfaringer, hvor barnevernet ikke fokuserer på overvekt i møte med skolen, ikke engang når det har blitt nevnt som tilleggsopplysning i bekymringsmelding. Skole 1 er med på å bekrefte antakelsene til Barnehage 1 om at overvekt ikke er en tematikk som ligger først hos barnevernet. Skole 1 tror likevel at barnevernet har fokus på overvekt når de er inne i familiene for eksempel i forbindelse med måltid, samspill og rutiner: *"I mitt hode så må de jo det, der er jo derfor de er der"* (Skole 1). For skolen blir det nesten utenkelig at ikke også barnevernet skulle komme innom overvektproblematikken enten det er i forbindelse med å tilrettelegge for ernæringsriktig mat, aktivisere barna slik at de utvikler motorikk eller at de får rutiner om mat og søvn, altså grunnleggende behov (Halvorsen, 2010). Samt barnevernets rolle i det å bistå foreldrene for å ivareta foreldreansvaret (BK art. 18). Her tenker jeg Skole 2 referer til det individuelle forebyggende arbeidet til barneverntjenesten.

Begge skolene nevner også tid og ressurser som begrunnelse for hvorfor barnevernet ikke jobber forebyggende med overvektproblematikk. Skole 2 tror ikke barnevernet har mulighet til å fokusere på denne problematikken fordi de har så mye annet å fokusere på. Skole 1 mener dette er fordi barnevernet ikke har profilert overvekt som tema, og tror heller ikke barnevernet har tid til å jobbe med en tematikk som overvekt selv om hun ser art det kunne vært nyttig:

"Når vi har overvekt så er det ikke barnevernet som blinker i hodet mitt, det er mye mer helsesøster. Men hadde barnevernet profilert seg på at vi kan hjelpe til på skolen, også med overvekt. Men jeg tror ikke barnevernet har tid til å brenne seg på slike ting, og si: ja vi har ei som er flink på overvekt, kom til oss å be om hjelp. JA sier jo alle skolene, også kommer vi. Slikt klarer jo ikke barnevernet følge opp, de har så mange saker allerede. Men nå når jeg sitter og snakker med deg så tenker jeg at: ja det er jo egentlig slik det burde være. For hvis vi har en bekymring og den familien trenger hjelp fra barnevernet, så kan barnevernet gå inn i familien. Det kan ikke vi som skole" (Skole 1).

Her blir det nok en gang bekreftet at barnevernet ikke blir ansett som en forebyggende instans, men denne gangen tenker jeg det refereres til det mer generelle forebyggende arbeidet (jf. bvl. § 3-2). Likevel påpeker Skole 1 her at dette ikke nødvendigvis handler om skolenes oppfatning av barnevernet, men også hvilke signaler barnevernet selv gir ut. Ingen fra barnehagen eller skolen har noen erfaring med at barnevernet har en rolle i

overvektproblematikken hos barn, noe som jeg tenker i stor grad handler om hvor aktiv barnevernet selv har vært på banen.

Skole 2 tror heller ikke barnevernet er rette instans fordi de har så mye annet å fokusere på:

”Da er det mer naturlig å tenke helsesøster som mer forebyggende. Hvis barnevernet skulle fått denne problematikken inn, så måtte de hatt mye mer ressurser. De ressursene burde kanskje heller brukes på helse, på helseforebyggende tiltak, på skolehelsetjenesten. Det tror jeg er adskillig lurere”
(Skole 2).

Her kommer det veldig tydelig frem at barnevernet ikke anses som en instans med et generelle forebyggende mandat. Fokuset på helse, og helseforebyggende tiltak knyttes til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og troen på at barnevernet kan gjøre noe med overvekt hos barn er ikke eksisterende. Skolene anser heller ikke barnevernet som en forebyggende instans.

Helsesøstrene har ulike erfaringer og meninger om barnevernets rolle i denne problematikken. Helsesøster 1 har erfart at barnevernet ikke gjør noe med problematikken når overvekt meldes, og hennes opplevelse er at det ikke hjelper å melde: *”Jeg tror ikke barnevernet synes det er alvorlig nok. Når det er bare overvekt, det var jo det barnevernet sa, så er det ikke grunn nok”*. Her vises det til en erfaring om at barnevernet har uttalt at overvekt som problematikken ikke er grunn nok for å melde til barnevernet. Dette bekrefter noen av de tidligere antagelsene om at det må være noe mer før overvekt er et problem for barnevernet. Likevel, når helsesøster har gått så langt som til å levere bekymringsmeldinger på barn på grunn av overvekt har hun uttrykt at hun har grunn til å tro at det foreligger vilkår for tiltak etter bvl. §§ 4-10, 4-11 og 4-12. At helsesøsters og barnevernets syns på slike forhold skal være så ulike finner jeg bemerkningsverdig. Helsesøster tror selv denne forskjellen skyldes at barnevernet mangler kunnskap om hvor skadelig overvekt kan være for barn. Hun trekker også inn at det sikker har noe med at omfanget på meldingene som omhandler overvekt er få, og at det derfor ikke blir oppfattet som problematisk.

Halvorsen, Stjernø og Øverbye (2013) skriver at et sosialt problem blir konstruert og ikke aksepteres før det berører mange og angår fellesskapet. Antallet meldinger barneverntjenesten får som omhandler overvekt hos barn indikerer i at det er et problem som berører mange. Likevel viser tall at 1 av 6 barn er overvektige, hvor 3 % har fedme (Hovengen og Hånes, 2015). Som vi så i punkt 4.2.3 er barneverntjenesten nevnt som en samarbeidspartner i overvektproblematikken hos barn når barna blir kategorisert med fedme. Med utgangspunkt i

at barnebefolkningen består av 1.126.000 barn (SSB, 2015a), utgjør 3 %: 33.780 barn som potensielt kunne hatt kontakt med barneverntjenesten i forbindelse med overvektproblematikk.

Helsesøster peker på et problem som omhandler hvem som skal sitte med makten til å definere hva som er alvorlig og skadelig for barn. Med utgangspunkt i at overvekt er en problematikk helsesøster har mye kunnskap om, gir det grunn til å tro at hun har mer kunnskap om årsaker og konsekvenser av overvekt enn det barnevernet har. Om helsesøsters vurdering er at barnet trenger mer bistand enn det hun selv kan bidra med, og anser bistanden som nødvendig for barnets behov. Er der ikke barneverntjenesten som er neste instans da? Om problematikken ikke blir ansett som alvorlig nok for barnevernet, hvem skal da hjelpe barnet? Ut fra dette kan det virke som at helsesøster kun kan se på at barnet ikke får forsvarlig hjelp før problematikken blir uforsvarlig nok til at barnevernet kan komme på banen.

Helsesøster 1 problematiserer at hun kan komme til et punkt hvor hun faktisk ikke har flere å spille på, og da tenker hun barnevernet kan fungere som *”riset bak speilet”* for de foreldrene som ikke har tatt grep om barnets situasjon. Helsesøster bruker her samme begrepet som Skole 1 om barnevernets rolle i overvektproblematikken hos barn. Dette kan tyde på at barnevernet anses som et makt- og kontrollorgan, og som en slags straff. Kan det her tenkes at det å kontakte barnevernet blir ansett som noe negativt, og at man tenker man straffer foreldre ved å gjøre det? Slik jeg forstår Helsesøster 1 ser hun et behov for at det føres en form for kontroll i de familiene hvor det kan virke som at foreldrene ikke klarer å ivareta barnets behov knyttet til kost og aktivitet. Selv om Helsesøster 1 har en klar formening om at barnevernet burde hatt en rolle i denne problematikken, viser hun også forståelse for at overvekt kanskje ikke blir oppfattet som alvorlig nok sammenlignet med annen problematikk som barnevernet jobber med.

Helsesøster 2 tror som flere av de andre informantene at barnevernet jobber med overvekt i barnevernssaker de allerede er inne i. Men hun har vanskelig for å se for seg hvilken rolle barnevernet skulle hatt i forhold til overvektproblematikken hos barn: *”Jeg har vel egentlig ikke sett hva de skulle gjort, hvilken rolle de skulle hatt i forhold til det”*. Om dette skyldes manglende kunnskap om barneverntjenestens arbeid og mandat, eller et behandlingsorientert perspektiv helsesøsters side er uklart. Men også hun opplever det som frustrerende når tiltak og behandling ikke gir endring, og arbeidet hun gjør ikke når fram. Spørsmålet blir da, hva

mer når det helsesøster gjør ikke fungerer? Helsesøster 2 ikke ville levert en bekymringsmelding til barnevernet, men heller invitert de til et samarbeid. Om man ser det i sammenheng med barnevernets forebyggende mandat kan man her tenke at Helsesøster 2 er den eneste som viser konkret til samarbeid som generelle forebyggende arbeidet til barneverntjenesten (jf. § 3-2).

De ansatte fra barneverntjenesten er selv optimistisk og tror at barnevernet har fokus på overvekt og tar tak i det i sakene de jobber i. Begge er også tydelige på at en melding om overvekt vil bli behandlet på lik linje med andre meldinger (jf. bvl. § 4-2). Likevel kommer det frem at overvekt som et tema i forhold til omsorgssvikt ikke har vært et fokus, og at overvekt generelt ikke er et fokus om det ikke står i bekymringsmeldingen.

Barnevern 1 sier det ikke et hovedfokus om det ikke står i meldingen. Hun trekker frem det at barnevernet involverer seg i de meldingene de får, men at det er sjeldent omgivelsene bryr seg om bare overvekt. Det at omgivelsene ikke bryr seg tenker jeg kan handle om at problematikken anses som vanskelig og privat. Om vi i tillegg ser dette i lys av den tydelige stigmatiseringen det kan medføre påpeke overvekten. Blir det kanskje vanskelig å skulle utsett barnet for slik eksponering av noe man oppfatter som et problem, om det ikke plager noen andre. Dette kan sees i sammenheng individets frihet og spørsmålet om hvor mye det offentlige skal prøve å påvirke hvordan barn og familier skal leve livet sitt (Halvorsen, Stjernø og Øverbye, 2013). Barnevern 1 erfarer at overvekt ikke kommer til barnevernet før det blir noe mer. Hun mener det kan være vanskelig å bedømme om overvekt er omsorgssvikt, og nevner også at barnevernet kommer veldig ofte for seint inn:

”Helsevesenet er ikke så flinke til å melde. Jeg ser det er blitt litt bedre i forhold til helsestasjonene og helsesøstrene, men mange av disse er litt sånn at de prøver å ordne det via helse veien. For det er klart at det er ikke alltid at barnevernet trenger å være inne, så lenge foreldrene er gode og forsvarlige foreldre”
(Barnevern 1).

Barnevern 1 mener at helsevesenet ikke er så flinke til å melde, og at dette kan skyldes at de prøver å løse problemene i egne instanser. Om vi ser dette i sammenheng med Helsesøster 2 usikkerhet knyttet til hvilken rolle barnevernet kunne hatt i overvektproblematikk hos barn, kan kanskje det være med på å si noe om hvorfor barnevernet ikke får så mange meldinger fra helsevesenet. Dette kan tyde på at det foreligge lite informasjon om barneverntjenesten og deres arbeidsoppgaver hos helseinstansene. Barnevern 1 viser også i uttalelsen sin to av Viner et al. (2010) viktigste poeng: overvekt og mislykkede forsøk på å redusere overvekt er ikke

alene en bekymring for barnevernet, men at gjentakende feiling som skyldes unnvikende atferd hos foreldrene kan indikere omsorgssvikt.

Barnevern 2 har opplevd at tilleggsopplysningen om overvekt i en melding har blitt vurdert som viktig informasjon, og at det var et fokus i saken. Likevel ser hun at barnevernets rolle i overvektproblematikken ikke er så stor, og sier det er et tema som drukner i andre ting.

Barnevernet driver ikke bevisst forebygging mot problematikken jf. bvl. § 3-2, og har generelt lit tid til å drive forebyggende arbeid: *”Vi skulle gjerne gjort det mer, og det er jo forebyggingen som virkelig virker, men da må vi ha mer ressurser dessverre”* (Barnevern 2). Hun sier også at barnevernet har lite tid generelt til å drive forebyggende arbeid. Selv tenker hun at det ville vært spennende å jobbe med overvektproblematikk hos et barn, og tror det ville vært relativt enkelt å få satt inn gode tiltak i en slik sak.

Det uttrykkes generelt en felles oppfatning om at barnevernet har fokus på overvekt i de sakene de jobber med. Min oppfatning er at det henvises til barnevernlovens § 4-4, individuell forebygging, ved tiltak hvor barneverntjenesten allerede er inne i en familie. På den ene siden tenker jeg det kan handle om at informantene er farget av eget fokus. Synet på overvekt i sammenheng med kosthold og aktivitet har vært et stort fokus i skole, barnehage og helsevesen. På den andre siden tenker jeg det kan handle om at overvekt er ansett som skadelig, og at hensynet til barnets beste skal ligge til grunn i alle handlinger og vedtak (jf. BK art. 3). Denne grunnholdningen kan være med på å beskrive antakelsene om hvorfor alle tror barnevernet tar tak i overvektproblematikk hos barn når de ser det. Her kan det tenkes at overvekt blir ansett som alvorlig for barn, og at det ville gått imot barnets beste (jf. bvl. 4-1) å ikke tatt tak i problematikken.

4.4.1 Tas det hensyn til barneverntjenesten før det meldes?

Det fremkommer at overvekt hos barn er knyttet til forebyggende arbeid. Barneverntjenesten anses ikke som en forebyggende instans. Noe av grunne til dette kan det virke som at er knyttet til begrepene: *ressurser, alvorlig nok, og lite tid.*

Manglende inntrykk og erfaringer på at overvektproblematikk er noe barnevernet kan jobbe med, gjør at informantene ikke tenker barnevern i denne problematikken. De mener barnevernet har nok å gjøre med mer alvorlige ting. Barnevernet jobber jo med vold, rus, seksuelle overgrep, ja det informantene vil definere som omsorgssvikt. Overvektproblematikk sett opp mot det informantene er kjent med og anser som omsorgssvikt, blir ikke overvekt

alvorlig nok for barneverntjenesten. Selv om informantene mener overvekt er bekymringsfullt med tanke på barns helse og utvikling, virker det som at de tar hensyn til barnevernet:

Barnevernet har jo ikke tid til å brenne seg på slike ting, de har jo så mange saker allerede (Skole 1), *”Hvis de ser unger som lever i rusproblematikk, vold og vanskjøtsel, så skjønner jeg jo at de må prioritere”* (Helsesøster 1), *”men barnevernet har jo ganske mye å gjøre”* (Helsesøster 2) og *”Hvis nå barnevernet skulle fått denne problematikken og inn, så måtte jo de hatt mye mer ressurser”* (Skole 2).

Tall fra statistisk sentralbyrå (2015e) viser at det har vært en økning i antall barn med omsorgstiltak fra barneverntjenesten. Fra 2013 til 2014 har andelen barn under omsorg økt med 6 %, og i 2014 var det 9.600 barn med omsorgstiltak fra barneverntjenesten. Kan det tenkes at denne økningen kan forklares med at det blir tatt hensyn til barneverntjenesten før det meldes? Om bekymringene som meldes til barneverntjeneste i stor grad bærer preg av at melderne er sikker på at vilkår for omsorgsovertakelse er til stede, vil det kunne føre til at barneverntjenesten kommer for sent inn. Noe som videre kan føre til at omsorgsovertakelse er siste løsning. Barneverntjenesten ender derfor med å drive brannslukkende arbeid med tiltak etter barnevernlovens § 4-12 fremfor mer forebyggende arbeid etter lovens § 4-4.

5 Avslutning

Overvekt hos barn kan ha en rekke uheldige konsekvenser for barn, og er noe som blir forstått som en bekymringsfull situasjon for barn, og en risiko for barns utvikling. Det er klare meninger om hvem som har ansvar i overvektproblematikken hos barn, og foreldrene og helsesøster blir dratt fram som viktige aktører. Informantene gir et inntrykk av at det ikke er vanlig å tenke på barneverntjenesten som en samarbeidspartner i overvektproblematikken, dette skyldes usikkerhet til hvorvidt overvekt hos barn skal anses som omsorgssvikt.

Utgangspunktet for denne oppgaven var å se hvilken rolle barneverntjenesten kunne fått i overvektproblematikken hos barn, i de tilfellene hvor man opplevde at barnets situasjon var bekymringsfullt utover det området for dem som opplevde bekymringen kunne gjør noe med. Tanken var at barneverntjenesten i disse tilfellene kunne være en samarbeidspartner i det forebyggende arbeidet med barn. For informantene var det ikke vanlig å tenke på barneverntjenesten i denne problematikken fordi det eksisterer en holdning om at barneverntjenesten kun jobber med alvorlig omsorgssvikt. I dette tilfellet får jeg et behov for å påpeke at barneverntjenesten kan være en samarbeidspartner uten at opplysningsplikten er utløst, noe som ikke var et synspunkt som ble uttrykt. Dette tenker jeg kan handle om at de aktørene som ble representert av mine informanter ser på barneverntjenesten som kun et makt- og kontrollorgan, hvor det i all hovedsak anvendes tvangstiltak. Dersom synet på barneverntjenesten er slik, kan det forklare hvorfor deres rolle som hjelper og samarbeidspartner forsvinner noe.

Ingen informanter fremhevet at man ved samtykke fra foreldre kan inngå et samarbeid med barneverntjenesten, barnevern ble derimot omtalt som riset bak speilet fremfor en hjelpende hånd. Dette gir meg grunn til å anta at det ikke er vanlig i barnehager, skoler og helsetjenester å tenke at foreldrene kan ønske et samarbeid med barneverntjenesten. En slik tankegang kan begrunne hvorfor informantenes syntes å mene at det må foreligge alvorlige forhold slik at de kan gi opplysninger til barneverntjenesten, heller enn å initiere samarbeid. Om man ser på de økende tilfellene av omsorgstiltak hos barneverntjenesten, så kunne det vært interessant å undersøkt om det kunne hatt en sammenheng med at barnevernet kun blir involvert i saker hvor melderne mener vilkårene for omsorgsovertakelse er tilstede (SSB 2015e).

Det viser seg at det er særlig to forhold som må være tilsted før overvekten kommer som bekymring til barneverntjenesten: 1) barnets overvekt må være ekstrem, iso-KMI over 30, noe

som tilsvarer fedme, og 2) overvekten må ha ført til tilleggsproblematikk for barnet. Dette sammenlignet med teori og forskning som er presentert i oppgaven, viser at halvparten av forholdene som gir hjemmel for vedtak om omsorgsovertakelse må være tilstede. Schwimmer et al. (2003) finner i sin studie at barn med fedme ikke rapporterer at tilleggs lidelser virker inn på opplevd livskvalitet sammenlignet med de som ikke har tilleggs lidelser. Dette kan vise et behov for innsikt i om alvorlighetsgraden av barnets fysiske eller psykiske helsekonsekvensene skal veie tyngst. Barn opplever at livskvalitet synker i takt med at KMI stiger (Steinbekk og Daniel, 2010), uavhengig om det forekommer tilleggs lidelser. Dette kan gi grunn til å stille spørsmålsteget med om hjelpen burde kommet tidligere for barnets del, og hvilken skade det utgjør for barnet med å vente til overvekten har ført til tilleggs lidelser.

Mitt valg om å bruke begrepet overvekt kan ha virket inn på vurderingen informantene har gjort når det har vurdert barnevernets rolle i denne problematikken. På den måten at svarene kunne vært annerledes om jeg hadde brukt begrepet fedme i stedet, og at fedme hos et barn kunne skapt flere assosiasjoner til barneverntjenesten enn det overvekt hos barn gjorde.

Informantene uttrykker usikkerhet angående hvilke spesifikke ansvarsområder barneverntjenesten har i forhold til overvektproblematikken, og barnevernet blir derfor ikke ansett som en samarbeidspartner. Datamaterialet viser også at informantene ikke uttrykker forventninger om at barneverntjenesten skal bidra i denne problematikken, og på den måten blir det en selvoppfyllende profeti at barnevernet ikke bidrar. Dette leder hen til å peke på at barneverntjenesten selv må ta ansvar for å avklare sine ansvarsområder, både for seg selv og andre. Overvekt kan være et symptom på omsorgssvikt, noe hvert barn har rett til myndighetenes beskyttelse mot. For at beskyttelsen skal være reell, må de ansvarlige aktører som arbeider med barn ha kunnskaper om sine ansvarsområder. Barneverntjenestens mandat må avklares i denne problematikken. Selv om barnekonvensjonen og barnevernloven har lagt noen rammer for at dette også er en problematikk som kan angå barneverntjenesten, gir ikke informantene inntrykk av at de tenker det er aktuelt. Min oppfatning er et at dette i stor grad kan skyldes andre tjenesters syn på barneverntjenesten, og at det derfor tas for stort hensyn til barnevernet før det leveres bekymringsmeldinger.

Formålet med denne undersøkelsen var å belyse forståelse av barneverntjenestens rolle i overvektproblematikken hos barn, for å få et inntrykk av hvorvidt overvekt hos barn er en bekymring som kommer til barneverntjenesten. Resultatene viser at overvekt hos barn er

bekymringsfullt og vurderes som en risiko for barns utvikling. Likevel mottar barneverntjenesten få bekymringsmeldinger om overvekt hos barn, noe som ut fra mitt datamateriale i stor grad skyldes usikkerhet knyttet til hvorvidt overvekt anses som omsorgssvikt. Det fremkommer en klar formening om at barneverntjenesten har fokus på overvekt i sakene de jobber med, men at barneverntjenesten ikke har tid til å drive generelt forebyggende arbeid. Barneverntjenestens rolle i overvektproblematikken blir derfor ikke markant fordi instansene anser overvektproblematikk som forebyggende arbeid som hører til hos andre instanser enn barneverntjenesten. Selv om mine intervjuer med et lite antall informanter ikke kan gi et entydig svar på min problemstilling kan undersøkelsen være med på å gi et inntrykk av forventninger og manglende forventninger knyttet til barneverntjenestens rolle i overvektproblematikken hos barn. Videre kan tendensene som fremkommer også ha overføringsverdi til hvordan barneverntjenestens mandat blir forstått av andre instanser.

Litteraturliste

- Barnekonvensjonen (BK). FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20.november 1989.
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD). (2012). *Bedre beskyttelse av barns utvikling: Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*. (NOU 2012:5). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Barnehageloven (bhl.). Lov om barnehager av 17.juni 2005 nr. 64.
- Barnelova (bl.). Lov om barn og foreldre av 8.april 1981 nr. 7.
- Barnevernloven (bvl.). Lov om barneverntjenester av 17. juli 1992 nr. 100.
- Bendiksen, L. R. L. og Haugli, T. (2015). *Sentrale emner i barneretten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Danielsen, Y. S. (2014). *Fedme hos barn. Intervensjoner og atferdsendringer i praksis*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Deila, M. (2007, 11.januar). Foreldre kan bli fratatt omsorgen for overvektig 12-åring. Telemarksavisa. Hentet fra: <http://www.ta.no/nyheter/foreldre-kan-bli-fratatt-omsorgen-for-overvektig-12-arig/s/1-111-2514223>
- Eikesdal, B. (2011, 7.september). Foreldre mister omsorgen fordi barna er for tjukke. Hentet fra: <http://www.tv2.no/a/3575215>
- Ekornrud, T. (2012). I: Kjelvik, J. (2012). *Barn og unges miljø og helse 2011: Utvalgte indikatorer om barn og unges fysiske og sosiale miljøfaktorer* (Vol. 2012/12, Rapporter (Statistisk sentralbyrå:online)). Oslo: Statistisk sentralbyrå. (s.28-40).
- FN's barnekomité's Generelle kommentar nr. 7 (2005). Gjennomføring av barnets rettigheter i tidlig barndom.
- FN's barnekomité's Generelle kommentar nr. 14 (2013) om barnets rett til hans eller hennes beste skal være et grunnleggende hensyn (art. 3, para. 1).
- FN's barnekomité's Generelle kommentar nr. 15 (2013) om barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandarden (art. 24).
- FNV-2013-292-OPP.
- Gjertsen, P. (2007). *Forebyggende barnevern: Samarbeid for barnets beste*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Glavin, K., og Erdal, B. (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis: Til beste for barn og unge i kommune-Norge*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Halvorsen, K. Stjernø, S. og Øverbye, E. (2013). *Innføring i helse- og sosialpolitikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelens Forlag.
- Halvorsen, K. (2010). *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Haugli, T. (2012). *Hensynet til barnets beste*. I: Sandberg, K., Kjørholt, E. S., og Høstmælingen, N. (2012). *Barnekonvensjonen: Barns rettigheter i Norge* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

- Helsedirektoratet. (2010). Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2011). Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24.juni 2011 nr. 30.
- Helsepersonelloven (hpl.). Lov om helsepersonell m.v. av 2.juli 1999 nr. 64.
- Hilberdink, W.J.A. (2014). *The child's right to a lean future. Ethical justification of state intervention in cases of childhood obesity* (masteroppgave). Universiteit Utrecht. Lastet ned den 15.10.15 fra: <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/296342>
- Hovengen, R. og Hånes, H. (2015, 22.februar). *Overvekt og fedme hos barn og unge – faktaark med helsestatistikk*. Lastet ned den 13.03.2015 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=84303>
- Jacobsen, B. K. og Aars, N. A., (2015). Changes in body mass index and the prevalence of obesity during 1994–2008: repeated cross-sectional surveys and longitudinal analyses. The Tromsø Study. *BMJ Open*, 5(6).
- Júlíusson, P. B., Eide, G. E., Roelants, M., Waaler, P. E., Hauspie, R., og Bjerknes, R. (2010). Overweight and obesity in Norwegian children: prevalence and socio-demographic risk factors. *Acta Paediatr*, 99(6), 900-905
- Júlíusson, P. B., Roelants, M., Markestad, T., og Bjerknes, R. (2011). Parental perception of overweight and underweight in children and adolescents. *Acta Paediatrica*, 100(2), 260-265.
- Killén, K. (2009). *Sveket I. Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Kjørholt, E. (2012). *Prinsippet om barnets rett til liv, overlevelse og optimal utvikling*. I Sandberg, K., Kjørholt, E. S., og Høstmælingen, N. (2012). *Barnekonvensjonen: Barns rettigheter i Norge* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Kokkvoll, A., Jeppesen, E., Júlíusson, P. B., Flaegstad, T., og Njolstad, I. (2012). High prevalence of overweight and obesity among 6-year-old children in Finnmark County, North Norway. *Acta Paediatr*, 101(9), 924-928.
- Kristiansen, H., Júlíusson, P. B., Eide, G. E., Roelants, M., og Bjerknes, R. (2013). TV viewing and obesity among Norwegian children: the importance of parental education. *Acta Paediatr*, 102(2), 199-205.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kynø, N. M., Lindboe, A., Vetlesand, N., Skotte, L. H., Bjaanes, A. K. S., Syversen, M. og Randklev, S. (2012, 14.september). Omsorgssvikt/vanskjøtsel av barn. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer/omsorgssvikt-vanskj%C3%B8tsel-av-barn#subtheme-5>
- Lindboe, K. (2011). *Barnevernloven*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Martin, A., Saunders, D. H., Shenkin, S. D., og Sproule, J. (2014). Lifestyle intervention for improving school achievement in overweight or obese children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, Cd009728. doi:10.1002/14651858.CD009728.pub2.
- Mik-Meyer, N. og Villandsen, K. (2007). *Magtens former: sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren*. København: Reitzel. Kap. 7, side 146-169.
- Mitgang, M. (2011). Childhood obesity and state intervention: An examination of the health risks of pediatric obesity and when they justify state involvement. *Columbia Journal of Law and Social Problems*, 44(4), 553-587. Lastet ned den 14.10.2015 fra: <http://search.proquest.com/docview/888030341?accountid=17260>
- Opplæringslova (oppl.). Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa av 17.juli 1998 nr. 61.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.). Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2.juli 1999 nr. 63.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M. og Varni, J. W. (2003). Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *Jama*, 289(14), 1813-1819.
- Sjaaeng, V. (2013). *Barns rettslige vern mot overvekt og fedme* (masteroppgave). Universitetet i Tromsø.
- Skandsen, A. og Birketvedt, K. (2012, 31.august). Nasjonal omsorgssvikt. Overvekt hos barn kan sees på som omsorgssvikt fra foreldre. Barnevernet må inn i fedmebekjempelsen. *Dagbladet*. Hentet fra: <http://www.dagbladet.no/2012/08/31/kultur/debatt/kronikk/barn/fedme/23199623/>
- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2015a). *Barn og unge i befolkningen. Demografisk bilde av norske barn*. Lastet ned den 04.10.15 fra: <https://www.ssb.no/a/barnogunge/2015/bef/>
- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2015b). *Barn og unges fritid. Flere radiolyttere*. Lastet ned den 04.10.15 fra: <https://www.ssb.no/a/barnogunge/2015/fritid/>
- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2015c). *Barn og unge. Barn i barnehagen. Flere minoritetsspråklige går i barnehage*. Lastet ned den 04.10.15 fra: <https://www.ssb.no/a/barnogunge/2015/barnehage/>
- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2015d). *Barn og unge i skulen. Stadig fleire grunnskuleelevar*. Lastet ned den 04.10.15 fra: <https://www.ssb.no/a/barnogunge/2015/skole/>
- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2015e). *Barn og unge i barnevernet. Auke i barn under omsorg av barnevernet*. Lastet ned den 04.10.15 fra: <https://www.ssb.no/a/barnogunge/2015/barnevern/>
- Steinsbekk, S. og Danielsen, Y. S. (2010). Fedme hos barn og unge – implikasjoner for psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 47(1), 23-28. Lastet ned fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=102697&a=2
- Suglia, S. F., Duarte, C. S., Chambers, E. C., og Boynton-Jarrett, R. (2013). Social and behavioral risk factors for obesity in early childhood. *J Dev Behav Pediatr*, 34(8), 549-556.

- Svartdal, F. (2009). *Psykologiens forskningsmetoder – en introduksjon*. Bergen: Fagbokforlaget
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Torsheim, T., Leversen, I. og Samdal, O. (2007). Sosial ulikhet i ungdoms helse: Er helseatferd viktig? *Norsk Epidemiologi*, 17(1), 79.
- Varness, T., Allen, D. B., Carrel, A. L., og Fost, N. (2009). Childhood Obesity and Medical Neglect. *Pediatrics*, 123(1), 399-406.
- Viner, R. M., Roche, E., Maguire, S. A., & Nicholls, D. E. (2010). Childhood protection and obesity: framework for practice. *BMJ*, 341.
- WHO. (2014, oktober). Facts and figures on childhood obesity. Hentet den 13.03.15 fra: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/en/>
- WHO. (2015, januar). Obesity and overweight. Hentet den 13.03.15 fra: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i masterprosjekt

”Barn og overvekt”

Bakgrunn og formål

Overvekt og fedme kan føre til helserelaterte plager, men er også assosiert med psykiske og psykososiale vansker. Som barnevernspedagog er jeg opptatt av hva jeg og andre kan gjøre for å forhindre overvekt som problematikk hos barn. Derfor ønsker jeg å undersøke hvordan ulike instanser opplever overvekt hos barn, og hva de tenker er aktuelt å gjøre med denne problematikken.

Jeg ser for meg at dette kan være en tematikk som kan virke skremmende og sensitivt for mange. Noen tenker kanskje at det ikke er aktuelt i deres arbeid eller at de ikke kan bidra med noe om temaet. Derfor ønsker jeg å si at du som deltaker i undersøkelsen ikke trenger å ha jobbet med overvekt eller ha noen spesielle kunnskaper om tematikken. Min interesse er å finne ut hva du tenker om overvekt hos barn og dine vurderinger på tematikken i arbeidet ditt.

Jeg ønsker derfor å invitere deg til å delta i undersøkelsen min som er et masterprosjekt ved Universitetet i Tromsø.

Hva innebærer deltakelse i undersøkelsen?

Prosjektet er en kvalitativ undersøkelse. Deltakelse innebærer derfor å stille til et intervju som er beregnet til ca. 1-1½ time. Jeg har utarbeidet en intervjuguide som jeg ønsker å benytte meg av under intervjuet, og intervjuene vil bli tatt opp. Lydopptaket vil bli slettet etter at de er transkribert, dette vil skje senest innen 1-2 dager etter intervjuet. Den innhentede informasjonen vil videre bli brukt anonymt i en analyse i prosjektet som etter planen skal avsluttes 1.juni 2015.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun jeg som vil ha tilgang til opplysningene om hvem du er. All informasjon vil for andre bli anonymisert slik at det ikke vil kunne knyttes tilbake til deg, verken direkte eller indirekte. Lydopptaket vil bli transkribert og slettet rett etter intervjuet, og videre anonymisert ytterligere for å sikre full anonymitet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i undersøkelsen, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg vil alle opplysninger om deg bli slettet umiddelbart.

Dersom du ønsker å delta i prosjektet, ta kontakt med meg på e-post eller telefon så avtaler vi tid og sted. Om du har spørsmål knyttet til prosjektet ellers er det bare å ta kontakt!

Med vennlig hilsen
Irmelin Kumaran Mortensen
E-post: innelinn@hotmail.com
Tlf: 905 98 247

Vedlegg 2: Intervjuguide barnehage, skole og helsesøster

Tanker om overvekt hos barn:

1. Hva er dine tanker om overvekt hos barn?
2. Kan du beskrive et barn som du ville definert som overvektig? Hva vurderes? Beskriv hvorfor. Noe av dette du anser som mer problematisk for barnet enn andre? Hvorfor?
3. Hva vet du om konsekvenser av overvekt hos barn? (fysisk, psykisk, sosialt, psykososialt). Beskriv hva du legger i disse konsekvensene. Noe som er mer bekymringsfullt enn andre? Beskriv hvorfor. Gi noen eksempler på hvordan dette bekymrer deg i arbeidet ditt?

Arbeid med overvekt hos barn:

4. Hvordan oppfatter du ansvarsforholdet i overvektproblematikken hos barn - Hvem har ansvar? Hva har de ansvar for? Beskriv hvorfor. Hva vurderer du som ditt ansvar?
5. Hvem vurderer du står best i posisjon til å ta tak i overvektproblematikken hos barn? Tar du tak i denne problematikken? Med hvem? Hvordan? Hvorfor? (Foreldre/Barn/Andre instanser). Beskriv. Gi eksempler.
6. Hvem vurderer du som gode samarbeidspartnere i arbeid med denne problematikken? Hvorfor? Hvilket bidrag har de? Hvorfor er dette viktig? Gi eksempler på hvordan du jobber med disse. (forebyggende/tverrfaglig/tidlig innsats)

Barnevernets rolle i overvektproblematikk:

7. Hva er din oppfatning av barnevernets rolle i overvektproblematikken? Har du noen erfaringer? Gi eksempler på hva du tenker er deres bidrag. (som forebyggende instans?)
8. Har du noen gang levert en bekymringsmelding til barnevernet hvor overvekt var nevnt? Forklar hva tenker du grunnen til dette er?
Om ja: Kan du fortelle mer om denne/disse situasjonen? Hva vektla du? Din erfaring med barnevernet i disse situasjonene? Hva vet du om hva barnevernet gjorde? Hvordan var din reaksjon på det?
9. Har du noen gang vurdert å levere en bekymringsmeldingsmelding på grunn av overvekt hos et barn?
Om ja: Beskriv tilfellene. Hvorfor meldte du ikke? Hvordan er situasjonene nå?
Om nei: Tenker du det ville vært aktuelt å levert en bekymringsmelding som omhandlet overvekt hos et barn? Beskrive hvordan en slik situasjon ville sett ut.
10. Hva vektlegger du i din vurdering av om overvekt er bekymringsfullt/problematisk nok for at det skal meldes til barnevernet?
11. Hvilke forventninger har du til barnevernet når du leverer en slik melding? Gi eksempler på hva du tenker barnevernet kan bidra med i denne problematikken.

Beskriv hvorfor du tenker det er barnevernet som må gjøre dette?

12. Hva er ditt syn på barnevernets involvering i overvektproblematikk hos barn?
Kunne det vært gjort mer fra deres siden? Hva? Hva må til? Hvorfor gjøres det ikke?
Beskriv. Gi eksempler.
Kunne f.eks du bidratt for å bedre noe av dette?

13. Hvordan ville du vurdert det å levere en bekymringsmelding som omhandlet undervekt hos et barn sammenlignet med en melding som omhandlet overvekt? Hvorfor?
Beskriv hva tenker du er annerledes og hvorfor?
Dine tanker om barnevernet ville behandlet meldingen annerledes.

Avrundning:

1. Er det noe du vil fortelle meg som jeg ikke har spurt deg om?
2. Hvordan opplevde du det å bli intervjuet om denne tematikken?
3. Kan du si litt om dette er et tema som opptar/påvirker deg utenfor jobb? Gi eks.
4. Er det noe av det du har sagt du ønsker å korrigere?

Vedlegg 3: Intervjuguide barneverntjenesten

Tanker om overvekt hos barn:

1. Hva er dine tanker om overvekt hos barn?
2. Kan du beskrive et barn som du ville definert som overvektig? Hva vurderes? Beskriv hvorfor. Noe av dette du anser som problematisk for barnet? Hvorfor?
3. Hva vet du om konsekvenser av overvekt hos barn? (fysisk, psykisk, sosialt, psykososialt). Beskriv hva du legger i disse konsekvensene. Noe som er mer bekymringsfullt enn andre? Beskriv hvorfor. Gi noen eksempler på hvordan dette bekymrer deg i arbeidet ditt?

Arbeid med overvekt hos barn:

4. Hvordan oppfatter du ansvarsforholdet i overvektproblematikken hos barn? Hvem har ansvar? Hva har de ansvar for? Beskriv hvorfor. Hva vurderer du som ditt ansvar?
5. Hvem vurderer du står best i posisjon til å ta tak i overvektproblematikken hos barn? Tar du tak i denne problematikken? Med hvem? Hvordan? Hvorfor? (Foreldre/Barn/Andre instanser). Beskriv. Gi eksempler.
6. Hvem vurderer du som gode samarbeidspartnere i arbeid med denne problematikken? Hvorfor? Hvilket bidrag har de? Hvorfor er dette viktig? Gi eksempler på hvordan du jobber med disse. (forebyggende/tverrfaglig/tidlig innsats)

Barnevernets rolle i overvektproblematikk:

7. Hva er dine tanker om overvekt som et fokus/risikofaktor i barnevernet?
8. Har du noen gang mottatt en bekymringsmelding hvor overvekt var nevnt? Forklar hva du tror ligger bak? *Om ja:* Kan du fortelle mer om denne situasjonen? Hva ble vektlagt i din vurdering av denne meldingen? Hva ble gjort?
9. Hva tenker du om overvekt som grunnlag for å levere bekymringsmelding til barnevernet? Hvorfor? Burde instanser melde slik problematikk til dere?
10. Kan du beskrive en situasjon hvor du tenker det ville vært grunnlag for å levere en bekymringsmelding som omhandlet overvekt? Hva anser du som viktigst i denne situasjonen? Hvorfor?
11. Hva ville du gjort dersom du hadde mottatt denne meldingen?
12. Hvilke tanker har du om overvekt som grunnlag for omsorgsovertakelse? Kan du beskrive hvordan du ser for deg at en slik situasjon måtte vært?
13. Hva er din oppfatning av barnevernets rolle i overvektproblematikken? Har du noen erfaringer? (som forebyggende innstans). Hva kan barnevernet bidra med i en slik problematikk hos barn? Hvorfor? Hvordan?

Hvilke tiltak kunne vært aktuell? Gi eksempler. Noen av disse du anser som vanskelig/problematisk? Hvorfor?

Burde barnevernevernet involvere seg mer? Hvorfor gjøres det ikke? Hva kunne endret dette? Kunne f.eks andre bidratt med dette?

14. Hvordan ville du vurdert en bekymringsmelding som omhandlet undervekt hos et barn sammenlignet med en melding som omhandlet overvekt? Hvorfor? Beskriv hva du tenker er annerledes og hvorfor?

Avrunding:

1. Er det noe du vil fortelle meg som jeg ikke har spurt deg om?
2. Hvordan opplevde du det å bli intervjuet om denne tematikken?
3. Kan du si litt om dette er et tema som opptar/påvirker deg utenfor jobb? Gi eks.
4. Er det noe av det du har sagt du ønsker å korrigere?

Vedlegg 4: Informasjon før intervju

1. Fortelle om undersøkelsen (se infoskriv)
2. Begrepet overvekt: I intervjuet kommer jeg til å bruke begrepet overvekt som en felles nevner for de ulike gradene av overvekt og fedme slik de ofte er rangert etter BMI. Så når jeg sier overvekt er det snakk om både overvekt og fedme.
3. Informasjon om deg som vil bli brukt i oppgaven: Det vil ikke bli opplyst verken kommune, arbeidssted, navn eller alder, kun stilling, og kanskje fagbakgrunn og arbeidserfaring.
4. Informasjon som ikke skal nevnes under intervjuet: I intervjuet er det viktig at du ikke nevner opplysninger som kan være personidentifiserende som for eksempel personnavn og stedsnavn (arbeidssted, kommune eller lignende).
5. Anonymisering: Om det likevel blir nevnt personidentifiserende opplysninger vil jeg anonymisere dette når intervjuet transkriberes. Transkriberingen vil skje rett etter intervjuet, og lydfilen vil bli slettet etter det. I tillegg vil alt bli skrevet på bokmål, og dermed bli anonymisert ytterligere slik at det ikke på noen måter kan være verken direkte eller indirekte personidentifiserende for deg. Videre i selve oppgaven vil du bli referert til som barnehage/skole/barnevern/helsesøster 1, 2 osv.