

Det helsevitenskapelige fakultet

## «Helsesøsters ønske om å hjelpe....»

En kvalitativ studie om helsesøsters tilnærming til foreldre med overvektige barn.

**Linda K. Strømsmo**

Masteroppgave i helsesøsterfag. Mai 2016.

Antall ord:23839

## **Forord**

Jippi! Endelig er jeg kommet til veis ende. Det å skrive en masteroppgave har vært en lang prosess med både opp- og nedturer, men jeg har hele veien prøvd å holde hodet kaldt og tenkt at dette skal jeg greie. Tilbake sitter jeg igjen med masse kunnskap og erfaring som jeg ikke ville vært foruten. Glede og stolthet er to beskrivende ord for den følelsen jeg har etter å ha gjennomført og skrevet en masteroppgave.

I denne sammenheng ønsker jeg å rette en stor takk til min veileder Ellinor Beddari for faglig gode og konstruktive tilbakemeldinger. Tusen takk for støtte og veiledning.

Ønsker også å takke de fire flotte helsesøstrene som stilte opp til intervju og som engasjert delte sine erfaringer med meg.

En takk rettes også til mine nærmeste kollegaer som har støttet meg gjennom hele prosessen med oppmuntrende ord. Ingen nevnt, ingen glemt. Dere vet hvem dere er.

Sist men ikke minst vil jeg takke familien min. Hadde det ikke vært for støtten hjemmefra hadde denne oppgaven aldri vært i boks. Tusen takk for at dere har holdt ut!

Linda K. Strømsmo

Sandnessjøen, mai 2016.

## Sammendrag

**Bakgrunn for oppgaven:** Problematikken rundt temaet barn og overvekt har reist flere spørsmål enn svar. For eksempel: Hvorfor ser jeg få positive effekter av veiledningen jeg gir? Hvordan kan jeg snu en samtale fra å være problematisk til å bli mer positiv? I min praksis som helsesøster har jeg opplevd å se foreldrenes frustrasjon og fortvilelse overfor denne problematikken. Jeg har også erfart at foreldre ikke ser på sitt barn som overvektig selv om kriteriene er tilstede. En påpekning av overvekt hos et barn kan oppfattes som kritikk av familiens livsstil. Jeg har derfor erfart at jeg må trå varsomt for å unngå å komme i konflikt med foreldrene. Tematikken kan derfor til tider være krevende og utfordrende; spesielt med tanke på det vanskelige og sårbare i møte med foreldrene.

**Problemstilling:** Studien retter seg mot helsesøsters arbeid overfor foreldre til overvektige barn og vil knytte seg både til det som kan være positive faktorer i arbeidet med overvektproblematikk og samtidig de vansker helsesøster møter i sitt arbeid. Jeg har på denne bakgrunn valgt følgende problemstilling:

Helsesøsters muligheter og begrensninger for å få til en helsefremmende dialog med foreldrene om barnets overvekt.

*Hvilke helsefremmende muligheter har en dialogbasert tilnærming overfor barnets foresatte når det gjelder overvekt? Hvilke utfordringer møter helsesøster i dialog med foreldrene, og hvordan kan disse påvirke samtalsforløp?*

**Teori:** Helsefremmende og forebyggende strategier utgjør det teoretiske grunnlaget i studien for å belyse problemstillingen.

**Metode:** Dette er en kvalitativ studie og det er utført fire intervju med helsesøstre fra fire ulike kommuner. Informantene har fra seks til tjueto års erfaring i helsesøsteryrket. Informantenes erfaringer er sett i lys av et hermeneutisk og fenomenologisk perspektiv. I dataanalysen brukes Malteruds systematiske tekstkondensering.

**Funn:** Materialet viser at helsesøstrene møter på utfordringer i dialogen med foreldrene. Utfordringene helsesøster skal håndtere er mangeartet. Eksempler på vansker de fleste helsesøstre vektlegger er knyttet til- at foreldrene sier seg uenige i helsesøsters utsagn om barnets overvekt eller at de viser manglende engasjement angående barnets overvekt. Disse

reaksjoner hos foreldre har helsesøster ulike tilnærminger til og ulike reaksjoner på. Helsesøstrene beskriver temaet som sårbart og vanskelig. Foreldrene har emosjonelle reaksjoner i form av for eksempel sinne, benektelse eller skuffelse overfor helsesøster. Helsesøster sier de vektlegger tillit og respekt i dialogen. De mener at man bør møte foreldrene med den største varsomhet og prøve å formidle kunnskapen på en nøytral måte. Når foreldrene møter helsesøster med sinne eller benektelse, er det viktig at helsesøster viser forståelse ved ikke å motargumentere, men la foreldrene få utløp for sine tanker og følelser. En god samtale må være basert på gjensidighet. Helsesøster må være villig til å jobbe med seg selv når relasjonen ikke fungerer. Det vil si å skjerpe sin egen sensitivitet og bevisst lytte til det foreldrene har å si.

Helsesøster har makt i konsultasjonen. Hun gjør overveielser på bakgrunn av tidligere erfaringer, verdier og skjønn. Dersom helsesøster har samme utgangspunkt overfor alle foreldre, kan dette oppleves umyndiggjørende for noen mens for andre vil det kunne passe inn i deres verdier og handlingsmåte. Det fremkommer videre i studien at helsesøstre med lang erfaring har et større repertoar av måter å tilnærme seg foreldrene, og det kan se ut som om de utøver mer fleksibilitet i samtalene.

Helsesøstrene må være bevisst egne holdninger til overvekt og handle med en trygghet, sikkerhet og faglig autoritet i møte med foreldrene.

## Summary

**Background:** The problems surrounding the topic of child obesity has raised more questions than answers. For example; why does my guidance yield few positive outcomes? How can a problematic conversation be turned in a more positive direction? I have experienced first hand the frustration and despair of parents during my practice as a nurse. Parent does not regard their children as obese despite meeting the criteria and pointing this out is often seen as a judgment towards the whole family's lifestyle. Therefore, I have learned that I have to approach the subject carefully in order to avoid this misunderstanding.

**Research question:** The study's focus shows the connection between the positive and negative situations a nurse encounters while working with obese children which is why I have chosen to concentrate on this subject.

*What possibilities for health promotion are there in a dialog based approach to the parents concerning child obesity?*

*When the nurse converses with parents, what challenges does she face? How can these challenges hinder the conversation from moving forward?*

**Theory:** Health awareness constitutes the theoretical basis of the study and further highlights the research question.

**Method:** This is a qualitative study in which interviews have been conducted with four nurses from different small towns. The nurses have backgrounds of between six and twenty-two years in this field. Their experiences are seen in the light of a hermeneutical and phenomenological perspective. Malteruds systematic text condensation was used in the data analysis.

**Findings:** The material shows the numerous and various challenges the nurse faces while in dialogue with parents. For example; most nurses emphasize the issue of parents disagreeing with their verdict on a child's obesity, or that the parents lack the engagement required to help the issue. The nurses have different approaches when faced with the varied reactions of the parents. They describe the subject as very difficult and painful. The nurse is often met with anger, denial or disappointment from the parents. They stress that words like "trust" and "respect" are emphasized in the dialogue. One should always consult parents with caution and try to convey knowledge as a neutral party. When the parents display anger or denial, it is very important that the nurse shows compassion and understanding, to not be argumentative,

and instead let the parents vent their thoughts and feelings. A good conversation needs to be based on reciprocity. The nurse has to be willing to work on her own approach when the relationship with parents is unsatisfactory. This means growing a thicker skin and listening concisely to what parents have to say. The nurse has authority in consultation. Her judgement is based on her previous experiences, values, and discretion. If the nurse has the same approach to all parents of obese children it may be interpreted by some as demeaning while for others it will be acceptable to their own values. The study further shows that more experienced nurses tend to have a broader array of ways to approach the parents and may appear to exhibit more flexibility in conversation. Nurses have to be conscious of their own attitudes by acting in confidence, with security and academic authority, when facing parents.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling .....	3
1.2 Problemstilling .....	6
1.3 Avgrensning .....	6
<b>2.0 Tidligere forskning</b> .....	<b>8</b>
<b>3.0 Teoretisk utgangspunkt</b> .....	<b>11</b>
3.1 Helsesøstertjenesten.....	11
3.1.1 Helsesøster som profesjon .....	12
3.2 Forebyggende og helsefremmende arbeid.....	13
3.3 Veiledning .....	14
3.3.1 Dialog .....	15
3.3.2 Empowerment .....	16
3.4 Overvekt; et stort og komplekst fenomen .....	17
<b>4.0 Metodisk tilnærming</b> .....	<b>19</b>
4.1 Valg av metode .....	19
4.2 Egen for forståelse .....	20
4.3 Utvalgs kriterier .....	21
4.4 Snøballmetoden .....	21
4.5 Intervju som metode.....	22
4.6 Utarbeidelse av intervjuguide .....	23
4.7 Transkripsjon .....	23
4.8 Analysen .....	24
4.9 Etske overveielser .....	26
4.10 Refleksivitet, relevans og validitet .....	27
<b>5.0 Presentasjon og beskrivelse av hovedfunn</b> .....	<b>28</b>
5.1 Foreldre oppsøker sjelden helsesøster vedrørende barnas overvekt.....	29
5.1.1 Henvendelse om- og oppfølging av overvekt hos barnet.....	29
5.1.2 Helsesøsters fremgangsmåte i konsultasjonen.....	30
5.1.3 Råd og oppfølging.....	33
5.2 Foreldrenes oppfatning av barnets overvekt.....	34
5.2.1Utfordringer i møte med foreldrene .....	34

5.2.2 Ressurssvake foreldre.....	36
5.3 Makt i konsultasjonen .....	38
5.3.1 Helsesøsters utøvelse.....	38
5.3.2 Empowerment .....	40
5.4 Den vanskelige men nødvendige samtalen .....	41
5.4.1 Sårbart tema .....	41
5.4.2 Tid og ressurser .....	42
5.5 Oppsummering.....	45
<b>6.0 Drøfting .....</b>	<b>46</b>
6.1 Dialogen i samtalen .....	46
6.1.1 Følsomt tema for foreldrene.....	48
6.1.2 Betydningen av tillit .....	49
6.2 Muligheter for empowerment .....	49
6.2.1 Veiledning som metode i empowermentstrategien .....	51
6.2.2 Betydning av erfaring.....	52
6.3 Å være profesjonell- en vanskelig balansegang .....	53
6.4 Begrensninger i samtalen.....	56
6.5 Hvordan snu en dialog i samtalen fra å være problematisk til å bli meningsfull.....	57
6.5.1 Maktaspektet i dialogen.....	60
<b>7.0 Avslutning .....</b>	<b>62</b>
7.1 Studiens viktigste funn .....	62
7.2 Betydning for praksis.....	64
<b>Referanseliste.....</b>	<b>i</b>
Vedlegg 1 – Godkjenning fra NSD.....	iv
Vedlegg 2 – Intervjuguide .....	vii
Vedlegg 3 – Forespørsel om deltagelse .....	ix
Vedlegg 4 – Samtykkeerklæring .....	xi
Vedlegg 5 – Informasjonsskriv .....	xii
Vedlegg 6 – Tabell analyse .....	xiii



## 1.0 Innledning

Tema for oppgaven er overvektproblematikk hos barn. Oppgaven omhandler helsesøsters tilnærming til foresatte med overvektige barn.

Overvekt defineres i medisinen ut fra et avvik fra en fastsatt norm grunnet dokumentasjon på at avviket kan føre til alvorlig sykdom og uhelse om utviklingen får fortsette (Helsedirektoratet, 2010).

Veileder for helsestasjon og skolehelsetjenesten sier at vektavvik skal følges opp i samarbeid med hjemmet og tiltak skal settes i gang (Helsedirektoratet, 04/2003).

Juliusson (2010) har gjort en studie fra Bergen der han fant ut at hvert femte barn i barneskolen er overvektig. Samme studie viser også at mange foreldre ikke oppfatter barnet sitt som overvektig. Flere andre studier viser at dette er en utfordring innen overvektproblematikk hos barn (Øen, 2012). Juliusson (2010) sier også at foreldre ikke alltid opplever helsetrusselen i normavviket på samme måte som helsepersonell. Han legger til at man fort kan forveksle overvekten med trivsel og sier at det kan tenkes at man tenker på de yngste barna som kraftige eller sterke i stedet for overvektige og at foreldrene til skolebarn tenker det samme. Sand (2014) mener at det kan være vanskelig å se overvekten når man bare bruker øynene. Siden overvektproblematikken er økende, kan befolkningens syn på hva som er overvekt være i endring. Foreldre med overvektige barn kan ha vansker med å se problemet fordi deres barn ser ut akkurat som mange andre. Disse sammenligningene kan ha stor innflytelse på foreldrenes oppfattelse av riktig vekt og størrelse (Juliusson, 2010).

Det kan være ulike årsaker til at foreldrene ikke ser overvekten hos barnet sitt, men Øen (2012) sier at overvekt er forbundet med stigma og skam og kan derfor være en av mange årsaker. Hun sier videre at hvis foreldrene ikke ser at barnet er overvektig, vil de heller ikke være mottakelige for å sette inn tiltak for å endre på kostvanene og livsstilen (Øen, 2012).

Individuell forebygging kan foregå via helsestasjonen, skolehelsetjenesten eller hos fastlegen. I følge Helsedirektoratet (2010) er det vesentlig at temaet kosthold tas opp ved helsetjenestens første møte med familien, slik at man allerede i svangerskapsomsorgen kan forebygge uheldig utvikling. Helsesøster og fastlege har et særlig ansvar for å følge barnets vektutvikling og skal ha kjennskap til risikofaktorer for utvikling av varig overvekt og metabolsk syndrom

(Helsedirektoratet, 2010). Helsesøster følger barna etter fødselen og gjennom helsestasjonsprogrammet skal foreldre få råd og veiledning om kost, fysisk aktivitet og om nødvendig tiltak for forebygging av overvekt (Helsedirektoratet, 2010). Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er hjørnesteiner i det helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge. Det helsefremmende arbeidet blir stadig mer vektlagt og er en sentral del av sykdomsforebyggende arbeid.

For å følge med på vektutviklingen blant barn og unge i Norge er percentilkurver i bruk. Kurvene måler forholdet mellom høyde og vekt hos barn mellom 0-19 år. Helsesøstrene administrerer målene. Hvis målene grenser i kategori overvekt/fedme, er helsesøstrene i førstelinje for å henvise barnet videre inn mot spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010).

Gjennom Lov om helsetjenester i kommunene av 1982 er kommunene pålagt å ha en helsesøstertjeneste for å ivareta helsestasjonsvirksomheten og helsetjenester i skolene. Forskriftene som regulerer disse tjenestene er «Forskrifter om helsestasjonsvirksomhet» og «Forskrift om helsetjenester i skoler» (Helsedirektoratet, 2004). I forskriften om helsestasjonsvirksomhet står det at «Helsestasjonens formål er å fremme barns fysiske, psykiske og sosiale helse». I forskriften om helsetjenester i skole står det at «skolehelsetjenesten skal arbeide for å fremme elevens totale helse og forebygge sykdom» (Helsedirektoratet, 2004).

En helsesøster er sykepleier med videreutdanning i helsesøstertjenesten. For at sykepleieren skal ivareta pasientenes behov er det viktig med gode kunnskaper. Kunnskapsbasert sykepleie handler om å ta avgjørelser basert på erfaringsbasert kunnskap, forskningsbasert kunnskap og ta hensyn til pasientens ønsker og behov. For å ivareta pasientene er det viktig at helsesøster har respekt for det enkelte menneskes liv og verdighet. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleierne står det følgende; «*Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert*» (Norsk sykepleieforbund, 2011:7). Martinsen (2003) sier at sykepleie handler om hvordan man møter eller tar i mot et ønske om hjelp fra en pasient. Omsorg handler om forståelse for den andres situasjon (Martinsen, 2003). Denne forståelsen kan sykepleiere få fra sine fagkunnskaper eller sine erfaringer. Det vil si at en sykepleier kan gi både omsorg som et medmenneske og som

fagperson (Martinsen, 2003). Martinsen belyser det ut fra pasienter, og selv om gruppene helsesøster møter ikke kan defineres som pasienter mener jeg forståelsesgrunnlaget er gjeldende.

Målet med helsesøsterutdanningen er å utdanne sykepleiere til sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid, blant barn og unge, deres familier og nærmiljø. Kunnskap om helhetstenkning og løsningsorientert tilnærming er sentrale begrep (Kvarme, 2007). Helsesøster har en veiledende og informerende rolle i kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid.

Et grunnleggende mål for helsesøsters arbeid er at barn og ungdom skal ha det så bra som mulig ut fra egen situasjon og egne forutsetninger, og at de skal ha god helse og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2004).

Gjennom lov om helsetjenesten i kommunene 19. nov. 1982 (Helsedirektoratet, 2004) er helsestasjon- og skolehelsetjenesten en lovpålagt tjeneste i kommunen som skal gi helsefremmende og forebyggende tilbud til gravide, foresatte, og barn og unge i alderen 0-20 år.

Forebyggende helsearbeid innebærer å redusere sykdom, skader og sosiale problemer, dødelighet og risikofaktorer (Kvarme, 2007). I dette arbeidet er det spesielt viktig å fokusere på barn og unge som lever med risiko for å utvikle sykdom eller skade. Behovene bør avdekkes så tidlig som mulig for at problemene ikke skal utvikle seg. Forebyggende helsearbeid forutsetter god planlegging og et helhetsperspektiv. Helsesøsters posisjon er derfor sentral i forebyggingen av overvekt hos barn.

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling**

Etter å ha jobbet som helsesøster i seks år; først som konstituert helsesøster i fire år, og så to år som godkjent helsesøster, har problematikken rundt temaet barn og overvekt reist flere spørsmål enn svar. For eksempel: Hvorfor ser jeg få positive effekter av veiledningen jeg gir? Hvorfor harmonerer ikke vekstkurvene med hva foreldrene forteller? Hvorfor opplever jeg denne type samtale med foreldrene vanskeligere enn andre samtaler? Hvordan kan jeg snu en slik samtale fra å være «negativ» til å bli mer positivt? Behovet for å kartlegge kunnskap

omkring temaet og vanskeligheter med å finne entydige tilnærminger til foreldrene har trådt frem. Denne erfaringen har vært en sentral begrunnelse for valg av tema.

I min praksis som helsesøster har jeg opplevd å se foreldrenes frustrasjon og fortvilelse overfor denne problematikken. Jeg har også erfart at foreldre ikke ser på sitt barn som overvektig selv om kriteriene er tilstede. En påpekning av overvekt hos et barn kan oppfattes som kritikk av familiens livsstil. Jeg har derfor erfart at jeg må trå varsomt for å unngå å komme i konflikt med foreldrene. Tematikken kan derfor til tider være krevende og utfordrende; spesielt med tanke på det vanskelige og sårbare i møte med foreldrene. Som fagperson er det viktig å møte det overvektige barnet og familien med en respektfull tone, være ydmyk og ha en spørrende tilnærming (Helsedirektoratet, 2010).

Helsedirektoratet (2010) har utarbeidet nasjonale retningslinjer om forebygging, utredning og behandling av barn med overvekt og fedme for primærhelsetjenesten. Formålet er å sikre faglig forsvarlig arbeid med overvekt- og fedmeproblematikken, og bidra til et godt samarbeid i helsetjenesten. Helsedirektoratet har anbefalt at forebygging og behandling av overvekt hos barn og unge først og fremst skal utføres i primærhelsetjenestene. Oppfølgingen vil foregå i hovedsak på helsestasjon og i skolehelsetjenesten.

I de nasjonale retningslinjene (2010) står det at mange kvier seg for å stille nærgående spørsmål til mennesker med overvektproblematikk. Det kan komme av at mange bekymrer seg for konsekvensene ved å være direkte. Noen er redde for å gi barnet dårlig selvfølelse eller utløse en spiseforstyrrelse. Andre er usikre på hvordan de skal samtale om dette temaet. Konsekvensen kan være at man lar være å ta opp problemet.

Helsesøsters rolle er i første rekke å gi støtte og veiledning, samt initiere videre samarbeid med foreldrene (Helsedirektoratet, 2004). Helsesøster har også makt i kraft av å være lokale og sentrale myndigheters forlengede arm (Neumann, 2009). Utfordringen i dette er å få foreldrene med «på lag». Foreldrene skal oppleve møtet med helsesøster som likeverdig og respektfullt. Dette kan by på utfordringer, da det alltid vil forekomme en form for asymmetri i samhandling mellom faglært og ufaglært. Helsesøster representerer det offentlige og skal utføre en oppgave for at foreldrene skal få et lovbestemt tilbud, og hun har derfor en forpliktelse i denne relasjonen som ikke brukeren har.

Helsesøster sitter også på kunnskap som er spesifikk for nettopp helsesøster, noe som kan være med på å skape en faglig distanse mellom partene. Måten helsesøster fremtrer på

ovenfor foreldrene vil derfor spille en sentral rolle for hvordan møte med helsestasjonstjenesten oppleves (Glavin, Helseth og Kvarme, 2007).

Vanskelige samtaler er gjerne samtaler om forhold som berører følelseslivet til en eller flere parter (Drugli og Onsøien, 2010). Det er viktig å forsøke å se den andre som et fullt og helt menneske og ikke la “overvekten” tilsløre ens oppfatning slik at en ikke lenger føler empati, men stenger av for sin innlevelse. Utseendet er nært knyttet til en persons identitet. En samtale om hva man veier og spiser kan lett oppfattes som kritikk mot en selv.

Internasjonale studier viser at helsesøstre synes det er vanskelig å snakke om barns overvekt med familien (Steele et al., 2011). Noen av barrierene som ble trukket frem er at helsesøster mener de har for lite kunnskap, for liten tid og for knappe ressurser. De opplevde også at de ikke satt med nok kompetanse og hadde i tillegg egne vektproblemer som gjorde at det var vanskelig å ta opp temaet.

Målet med samtalen er å etablere et samarbeid med foreldrene om tiltak som kan bedre barnets situasjon.

Overvekt og fedme er et komplekst fenomen som berører mange sider ved samfunnslivet. Forekomst av overvekt og fedme er økende i Europa, og vi ser den samme utviklingen i Norge (Helsedirektoratet, 2010). Tall fra Barnevektstudien viser at om lag 16 %, eller cirka hver sjettede åtteåring, er overvektig. Helsedirektoratet (2012) er bekymret for utviklingen og vektlegger at gode vaner etableres tidlig i livet, og som følge av utviklingen har utallige metoder og strategier blitt introdusert for å oppnå vektreduksjon. Sammensatte tiltak som fysisk aktivitet i skolen, kostholdsveiledning og retningslinjer er eksempler på dette.

Et økende antall overvektige barn har ført til stigende behov for helsehjelp blant barn og voksne som sliter med livsstilssykdommer (Helsedirektoratet, 2010). Helsesøster sammen med frisklivssentraler tilbyr oppfølging og undervisning i aktivitet og kosthold. Helsesøster har gruppeveiledning med barn og foreldre der fokuset er overvekt samt individuelle oppfølgingssamtaler. Den største utfordringen i oppfølging av overvektige barn er å få til et godt samarbeid med foreldrene (Helsedirektoratet, 2010). Det er foreldrene som må ta ansvar og gjøre forandringer som gagnar hele familien (Tveiten, 2007b). Forskning viser at foreldre er sentrale aktører både i forebygging og behandling av vektrelaterte problemer, og helsesøster spiller en viktig birolle (Helsedirektoratet, 2010). En viktig del av oppfølgingen blir derfor å få foreldrene til å ønske å gjøre endringer for familiens ve og vel.

## **1.2 Problemstilling**

Studiens fokus vil knytte seg både til det som kan være positive faktorer i arbeidet med overvektproblematikk og samtidig de vansker helsesøster møter i sitt arbeid. Jeg har på denne bakgrunn valgt følgende problemstilling:

**Helsesøsters muligheter og begrensninger for å få til en helsefremmende dialog med foreldrene om barnets overvekt.**

For å belyse problemstillingen er følgende forskningsspørsmål formulert:

**Hvilke helsefremmende muligheter har en dialogbasert tilnærming overfor barnets foresatte når det gjelder overvekt?**

**Hvilke utfordringer møter helsesøster i dialog med foreldrene, og hvordan kan disse påvirke samtalen forløp?**

Hovedmålet med prosjektet er å belyse helsesøsters muligheter og begrensninger i dialogens forløp med foreldre til overvektige barn i alderen 5-9 år der overvekten oppdages og foreldrene får tilbud om samtale med helsesøster som en del av videre oppfølging.

## **1.3 Avgrensning**

Jeg har valgt å avgrense barnets alder, da helsedirektoratet (2004) anbefaler at alle fem- og åtteåringer skal inn på helsestasjon for lengde og vekst måling, noe som er en gylden mulighet til å bryte ugunstige levevaner.

Mange foreldre vegrer seg for å snakke med barnet om overvekt (Helsedirektoratet, 2010). Som fagperson kan man være en god rollemodell og trygge foreldrene, men i følge Øen (2012) kan helsepersonell også bidra til økt skyldfølelse med sin væremåte. Det er ikke alltid hensiktsmessig at barnet er til stede ved konsultasjonene da samtale om barnets overvekt kan forverre selvbildet til barnet (Øen, 2012). Jeg har derfor valgt å fokusere på samarbeidet mellom helsesøster og foreldrene og ikke involvere barnet i samtalen, selv om det også kunne vært interessant og i noen sammenhenger betydningsfullt.

Overvekt og fedme er blant de tilstander som er vanskelige å behandle for både helsetjenesten og ikke minst for pasienten (Helsedirektoratet, 2004). Behandlingen krever en langvarig innsats fra barnet, familien og helsepersonell og det tar tid. Jeg har derfor valgt å sette fokus på å øke kompetansen til helsesøstre som sitter i samtaler med foreldre til overvektige barn.

## 2.0 Tidligere forskning

I mine søk etter forskning og aktuell bakgrunns litteratur har jeg benyttet Bibsys Ask, Medline, Cinahl, Cochrane, SweMed+ og Helsebiblioteket med søkeordene: Helsesøster, overvekt, samtale, dilemma, public health nurse, empowerment, perceptions, overweight, parents, nurse, experience, obesity, family og consultations, i ulike kombinasjoner, og med sammenbinding AND og OR for å finne frem til det som er relevant for min oppgave. I tillegg er det ved gjennomlesing av artikler og bøker funnet aktuelle kilder tilpasset min problemstilling.

I Bibsys Ask søkte jeg på mastergrads- og doktoravhandlinger med ulike søkeord.

Neumann (2008) har skrevet om helsesøsters dilemmaer. Artikkelen er rettet mot helsesøstrenes profesjonalitet og de etiske og kunnskapsmessige dilemmaer de møter i praksis. Hun skriver at helsesøster har en komplisert kunnskapsposisjon overfor foreldre. Forhold mellom kunnskap og erfaring utdyper hun som eget moderskap, anerkjennelse og empati på den ene siden, og profesjonell kunnskap, erfaring og ansvar på den andre siden. Hun mener at helsesøstrene besitter begge sider, og begge aktiveres innenfor en profesjonell kontekst.

Clancy og Svensson (2010) har i sin studie observert og intervjuet helsesøstre i møte med foreldre, og foreldre i møte med helsesøstre. Formålet med studien var å studere dialogen og deltagelsen i møte med bruker/helsesøster for å finne ut hva som egentlig skjer. Det kommer frem i studien at brukerne synes at helsesøster er behagelig, hyggelig og stiller gode spørsmål. Brukerne vektlegger helsesøsters oppriktighet, ærlighet og at hun stiller direkte spørsmål, selv om temaet kan være sårbart. Foreldrene synes det er viktig at det blir tatt opp tema som ikke er like lett å prate om, men så lenge tilliten og oppriktigheten er tilstede, så foretrekker de det. Studien konkluderer med at selv om alt ikke er like lett å prate om, setter brukerne pris på at de nødvendige temaene også blir brakt på bane.

I samme studie sies det også noe om helsesøsters opplevelse og erfaring ut fra samtalen med foreldrene. En helsesøster som ble intervjuet sier at hun synes det er vanskelig å være direkte med foreldre om ulike tema. Hun er redd for at relasjonen mellom dem skal bli ødelagt. Da kommer vi inn på dette med tillit (Clancy, 2010). Helseth (Helseth i Kvarme m. fl., 2007) sier at tilliten er grunnleggende i alle samtaler og gjenspeiler seg i samtalen og i helsesøsters holdning til foreldrene. For at et samarbeid skal fungere, er tillit fundamentalt (Martinsen,



2005). Martinsen (2005) henviser til Løgstrup som sier at det er med vår synlige holdning vi gjør hverdagen til den andre lettere og mer forståelig, ikke med teorier og antakelser. Hun sier videre at vi må være sensitive, sårbare og vise en emosjonell involvering for å klare å sette seg inn i den andres situasjon (Martinsen, 2005).

Det er også blitt gjort et fokusgruppeintervju av amerikanske helsesøstre der målet var å kartlegge helsesøstrene sine barrierer i forhold til å ta opp barnas overvekt med familien (Steele, Wu, Jensen, Pankey & Davis, 2011). Helsesøstrene uttrykte at de manglet tid og ressurser til å følge opp denne problematikken. De følte de hadde for lite kunnskap til å veilede familiene slik at barna gikk ned i vekt. Andre årsaker som vanskeliggjorde arbeidet, var familiens dårlige erfaringer med tidligere livsstilsprogrammer, eller at barna hadde manglende motivasjon.

Helsesøstrene fortalte at noen familier ikke så overvekten som et problem, og at de heller ikke var motiverte til å gjøre endring. Årsakene kunne være språkbarrierer/kulturelle ulikheter, manglende kunnskap om hva som er anbefalt kosthold. De hadde ulike syn på kroppsstørrelse, høy prevalens for vektproblem i enkelte kulturelle grupper. Det kunne være kompliserte familieforhold som gjorde det vanskelig for helsesøstrene å sette i gang tiltak, eller at familiene hadde lite tid og ressurser til å prioritere barnas levevaner og aktivitetsnivå. Helsesøstrene uttrykte at de var redde for foreldrenes reaksjoner når de tok opp temaet overvekt. De var redde for at foreldrene skulle føle seg personlig angrepet.

Edmunds (2005) skriver at familiene trenger støtte fra det offentlige helsevesen til å kunne takle utfordringer knyttet til overvekt. Imidlertid viser studier at foreldre opplever støtten fra helsevesenet som enten velmenende (men ikke særlig effektiv), eller avvisende og negativ. Mange leger viser manglende interesse, mens helsesøster gir noen praktiske råd. Studien konkluderer med at helsepersonale sannsynligvis kan ha nytte av en bedre forståelse for foreldrenes tilstand og barneovervekt. Dette kan bedre deres holdninger og praksis og få foreldre til å oppsøke hjelp på et tidligere tidspunkt av deres barns overvekt (Edmunds, 2005).

Videre fant jeg to masteroppgaver som jeg fant relevant for min studie.

Jannicke Bergan (2013) har skrevet en masteroppgave som omhandler helsesøsters erfaringer og utfordringer i samarbeid med foreldre til overvektige barn. Studien hennes belyser at arbeidet med overvektige barn og deres foreldre er tidkrevende, ressurskrevende og tidvis utfordrende. Det kom også frem at flere helsesøstre opplevde at foreldrene kom med bortforklaringer når de ikke hadde nådd målet sitt, eller at de skyldte på omliggende faktorer,

i stedet for å fokusere på det som hadde fungert. Motivasjon var blant de største utfordringene til foreldrene.

Camilla Volpe (2009) har i sin masteroppgave intervjuet ulike helsesøstre, der hun går i dybden på helsesøsters erfaringer, utfordringer og muligheter i arbeidet med overvekt blant barn og unge. I oppgaven kommer det frem at helsesøstrene vektlegger sin generelle veiledningskompetanse som den mest grunnleggende mulighet i sitt arbeid med overvektige barn og deres familier. Et annet perspektiv som kommer frem i hennes studie er der helsesøster påpeker overvekt av barnet til foreldrene, som viser seg å være et sårt tema, der foreldrene lett føler seg anklaget og kommer i forsvarsposisjon. Helsesøstrene var opptatt av fremgangsmåten de hadde i denne tilnærmingen.

Ved å ha lest forskning underveis i denne prosessen, viser det seg at det finnes en del forskning rundt det jeg ønsker å fordype meg i, men studiene jeg har funnet konkluderer med at det fortsatt er mangel på kunnskap rundt tilnærmingen i samtalen med foreldrene. Jeg ønsker derfor å fordype meg i dette for å se om jeg kommer frem til ny kunnskap.

## 3.0 Teoretisk utgangspunkt

### 3.1 Helsesøstertjenesten

Den første helsestasjonen i Norge åpnet i 1911, og skolehelsearbeidet ble satt i system fra 1918 i Oslo. Den første helsesøsterskolen ble startet i Oslo i 1947 (Glavin & Kvarme, 2003). Betegnelsen helsesøster ble første gang brukt i 1925, men ikke før 1957 ble det en egen lov for helsesøstertjenesten. Fram til 1974 ble de fleste helsestasjoner drevet av frivillige organisasjoner som Norske Kvinners Sanitetsforening og Nasjonalforeningen for folkehelsen. Helsesøstrenes historie er preget av flere omveltninger. En av dem var da loven om helsetjenester i kommunene ble utarbeidet og innført i 1984 (Andrews & Wærness, 2004). Til da jobbet fylkeshelsesøstre som fylkeslegens høyre hånd. I denne loven ble distriktslegens embete nedlagt, og erstattet med kommunelege. Helsesøstre arbeidet med hele befolkningen, men hadde hovedfokus på barn og gravide.

Etter kommunehelseloven i 1984 ble helsesøstrenes ansvarsområde konsentrert om arbeidet i helsestasjonen og skolehelsetjenesten. Oppfølging av barnets vekst og utvikling samt vaksinasjonsprogrammet var hovedaspektene til helsesøstre. Etter at det kom en ny lov i 1994, hadde ikke helsesøstre hovedansvaret for dette lengre. Den nye loven gikk ut på at foreldrene selv kunne velge om de ville ha oppfølging på helsestasjonen eller hos lege (Glavin og Kvarme, 2003). Fokuset er nå mer rettet mot forebygging.

En nasjonal rammeplan for helsesøsterutdanning ble godkjent av Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet i 1998. 1. januar 2001 trådte flere nye helselover i kraft: Lov om helsepersonell, lov om pasientrettigheter, lov om spesialisthelsetjenesten og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Glavin & Kvarme, 2003). Da helsepersonelloven ble innført, fikk sykepleiere en juridisk dokumentasjonsplikt. Tidligere har dokumentasjonsplikten vært knyttet til enkelte helsepersonellgrupper som for eksempel, tannleger, leger, jordmødre og psykologer. I helsepersonelloven knyttet ansvaret for journalføring til den som yter helsehjelp. Bakgrunnen er et ønske om å sette pasienten i sentrum (Glavin & Kvarme, 2003). I 2003 ble det vedtatt en hjemmel i lov om helsetjenesten i kommunene og lov om vern mot smittsomme sykdommer. Den skal sikre at helsestasjons- og skolehelsetjenesten bidrar til et helhetlig helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og ungdom 0-20 år og for gravide som går til kontroll ved helsestasjon. Behovet for å sette

tjenesten i et helhetlig perspektiv vektlegges (Helsedirektoratet, 2004). I de nyeste retningslinjene er det dialogen som vektlegges, mens helsesøstrenes ekspertautoritet nedtones. Helsestasjonen har siden loven i 1984, hatt et forpliktende samarbeid med andre kommunale tjenester i primærhelsetjenesten, men har i de siste årene mistet en del av sine profesjonsoppgaver da de ble delegert til andre instanser som for eksempel barnevern, jordmødre, mattilsynet og NAV (Andrews & Wærness, 2004).

I veilederen «Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten» (2004) fremheves rådgivning og veiledning sammen med brukermedvirkning som metode. Som helsesøster innebærer det møter med familier, barn og unge, planlegger og foreslår tiltak. Dette skal skje med brukermedvirkning, og brukerne må få nødvendig opplysning om hvorfor temaet er tatt opp, innsikt i undersøkelser og målinger som er gjort og hvilken hensikt tiltakene er ment å ha (Tveiten i Kvarme, 2007).

### **3.1.1 Helsesøster som profesjon**

Helsesøster som profesjon har vært omdiskutert siden dens opprinnelse. Tema som identitet, status og retning har vært under lupen for forskning og debatt. Et fenomen som har vært med og gjort diskusjonen og yrket i seg selv vanskelig, har vært at helsesøstrenes arbeidsoppgaver og ansvar, er og har vært i en konstant endring (Andrews & Wærness 2004). Fra den tradisjonelle der helsesøstre hadde som mål og “lære opp” foreldrene i god barneomsorg, til dagens ideologi der foreldrene blir ansett som eksperter på egne barn. Helsesøstre har en mer veiledende rolle overfor foreldrene og skal legge opp til at foreldre kan lære av hverandre og ikke fagfolk.

Samhandlingsreformen som nå er iverksatt, har satt tydeligere krav til samarbeid mellom tjenester og mer ansvar skal pålegges kommunehelsetjenesten. I de faglige retningslinjene fra Helsedirektoratet (2010) er anbefalingene om forebygging, utredning og behandling av overvekt/fedme delt inn i fire tiltaksnivåer som bygger på hverandre. Det står eksplisitt at helsesøstre skal være involvert i alle de fire stadiene av tiltak som skal settes inn vedrørende barn med overvekt og fedmeproblematikk. Overvekt- og fedmeproblematikk faller inn under helsesøstrenes arbeidsansvar, og viser den kompleksiteten helsesøstre må forholde seg til med forvaltning av brukerorientering og utvisning av faglig tyngde. Mye av litteraturen og forskning i feltet går ut på helsesøstrenes egne opplevelser av usikkerhet på sin

egen rolle og hvor grensene for arbeidsoppgavene går, og at helsesøstrene blir lett involvert langt inn i familiesfæren (Andrews; Axelsen 1995; Sollesnes & Tønjum, 2008).

### **3.2 Forebyggende og helsefremmende arbeid**

Helsefremmende arbeid betyr at man målrettet søker å styrke kontroll over forhold som direkte eller indirekte påvirker helse. Målet er at det enkelte mennesket skal være i stand til å ta beslutninger og utfordringer på egen hånd (Kvarme, 2007). Tjenesten er et universelt tilbud hvor tilnærmingen både er befolknings- og individrettet (Helsedirektoratet, 2004).

Helsesøster er tildelt en viktig rolle i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, og har et bredt ansvarsområde med ulike roller og funksjoner (Helseth i Kvarme m. fl., 2007). Helsestasjonen og skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud som er frivillig for brukeren. Tjenesten skal være et tilbud som det er enkelt å oppsøke, hvor man blir tatt på alvor med sine små og store helseproblemer og utfordringer. Gjennom kontakten med alle familier, barn og ungdom, sikrer tjenesten hele befolkningen tilbud om vaksiner, helseundersøkelser og informasjon om hvordan forebygge sykdom og skader, og støtte til mestring og positiv utvikling (Helsedirektoratet, 2004).

Primær forebygging er tiltak rettet mot hele befolkningen før det har oppstått et problem, som for eksempel vaksiner og kostholdsveiledning. Sekundærforebygging er tiltak rettet mot sårbare grupper som allerede har et problem eller en sykdom. Eksempel på dette kan være råd og veiledning til foreldre med overvektige barn, mens tertiærforebygging retter seg mot personer som har en sykdom eller skade, der målet er å forhindre forverring av problemet. (Glavin & Kvarme, 2003).

Helsestasjonen er en del av kommunehelsetjenesten som utøver forebyggende og helsefremmende arbeid til barn 0-6 år. Arbeidet omfatter veiledning, helseundersøkelser, vaksinasjon, helseopplysning, oppfølging av sped- og småbarn med spesielle behov og oppfølging av foreldre med behov for utvidet støtte (Helsedirektoratet, 2004).

Skolehelsetjenesten er en lovpålagt oppgave hjemlet i kommunehelsetjenesteloven. Tjenesten er et viktig lavterskeltilbud som skal være lett tilgjengelig for alle elever i Norge, til og med videregående. Skolehelsetjenestens formål er å arbeide for å fremme elevenes totale helse og forebygge sykdom. Tjenesten er lagt opp til at samarbeid foregår med hjemmet, skole og det

øvrige hjelpeapparatet. Helsesøster tilbyr rådgivning, veiledning, undersøkelser og behandling som er tilpasset den enkelte elev (Helsedirektoratet, 2004).

I følge Helsedirektoratet (2004) anbefales måling av vekt og høyde ved skolestartundersøkelsen i 3. og 8. klassetrinn. Måling på førskolekontroll gir mulighet for å følge utviklingen fra småbarnsalder. Målinger på 3. klassetrinn er et gunstig tidspunkt for å bryte eventuelle helsemessige ugunstige levevaner, som for eksempel avdekking av overvekt/fedme. Veiing og måling utover dette gjøres på indikasjon eller på forespørsel fra foresatte og barn og unge selv.

Sentrale begreper innenfor helsefremmende arbeid er blant annet veiledning og empowerment. Disse begrepene vil i det følgende bli redegjort.

### **3.3 Veiledning**

Tveiten i Kvarme (2007) definerer veiledning som en pedagogisk og relasjonell prosess med oppdagelse, læring i vekst og utvikling som mål, og der den lærende er i fokus. Hun sier videre at overordnet for veiledningen er at den som veiledes selv skal oppdage, og finne veien for seg selv. Målet med veiledningen er å endre, utvikle og forbedre foreldre- barn- relasjonen (Tveiten i Kvarme, 2007).

Veiledning innebærer informasjon, undervisning og rådgivning. For at foreldrene skal kunne ta vare på både sin egen- og barnas helse må de ha kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Helsesøster ser foreldrenes behov, og gir individtilpasset veiledning ut fra foreldrenes egen kunnskap og kompetanse. Hensikten med veiledningen er at foreldrene selv skal komme frem til egne løsninger. Tveiten i Kvarme (2007) peker på at veiledning er en prosess der det legges til rette for at den som skal veiledes selv oppdager og lærer. Veiledningen skal styrke foreldrenes mestringskompetanse (Tveiten, 2007a).

Tveiten (2007) sier at dialogen er viktig i veiledningen. Hun sier videre at helsesøster må prøve å skape et tillitsfullt og dynamisk samarbeid med foreldrene. Relasjonen mellom veileder (helsesøster) og veisøker (foreldrene) må preges av tillit, respekt, likeverdighet og fortrolighet (Tveiten, 2007).

Overvekt er et vanskelig og sårbart tema. I møte med foreldrene er det derfor viktig at man som fagperson har en respektfull, ydmyk og spørrende tilnærming (Helsedirektoratet, 2010).

### 3.3.1 Dialog

Dialog er hovedformen i veiledning. En dialog er en samtale mellom to eller flere (Tveiten i Kvarme, 2007). Tveiten sier videre at både verbal og nonverbal kommunikasjon inngår i dialogen. Hun mener at den krever evne og vilje til å lytte. Være åpen til den andres argumenter og ha vilje til å skifte standpunkt. Hensikten er å komme fram til en felles forståelse uten bruk av makt eller overtalelse (Tveiten i Kvarme, 2007).

Idegrunnlaget for det helsefremmende arbeid manifesterte seg på den første internasjonale konferansen for helsefremmende arbeid i Ottawa i 1986 (Mæland, 2005). Mæland (2005) forteller at sentralt i den helsefremmende tenkningen står ideen om at den enkelte og lokalsamfunnet må ha makt og kontroll over helsen. Helsefremmende arbeid er definert som følgende: « Prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse» (Mæland, 2005:66).

Alt som virker positivt på helsen, kan kalles helsefremmende arbeid (Kvarme, 2007). Kvarme (2007) sier at i helsefremmende arbeid kreves ferdigheter til å stimulere individuelle, sosiale og politiske handlinger. Dette forutsetter en god relasjon mellom partene, både den som tar initiativ og den som involveres (Kvarme i Kvarme, 2007). Hun sier videre at for å kunne hjelpe folk til å bli i stand til å ta vare på egen helse er det avgjørende med god kommunikasjon og at man tar utgangspunkt i deres behov (Kvarme i Kvarme, 2007).

Samarbeid mellom foreldre og profesjonelle som jobber med barn, er av svært stor betydning for barns tilpasning og utvikling (Drugli/Onsøien, 2010). Helsesøster skal se foreldrenes behov og gi individtilpasset veiledning ut fra foreldrenes egen kunnskap og kompetanse (Helsedirektoratet, 2004).

Helsesøster skal sette standarder ut fra sin ekspertise, samtidig som hun skal understøtte og forsterke foreldrenes tillit til seg selv som forelder (Glavin & Kvarme 2003). Som Martinsen (2005) sier: Vi må være sensitive og vise en emosjonell involvering for å klare å sette oss inn i den andres situasjon.

I de Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge (Helsedirektoratet, 2010) fokuseres det på samtalen med familiene. I veilederen står det følgende:

Overvekt er et vanskelig og sårbart tema for de fleste. I møtet med det overvektige barnet og familien er det viktig at man som fagperson har en respektfull, ydmyk og spørrende tilnærming. Man må være oppmerksom på egne holdninger, tanker, følelser og egne erfaringer knyttet til overvekt, mat og kropp. Kartlegge hva familien ønsker hjelp til, hvilke tanker og følelser de har knyttet til barnets overvekt, hva de bekymrer seg for. Utforsk deres forklaringsmodeller og hvilke erfaringer de har gjort i forsøket med å stoppe barnets vektutvikling. Hvilke forventninger har de til behandlingen og hvilke alternativer til behandling foreligger? Hjelp familien med å synliggjøre egne ressurser og utfordringer i prosessen mot varig endring av livsstil. Trygg foreldrene på at det er god omsorg å stoppe en helsefaglig vektutvikling (Helsedirektoratet 2010:39).

### **3.3.2 Empowerment**

Forebyggende helsearbeid omfatter både sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Sykdomsforebyggende arbeid har forankring i en naturvitenskapelig forståelse av helse. Det helsefremmende arbeidet tar ikke utgangspunkt i sykdom, men har til hensikt å bidra til å fremme helse. Dette gjøres ved å styrke ressursene for god helse, framfor å fokusere på risikofaktorene. Empowerment som strategi i folkehelsearbeidet betyr at folk ut fra sin egen situasjon blir i stand til å definere sine egne problemer og finner sine egne løsninger i fellesskap med andre (Mæland, 2005). Empowerment er et begrep som utgjør en motsats til den paternalistiske tenkningen, hvor helsepersonell ble sett på som eksperter som tok avgjørelser på vegne av brukeren (Tveiten i Kvarme, 2007). Ideologien bak empowerment er at hver enkelt selv skal finne sine egne løsninger, uten å bli fortalt av andre hva de tror er best. Empowerment legger stor vekt på brukermedvirkning, og ser på mennesket som ekspert på seg selv (Tveiten i Kvarme, 2007). Hun trekker frem sentrale prinsipper i empowerment prosessen som å lytte til den som er i fokus, altså brukeren, og bruk av aktive læringsmetoder som krever brukermedvirkning gjennom dialog basert på likeverd og som har til hensikt å skape felles forståelse, felles kunnskap og handling (Tveiten i Kvarme, 2007). Jeg ønsker å legge vekt på brukermedvirkning på grunn av at det er et viktig og bærende prinsipp i samtaler, ifølge Helsedirektoratet (2004).



### **3.4 Overvekt; et stort og komplekst fenomen**

Helsedirektoratet har laget retningslinjer for hvordan forebygge og behandle barn med overvekt og fedme (Helsedirektoratet, 2010). Hensikten med retningslinjene er at de skal være en hjelp for helsepersonell og deres samarbeidspartnere i kampen mot overvektproblematikken.

For barn i alderen 0-5 år brukes WHO's vekstkurver, og for barn i alderen 6-19 år brukes vekstkurvene fra Barnevekststudien i Bergen (Helsedirektoratet, 2010).

I retningslinjene fra Helsedirektoratet (2010) fremgår det tabeller hvor barnets vekt og lengde blir plottet inn i kurver. Barnets KMI plottes mot alder. Kategorisering utføres ved å vurdere KMI-verdiens plassering i forhold til grenseverdi for henholdsvis overvekt (iso-KMI25) og fedme (iso-KMI30). Dersom barnets KMI passerer iso-KMI 25, og helsesøster eller fastlege via klinisk undersøkelse og sykehistorie konkluderer med utvikling av overvekt, må det gjennomføres en kartleggings- og veiledningssamtale med foreldrene. Det vil ofte være naturlig at barnet deltar på samtalene, men dette vurderes individuelt. Dersom foreldrene ønsker det, bør helsesøster tilby oppfølging med fokus på motivasjon til endring av levevaner (Helsedirektoratet, 2010).

Det primære målet for å forebygge/behandle overvekt er å bedre den langsiktige fysiske helsen gjennom å skape permanente sunne helsevaner. Innføring av disse vaner vil alene føre til bedre vekt (vekttap eller vedlikehold av vekt) for noen barn. Mens for andre barn kan ha behov for ekstra fokusert innsats for å redusere energiinntaket og øke energiforbruket (Helsedirektoratet, 2010).

Gjennom veiing og måling vil helsesøster få et datagrunnlag for å definere normal-, over- eller undervekt. Retningslinjene som er utarbeidet av Helsedirektoratet gir retningslinjer for når barnet skal henvises videre fra primær til spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010). Barn og foreldre utredes og får opplæring i spesialisthelsetjenesten, men langtidsoppfølgingen foregår i hjemkommunen av primærhelsetjenesten. Helsesøster er en sentral deltaker i denne oppfølging.

Balansen mellom energiinntak fra maten og energiforbruk ved fysisk aktivitet er helt avgjørende for om man holder kroppen i vektbalanse eller går opp eller ned i vekt. Mange

inntar mer energi enn de forbruker og risikerer dermed å bli overvektig (Helsedirektoratet, 2010).

Overvekt er et komplekst samfunnsproblem som har mange årsaker. Alt fra genetiske predisposisjoner til sosiale faktorer som økonomi, bosted og utdanning. Det er spesielt forklaringsmodeller som ser på overvekt og fedme som et individuelt ansvar, hvor fedme beskrives som et resultat av latskap, viljesvakhet eller dårlige vaner (Tao og Glazer, 2005).

Øen (2012) sier at det som regel er mange årsaker til overvekt. Ofte er det en kombinasjon av fysiske, psykiske og sosiale forhold. Personer med overvekt/fedme kan ofte ha psykososiale problemer. I mange tilfeller er deres livskvalitet lavere enn for pasienter med andre kroniske alvorlige sykdommer. Fordommer vedrørende overvekt, som kan lede til nedsettende og fordømmende oppførsel, resulterer ofte i store personlige problemer og skyldfølelse (Øen, 2012).

Andre årsaker til overvekt kan være at en har mindre tid til å lage mat eller at familier med lav inntekt ikke har råd til å kjøpe sunn mat samt at barn ikke lengre vet hvilke matvalg de skal ta (Øen, 2012).

Overvekt er ikke lenger en privatsak, men et fenomen de aller fleste har en oppfatning om og et personlig forhold til (Helsedirektoratet, 2010). En myte som kan finnes både hos helsepersonell og den generelle befolkning er at fedme er et resultat av latskap og mangel på selvkontroll. Negative holdninger fra helsepersonell kan forhindre god helsefaglig behandling av overvektige pasienter (Tao og Glazer, 2005).

Helsedirektoratet (2010) sier at det kan være nyttig for helsepersonell å tenke over sine holdninger til overvekt og fedme. Pasienter opplever fordomsfulle holdninger også fra helsepersonell, noe som er et dårlig utgangspunkt for respektfullt samarbeid (Helsedirektoratet, 2010).

Behandling av overvekt/fedme er en tidkrevende og møysommelig prosess (Øen, 2012).

Mange trenger livslang støtte. Som helsepersonell vil man ofte føle oppgitthet, frustrasjon og fortvilelse over at foreldrene ikke følger de rådene man gir. Å signalisere dette kan føre til at man mister familien. Etablering av tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for å kunne hjelpe familien (Helsedirektoratet, 2010). Eksempel på samarbeidspartnere er PPT, Barnevern, fastlege, fysioterapeut, ernæringsfysiolog og BUP.

## **4.0 Metodisk tilnærming**

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for valg av metode, og hvordan jeg har gått frem for å samle inn all data. Jeg vil også beskrive hvordan jeg har gått frem for å analysere teksten, og til slutt tar jeg for meg forskningsetiske utfordringer.

### **4.1 Valg av metode**

Mitt formål med studien er å gi ny kunnskap om helsesøsters tilnærming i møte med foreldrene til de overvektige barna. Studien er inspirert av en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelige erfaringer (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) (Malterud, 2011). Thornquist (2003) sier at fenomenologi er en erfaringsorientert tradisjon, der subjektiviteten blir sett på som en forutsetning for forståelsen. Hun sier at fenomenologi fremstilles ofte som læren om det som kommer til syne og viser seg (Thornquist, 2003). Kvalitative studier er egnet til å få svar på menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiv og holdninger (Malterud, 2011). Målet er dermed å få frem betydningen av deres erfaring og opplevelser av verden (Kvale et al., 2009).

Tjora (2012) sier at dybdeintervju som metode er basert på et fenomenologisk perspektiv. En tilnærming gjennom fenomenologi gir bedre innfallsvinkel til det som har med menneskers livsverden å gjøre (Tjora, 2012). Gjennom bruk av kvalitativ forskningsintervju benyttes samtalen som utgangspunkt for å tilegne seg kunnskap om helsesøsters tilnærming til foreldrene, som forhåpentligvis gir meg mer innsikt og forståelse. Tjora (2012) sier at målet med dybdeintervju er å skape en situasjon for en relativt fri samtale som kretser rundt det aktuelle temaet som jeg som forsker bestemmer på forhånd. I slike intervju stilles det åpne spørsmål som gir informanten mulighet til å gå i dybden der de har mye å fortelle. Han sier videre at intervjusituasjonen tillater at informanten kommer med digresjoner, som gjør at temaer eller momenter som intervjueren ikke hadde tenkt ut på forhånd, vil komme frem og dermed vise seg å være relevant for undersøkelsen (Tjora, 2012).

Thornquist (2003) sier at hermeneutikk er en teori om forståelse og fortolkning av tekster. Det fremheves å fortolke menneskers handling ved å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart melder seg (Thornquist, 2003). En hermeneutisk tilnærming legger vekt på at det ikke finnes en «sannhet», men at tolkningene som gjøres alltid vil bli tolket ut fra en

forforståelse som en allerede har (Thornquist, 2003). Forforståelsen min vil virke inn på hvordan jeg tolker tekstene. Gjennom fortolkning av den andres meninger, forståelse og handling, er mitt ønske å tilegne meg kunnskap om helsesøstrenes erfaringer i møte med foreldre.

Den kvalitative tilnærming har en større grad av fleksibilitet enn den kvantitative fordi den kvalitative kan la informantene styre informasjonen, og dermed kan det oppdages forhold som man ikke hadde tenkt på forhånd (Tjora, 2012). Kvalitative intervju kan skape en god ramme for å finne frem tidligere opplevelser og sammenhenger (Tjora, 2012).

## **4.2 Egen forforståelse**

Malterud (2011) sier at vi leter etter essenser eller vesentlige kjennetegn ved det fenomenet vi studerer. Hun sier at som forsker skal man forsøke å sette sin egen forforståelse i parentes (Malterud, 2011).

Jeg er mor, samboer, helsesøster og masterstudent. Det jeg har av erfaring hittil i mitt liv kommer jeg til å ha med meg når jeg fordypet meg i mitt forskningsprosjekt. Dette er med på å påvirke min forforståelse.

Overvekt og fedme hos barn er en stor utfordring for helsevesenet, og som utdannet helsesøster har jeg en del kunnskap og erfaring med foreldre til overvektige barn. Dette kan være både positivt og negativt for meg. Jeg har derfor vært oppmerksom på dette gjennom hele prosessen. Jeg har prøvd og lagt til side egne erfaringer og sett med et åpent blikk på hva informantene hadde av erfaringer, hvilke spørsmål som ble stilt under intervjuene, hvilke temaer jeg vektla i analysen osv.

Malterud (2011) skildrer forforståelsen som en ryggsekk som vi tar med oss inn i forskningsprosjektet. Innholdet i sekken vil påvirke oss i måten vi både samler inn og leser dataen på. Innholdet i sekken kan gi næring og styrke til prosjektet, i motsatt fall kan den bli en tung bær som gjør at en må avbryte fordi alt handler om det vi bærer med oss, og ikke det vi ser langs veien. Med innholdet i sekken mener hun erfaringer, hypoteser, teoretiske referanserammer og faglig perspektiv som vi har i innledningen av prosjektet.

### **4.3 Utvalgskriterier**

I denne studien er det helsesøsters tilnærming i samtale med foreldre til overvektige barn som er i fokus. Alle informantene er valgt ut fra gitte kriterier, for å sikre at de har kompetanse og erfaring som er ønskelig for at de skal kunne svare på forskningsspørsmålene.

For å få et godt utvalg i denne studien ønsket jeg informanter med følgende bakgrunn:

- Utdannet helsesøster
- Erfaring med kortvarige og / eller langvarige oppfølginger med foreldre i samtale
- Bred erfaring vektlegges

Det synes å være ulike meninger om hvor mange informanter som regnes som tilstrekkelig i kvalitative studier (Kvale, 2008, Malterud, 2011).

Malterud (2011) peker på at kvalitative studier sjelden bygger på empiriske data bestående av mange enheter. Det er størrelsen på utvalget i kvalitative studier som innebærer en balanse mellom å få tilstrekkelig mange informanter for å få et godt innblikk og kunnskap, uten at materialet blir uoversiktlig og analysen overfladisk (Kvale, 2008, Malterud, 2011).

Jeg valgte derfor å intervju fire helsesøstre. Et strategisk utvalg er et utvalg som er sammensatt slik at det har potensiale til å belyse den problemstilling en vil ta opp (Malterud, 2011).

Jeg var i forkant og underveis i studien åpen for flere informanter dersom jeg ikke fikk tilstrekkelig kunnskap under intervjuene. Etter fire intervjuer gikk jeg gjennom materialet og vurderte behovet for flere informanter.

### **4.4 Snøballmetoden**

Jeg sendte mail til øverste leder for den virksomheten helsestasjonen lå under i fem kommuner. Jeg presenterte meg og min studie, og spurte om tillatelse til å kontakte ledende helsesøster i kommunene. Fikk positivt svar fra alle kommuner samme dag. Videre valgte jeg å sende e-post (Vedlegg 5) til postmottaket i de fem kommunene rundt om i mitt fylke, for deretter å be dem videresende e-posten til ulike ledende helsesøstre. Jeg sendte samtidig e-

post til noen kommuner selv for å sikre at ledende helsesøster mottok e-posten. På denne måten startet jeg flere “snøballer” samtidig. Tjora (2012) beskriver fremgangsmåten ved at man først tar kontakt med de personer som har de ønskelige egenskaper og kvalifikasjoner, for deretter å spørre disse om nye kontakter, lik en snøball som ruller bortover og stadig blir større og fyldigere. Etter hvert ville jeg forhåpentligvis få de kandidater som jeg ønsket meg, for å få besvart min oppgave. Men det var ikke så enkelt. Jeg fikk ingen respons. Jeg måtte ringe til hver enkelt helsestasjon for å presentere min studie, og det var da ballen begynte å rulle.

Grunnen til at jeg valgte mitt fylke, var for å begrense kostnader vedrørende reise i forbindelse med intervjuene. Jeg valgte ikke å bruke de nærmeste helsestasjoner i mitt nærrområde, da jeg var redd for å bli farget av både kjennskap til informantene- og helsestasjonens virksomhet og motsatt.

#### **4.5 Intervju som metode**

Forberedelse og gjennomføring av intervjuene

Jeg søkte om godkjenning til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) før jeg kunne starte opp med intervjuene, ettersom intervjuene skulle tas opp på lydbånd (Vedlegg 1).

Skriftlig samtykke ble sendt ut sammen med rekruttering av informantene (Vedlegg 3 og 4). Før intervjuet presenterte jeg meg og fortalte om formålet med studien. Det ble gitt både muntlig og skriftlig informasjon om at de når som helst kunne trekke seg fra intervjuet.

Siden jeg endret på intervjuguiden etter prøveintervjuet, sendte jeg det inn til NSD for ny godkjenning og fikk tilbakemelding på at de ikke hadde noen innsigelser på dette.

Jeg opplevde alle informantene som imøtekommende, interesserte, kunnskapsrike og oppriktig engasjerte i tematikken. Jeg opplevde at de var åpne om sine erfaringer og utfordringer de møter på. Jeg intervjuet en informant som var både utdannet helsesøster og ernæringsfysiolog. Dette intervjuet ble mer utfordrende enn de andre da hun ofte måtte hentes inn i helsesøsterrollen, siden hun ofte sporet over til ernæringsfysiologrollen i stedet. Men til

tross for en del avbrytelser underveis i intervjuet, fikk jeg hentet henne inn underveis og jeg ble fornøyd med intervjugjennomføringen.

#### **4.6 Utarbeidelse av intervjuguide**

Jeg valgte å gjennomføre et prøveintervju på en av mine kollegaer for å bli kjent med intervju som metode og for å få erfaring med min egen rolle som intervjuer. Hensikten med det var å få kunnskap om hva som fungerte og hva som ikke fungerte for å styrke det metodiske grunnlaget i oppgaven. Jeg hadde testet utstyret godt på forhånd og var trygg på håndtering av lydopptakeren.

Informasjonen fra prøveintervjuet inngår ikke i oppgaven, utover det metodiske. Informanten i prøveintervjuet var «kvalifisert» i forhold til problemstillingen og mine utvalgsriterier og kunne av den grunn bidra til å gi tips i forhold til spørsmålsformuleringene. Min erfaring i etterkant var at jeg måtte justere på intervjuguiden etter prøveintervjuet. Spørsmålene var i stor grad for lukket og åpnet ikke for informantens fortellinger. Jeg erfarte at det ikke var nødvendig med mange spørsmål rundt de samme temaene siden informanten kom naturlig inn på dette i løpet av samtalen. I starten på første intervju hadde jeg ofte oppfølgingsspørsmål. Dette innså jeg først etter å ha hørt opptaket etterpå. Noe jeg bestemte meg for ikke å fortsette med, da jeg la føringer i samtalen som jeg slett ikke ønsket (Vedlegg 2).

Jeg snakket løst og fast med informantene før intervjuet startet, noe jeg opplevde positivt og som resulterte i god dynamikk mellom oss.

Etter intervjuene hadde jeg og mine informanter samtale om hvordan intervjuet hadde vært, og vi snakket om spørsmålene som ble stilt.

#### **4.7 Transkripsjon**

Når lydfilene transkriberes omformes “virkeligheten” fra intervjuet om til skrevet tekst (Malterud, 2011).

Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert umiddelbart etter hvert intervju. Jeg transkriberte selv, fordi det er en unik mulighet til å bli godt kjent med materialet på en ny måte. Malterud (2011) sier at når forskeren selv gjør transkriberingsarbeidet, øker muligheten

for å oppdage svakheter i materialet, og risikoen for å samle utallige sider kan reduseres ved å justere intervju- og rekrutteringsstrategi.

Transkriberingen var i seg selv ganske tidkrevende, men også lærerik med tanke på hvor mange nedskrevne sider det ble alt i alt.

Jeg transkriberte ordrett det som ble sagt, men jeg så behov for å redigere setninger underveis, da noen setninger var usammenhengende eller at budskapet ble repetert flere ganger. Jeg skrev også opp nonverbale hendelser slik jeg husket dem og slik de kom til uttrykk på lydbåndet.

Når alle intervjuene var transkribert, hadde jeg til sammen et tekstmateriale på 31 sider.

#### **4.8 Analysen**

Etter transkribering skulle intervjuetekstene analyseres. Malterud (2011) sier at under analysen skal man organisere rådataen, velge ut deler i materialet som man vil konsentrere seg om, for så å fortolke og sammenfatte resultatet. Resultatene skal brukes til å drøftes opp mot eksisterende teori.

Som analysemetode har jeg benyttet meg av Malterud (2011) og hennes systematiske tekstkondensering:

Malterud (2011) har delt analyseprosessen inn i fire trinn:

1. Å få et helhetsinntrykk av materialet
2. Å identifisere de meningsbærende enhetene
3. Å abstrahere innholdet
4. Å sammenfatte betydningen i helhet

Jeg startet med å lese gjennom teksten flere ganger. Skaffet meg et helhetsinntrykk, altså bli kjent med materialet. Jeg begynte å skrive ned det jeg fant interessante eller viktige, og så var jeg i gang.



Jeg var veldig bevisst underveis i analysen å henvende meg til problemstillingen, for ikke å komme på feil spor. Av og til kanskje for bevisst da jeg i stedet for å se inn i empirien, satt med min forforståelse på hva jeg kom til å få ut av materialet for å få besvart min problemstilling. Malterud (2011) sier at ved å jobbe i samsvar med det fenomenologiske perspektivet stiller vi oss mer åpne for de inntrykk som materialet kan formidle.

I analysens første trinn (se vedlegg 6) begynte jeg å forstå konteksten ved å notere en oppsummering i marginen på hva hvert avsnitt omhandlet. Jeg kategoriserte teksten for å skaffe meg en oversikt over de ulike emner som materialet inneholdt. Dette for å se om jeg hadde oversett noe. Jeg måtte lese materialet i flere etapper. Linje for linje for å få en helhetlig betydning av teksten. Jeg delte teksten opp stykkevis etter hva som hørte sammen og delte teksten inn i meningsbærende enheter etter Giorgis prosedyre (Malterud, 2011). Jeg skilte med andre ord ut det som var relevant og som kunne tenkes å belyse temaet mitt. Gjentatte gjennomlesninger resulterte i seks foreløpige temaer; «Å avdekke overvekt», «Et vanskelig og sårbart tema», «Helsesøsters tilnærming til foreldrene», «Empowerment», «Underrapportering» og «Endringsprosessen- Tre skritt frem og to tilbake». Alle temaene som kom opp var felles for alle informantene.

I analysens andre trinn var hensikten å avdekke meningsbærende enheter ved at relevant tekst skulle skilles fra irrelevant. Malterud (2011) skriver at koding innebærer en systematisk dekontekstualisering der deler av teksten hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng for senere å kunne leses i sammenheng med beslektete tekstelementer og den teoretiske referanserammen. De meningsbærende enhetene ble organisert ved hjelp av koding. Det vil si å sette en «merkelapp» på de tekstbitene som har noe til felles. For eksempel «møtte helsesøster med motstand », « Foreldrene vil ikke ha veiledning» eller «å vise vekstkurvene er en fin inngangsport til å ta opp temaet». Jeg markerte enhetene med ulike farger innen ulike kategori. Kodene ble en forkortelse av hva tekstene handlet om. Jeg valgte ut tekster som hadde kunnskap om ett eller flere temaer fra første trinn. De meningsbærende enhetene varierte i lengde; noen var lange mens andre korte. Malterud (2011) sier at det er bedre å ta med for mye enn litt for lite. Etter hvert som jeg tok avsnitt for avsnitt puttet jeg det inn i tabeller for at det skulle se mer oversiktlig ut. Jeg gikk gjennom materialet på nytt etter å ha fått på plass kategoriene, for å se om noen enheter skilte seg ut fra de andre eller hørte til under en annen gruppe. Underveis i jobben hadde jeg problemstillingen i bakhodet.

I analysens tredje trinn skal man trekke kunnskap som hver enkelt kodegruppe representerer fra 2. analysetrinn. Ut fra kodegruppens innhold, laget jeg nye subgrupper. Ut fra disse skulle det lages et kondensat (Malterud, 2011). Målet var å hente ut meningen i tekstbitene jeg hadde valgt og kondensatet skulle omsette det konkrete innholdet fra de meningsbærende enhetene til en mer generell form. For eksempel så fikk koden: «Det handler om hvordan helsesøster ordlegger seg» subgruppen: «Helsesøsters tilnærming til foreldrene», koden: «Helsesøster møter ikke ressurssterke foreldre på samme måte som ressursvake foreldre» subgruppen: «Det stilles forskjellige krav til foreldrene ut fra deres forutsetning». Jeg samlet sammen de beskrivelsene som omhandlet det samme og skrev dem om til en helhetlig kort tekst.

I analysens fjerde trinn handler det om og sette sammen bitene igjen som Malterud (2011) kaller rekontekstualisering. Av sammenfatningen skal det utvikles kategorier som skal danne grunnlag for underavsnittene i resultatkapittelet. Jeg kom frem til fire kategorier; «Foreldrene oppsøker sjelden helsestasjonen vedrørende barnas overvekt», «Foreldrenes forhold til barnets overvekt», «makt i konsultasjonen» og «den vanskelige men nødvendige samtalen». Jeg leste gjennom det originale transkriberte materialet helt tilslutt, for å se om sammenfatningen stemte overens med utgangspunktet. Dette for å fremstille informantens stemmer på en riktig og lojal måte.

#### **4.9 Ethiske overveielser**

Etikken rundt forskning står sentralt og den gir retningslinjer som vurderes i forhold til prosjektets spesifikke situasjoner (Tjora, 2012).

Helsesøstrene som jeg intervjuet i denne oppgaven er utdannet helsepersonell. Det stilles derfor ingen andre krav enn et informasjonsskriv i forkant for å gjennomføre studien. Jeg innhentet et skriftlig samtykke av samtlige for å forutsette god informasjon til deltagerne før prosjektets oppstart.

Prosjektet ble meldt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Dette er et krav i følge deres retningslinjer når jeg skulle benytte båndopptaker under intervjuene og for å lagre de nødvendige opplysningene om mine informanter (Datatjeneste, 2012). Oppbevaring av lydband ble innelåst i tillegg til at jeg ikke navnga informantene under intervjuene.

Lyddopptakene slettes etter innlevert oppgave. Når informantene kom med eksempler under intervjuene, ble de anonymisert i henhold til de forskningsmessige retningslinjene for datainnsamling (Datatjeneste, 2012).

Ved all medisinsk og helsefaglig forskning som involverer mennesker, biologisk materiale eller helseopplysninger, skal det søkes om forhåndsgodkjenning fra REK (Regional komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 2012). Dette trengte jeg ikke, da min studie ikke fylte noen av disse kriterier.

Sensitivitet i forhold til temaet overvekt kan ha vanskelige følelsesmessige sider som kan komme fram i en intervjusituasjon. Det var derfor viktig for meg at jeg var forberedt på dette.

#### **4.10 Refleksivitet, relevans og validitet**

Gjennom analyseprosessen inviteres leseren til å se hvordan studien er bygd opp. Informantene har vært de viktigste bidragsyterne til den empiriske datainnsamlingen. De viste interesse og stort engasjement, og dette er elementer som styrker oppgavens troverdighet (Malterud, 2011). For at resultatene skal kunne fremstå som pålitelige, er det vesentlig å vurdere studiens kvalitet.

Malterud (2011) bruker begrepene refleksivitet, relevans og validitet for å vurdere den vitenskapelige kvaliteten i en kvalitativ studie. Refleksivitet handler om å overveie forutsetningene som omgir kunnskapsutviklingen og former resultatene (Malterud, 2011).

Malterud (2011) sier at all kunnskapsutvikling handler om å finne frem til mer eller mindre relevante versjoner av den virkeligheten som vi ønsker å vite mer om.

Validitet handler om relevans eller gyldighet. Malterud (2011) sier at forskeren må velge en relevant metode for å belyse problemstillingen, ellers kan det være fare for ugyldige svar. Hun legger til at forskeren skal stille spørsmål om relevans i forhold til både utvalget, datainnsamlingen, analysemetoden, den teoretiske rammen og presentasjonsformen. I min studie har jeg gjort rede for alle valg jeg har tatt underveis. Under hele prosessen har jeg hatt et kritisk blikk i forhold til mine valg, da jeg vet at det har betydning for min studie.

Ingen forsker går med blanke ark inn i en studie. Dette kan en ikke legge til side. Men troverdigheten kan styrkes ved at man tydeliggjør sin forforståelse. Malterud (2011) sier at

refleksivitet, relevans og validitet kan ikke oppfylles fullstendig, men det å være bevisst betydningen, synliggjøre og diskutere dem, er en viktig side i forskningsprosessen.

## **5.0 Presentasjon og beskrivelse av hovedfunn**

I det følgende kapittelet vil jeg gi en presentasjon og beskrivelse av funn fra mitt empiriske materiale for så å diskutere opp mot teori og forskning i neste kapittel.

Fremgangsmåten er beskrevet i metodekapittelet. Noen av kategoriene og temaene kan overlape hverandre i presentasjonen siden flere av temaene har en sammenheng.

Hovedmålet med prosjektet er å belyse helsesøsters muligheter og begrensninger i dialogens forløp med foreldre til overvektige barn i alderen 5-9 år der overvekten oppdages og foreldrene får tilbud om samtale med helsesøster, som en del av videre oppfølging.

De fire kvinnelige informantene var helsesøstre som har ulik erfaring med familier med overvektige barn. De hadde jobbet som helsesøstre i 6-22 år på helsestasjon og i skolehelsetjeneste, og hadde 5-20 års erfaring innen dette feltet. Jeg velger å bruke betegnelsen «helsesøster» videre i oppgaven.

Funnene er delt inn i følgende kategorier:

- 1. Foreldrene oppsøker sjelden helsestasjonen vedrørende barnas overvekt**
- 2. Foreldrenes oppfatning av barnets overvekt**
- 3. Makt i konsultasjonen**
- 4. Den vanskelige men nødvendige samtalen**

Jeg har delvis brukt sitater fra helsesøstrene for å illustrere funnene.

## **5.1 Foreldre oppsøker sjelden helsestasjon vedrørende barnas overvekt**

Det fremkommer av alle helsesøstrene at mange foreldre vegrer seg i å henvende seg til helsestasjon angående barnets overvekt.

### **5.1.1 Henvendelse om- og oppfølging av overvekt hos barnet**

Helsesøstrene forteller at måling av barn i alderen 5-9 år skjer i forbindelse med skolestart, altså når barnet er ca. fem år, og at neste måling er på 3. klassetrinnet. I følge retningslinjene skal barna veies ved førskolekontroll, 3. klasse og i 8. klasse. Det blir sendt brev fra helsestasjonen om innkalling til førskolekonsultasjon og 3. klasse konsultasjon. I brevene får foreldrene informasjon om at det foretas blant annet vekt og høydemåling. På helsestasjonen er foreldrene til stede med barna ved hver konsultasjon. Vekt og lengde er et tema som blir tatt opp ved de fleste konsultasjoner. Helsesøstrene forteller at ved disse kontrollene møter alle opp.

Der overvekt avdekkes i skolehelsetjenesten, forteller helsesøstrene at det skjer på to måter. Brev blir sendt i posten om at deres barn ligger i kategori overvekt og tilbys derfor en frivillig oppfølgingstime i forbindelse med dette. Det står samtidig skrevet i brevet at foreldrene kan ta kontakt med helsesøster for ytterligere spørsmål. En annen måte er at helsesøster ringer til foreldrene i stedet for å sende et brev. En av helsesøstrene legger til at det varierer fra arbeidsplass til arbeidsplass hvordan det praktiseres, men alle helsesøstrene i min studie ringer opp foreldrene.

I følge retningslinjene bør klassen på forhånd informeres før veiing og måling blir gjennomført i skolehelsetjenesten. Dette for å ufarliggjøre og gi barna og foreldrene nødvendig kunnskap om hensikten med undersøkelsen. Dette sier alle helsesøstrene at de har gode erfaringer med, selv om det ikke alltid har blitt praktisert.

Helsesøstrene i min studie mener at det lett kan oppstå misnøye både ved å sende brev og ved å ringe foreldrene. Misnøye i form av at foreldrene blir sinte; de forstår ikke hvorfor de har fått brevet eller at de ikke ser at barnet er overvektig og forstår ikke hva som menes.

Helsesøstrene mener at det lett kan oppstå misforståelser uansett kontaktform. De velger derfor å sende et generelt brev hvor foreldrene får time på helsestasjon for oppfølging, der det ikke legges vekt på ordet overvekt. Dette har alle helsesøstrene gode erfaringer med. Det er

derimot varierende praksis fra helsestasjon til helsestasjon. En av helsesøstrene har tidligere jobbet på en annen helsestasjon hvor det ble sendt brev med informasjon om overvekt og tilbud om videre oppfølging. I de tilfellene var det få som ønsket oppfølging.

Noen veier barna på skolen i 3. klasse, mens andre innkaller til en 3. klasse konsultasjon med foreldrene, avhengig av både ressurser og hvordan enheten er bygd opp i kommunen ifølge en av helsesøstrene. Dette kan skje både på helsestasjonen eller i skolehelsetjenesten. En annen helsesøster sier at det er varierende praksis fra kommune til kommune, fra helsestasjon til helsestasjon. I noen kommuner er helsestasjon- og skolehelsetjenesten en enhet på grunn av små forhold, mens i store byer kan man ha mange skoler rundt om i en kommune og der praktiseres innkallingene av disse barna også ulikt.

Retningslinjene sier at der det er nødvendig med oppfølging etter veiing og måling av skolebarn, anbefales det at foresatte informeres muntlig i tillegg til den skriftlige informasjonen. Dette praktiseres ulikt hos mine helsesøstre.

Helsesøstrene forteller at erfaringen de har er at et fåtall foreldre takker ja til videre oppfølging. En av helsesøstrene sier at hun legger frem tilbudet som om de ikke har mulighet til å takke nei. Hun har ikke opplevd at foreldre ikke har møtt til time. Hun forteller at hun har da en gyllen mulighet til å komme i posisjon overfor foreldrene.

### **5.1.2 Helsesøsters fremgangsmåte i konsultasjonen**

Alle helsesøstrene svarte at de starter samtalen med foreldrene ved å vise frem vekstkurven og dermed har de noe konkret å gå etter. Etter å ha vist vekstkurven er stort sett foreldrene åpne om å snakke om det. Den negative responsen kommer når helsesøster skal sette i gang tiltak som griper inn i livet deres. Det er da de fleste helsesøstrene møter motstand fra foreldrene.

Å bruke vekstkurvene som utgangspunkt for å avdekke og visualisere barnets overvekt med foreldrene ser ut til å være en strategi som alle helsesøstrene i studien bruker. Helsesøster ønsker å stille seg objektiv og nøytral i forhold til barnets vekt og mener de unngår i stor grad en negativ holdning fra foreldrene samtidig som det blir belyst at barnet har en overvekt som må tas tak i.

Det kommer frem at det er forskjell på å ta opp temaet overvekt med foreldrene ved at det oppdages for første gang under en konsultasjon enn om foreldrene har vært innom ved en eller flere anledninger. Alle helsesøstrene sier at det er lettere å ta opp overvekt når det avdekkes der og da. Foreldrene har som regel sett at barnet har begynt å legge på seg. Foreldrene kommer gjerne raskt med i samtalen når helsesøstrene fremlegger vekstkurvene.

Det fremkommer hos alle helsesøstrene at det er vanskelig å ta opp temaet når det tidligere har vært tatt opp ved flere anledninger og foreldrene tidligere har avslått tilbud om videre oppfølging.

En av helsesøstrene sier som følger:

Så ligger det en forventning til hvilken konsultasjon de skal inn på helsestasjonen. Når helsesøster skal mase om denne vekta som man allerede har sagt ifra om at man ikke vil ha hjelp til. Så ligger det i at det er vi som legger mer og mer press på foreldrene, ellers gjør man ikke jobben sin.

Helsesøstrene sier at de er nødt til å si noe om overvekten, uansett hvordan foreldrene opplever situasjonen. Alle helsesøstrene sier at de føler at foreldrene tenker at “ Nå må du slutte å mase om dette ...”

Helsesøstrene forteller at som oftest skjer avdekkingen av overvekt ved førskolekontroll eller ved 3. klasse konsultasjonen.

Alle helsesøstrene sier at det er viktig å høre på hva foreldrene forteller for å kunne forstå problemene. Hvis det ikke fungerer, bør man kanskje bruke mer tid på konsultasjonen. En av helsesøstrene sier at man kanskje bør kartlegge ulike områder før man overkjører foreldrene med oppfølging av vekst/kontroll/ fysioterapeut/ ernæringsfysiolog/ osv. Det er i slike sammenhenger at helsesøstrene opplever å miste foreldrene. Det blir rett og slett for mye å forholde seg til for foreldrene og alle helsesøstrene legger til at de ønsker så gjerne å hjelpe dem.

En av helsesøstrene sier at helsesøster sitter med mye kunnskap og kan bli overivrig i forhold til familien og dermed skyve dem unna seg i stedet for å klare å motivere dem til videre samarbeid.

Alle presiserer at tilnærmingen helsesøster har til foreldrene i samtalen er en forutsetning for at et samarbeid skal fungere. Og da må man ha tid og ressurser til å følge dette opp. Man har ikke all den tiden som er nødvendig og kan ikke skape den tilliten på det første møtet med foreldrene.

Alle helsesøstrene er inneforstått med at det er et sårbart tema. Foreldre kontakter helsestasjon for ulike årsaker, men det er enighet at det er få som kommer for å snakke om sitt overvektige barn.

En av helsesøstrene nevner dette med å bo i en liten kommune som en sårbarhetsfaktor. Man kan kjenne foreldrene via jobb eller fritid eller være nærmeste nabo. Helsesøstrene tror det kan være ubehagelig for foreldrene å oppsøke helsestasjon i en slik setting. En annen grunn kan være at man ut fra gammel erfaring med helsestasjonen gjennom sine andre barn vet at det har opplevdes vanskelig. Foreldrene kan ha følt seg overkjørt av tidligere helsesøster. En helsesøster ser det fra sitt ståsted og legger til at det kan samtidig være vanskelig for helsesøster, for man prøver og prøver men får ikke den responsen som man ønsker fra foreldrene.

En av informantene sier:

Jeg prøver å være ydmyk selv om ... Vi har jo jobbet med denne familien før. Dette har vi prøvd før til ingen nytte. Men man må jo bare stille med blanke ark og tenke at vi får gjøre et nytt forsøk på å få ting til å fungere. Men det vi ofte opplever er at foreldre som sitter med tidligere erfaring med oppfølging av overvekten til sitt barn, er at de ikke ønsker mer hjelp fra oss. Vi har allerede mistet dem, og det er jo synd. Og så tenker man på hva man kunne gjort for å nå dem.

Det kommer frem fra en av helsesøstrene at det oppdages overvekt, men at det kan ligge mange årsaker bak. Da må man finne ut hvor "skoen trykker", som helsesøsteren sa, før man fortsetter å ha fokus på overvekten. Alle helsesøstrene foreslår at det er viktig å kartlegge andre områder, og ikke bare ha fokus på overvekten.

En av helsesøstrene forteller at det ofte er andre problemer som må tas tak i før man fokuserer på overvekten. Hun nevner opplevd mobbing og psykiske problemer. Dette må jobbes med før fokus på overvekten. Hun legger til at det er vanskelig når man ikke kjenner til familie- og skoleforholdene rundt barnet og at det ikke alltid er like lett å vite hvor foreldrene er i prosessen.



Underveis i kartleggingen avdekker helsesøster andre ting å ta tak i. Andre ting som er mye viktigere enn overvekten. Helsesøster må finne ut hvor “skoen trykker” og legge opp konsultasjonen ut fra de nye opplysningene.

### 5.1.3 Råd og oppfølging

Som oftest når overvekten oppdages på en av konsultasjonene, legger man frem hvilket tilbud man har i kommunen. Ved forespørsel om hvordan helsesøstrene jobbet i forhold til oppfølging, fortalte to av helsesøstrene at de fulgte «veilederen» i forhold til avdekking av overvektige. Alle nevnte veilederen “Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge, 2010”. De andre to helsesøstrene prøvde å følge veilederen men hadde lite ressurser å stille med. De fortalte at det var en del sykemeldinger på arbeidsplassen, noe som resulterte i underbemanning, som igjen førte til at disse barna ikke ble fulgt opp som de skal. Lite tilgjengelig leger ble også nevnt. En av helsesøstrene sa at noen helsesøstre på hennes arbeidsplass ikke var godt nok kjent med veilederen siden de var nyutdannet og dermed ikke kjente til anbefalingene for videre oppfølging og henvisning i forhold til de overvektige. Dette gjorde at noen av dem også “mistet” foreldrene. Hun la til at det som regel skorter på ressurser og travelhet.

En av helsesøstrene fortalte en historie fra da hun var helt ny i jobben som helsesøster og påpekte overvekt på en 3. klasse kontroll. Helsesøster hadde forberedt seg ved å lese journalnotat fra tidligere helsesøstre angående dette barnet og så på vekt kurvene før hun skulle ha barnet og foreldrene inn. Helsesøster så tydelig at dette barnet burde fått tilbud om videre oppfølging angående sin vekt på grunn av vekstkurvene, men det sto ingenting i journalen om det. Helsesøster veier barnet når det kommer og skriver inn målene og ser at barnet går stadig opp i vekt. Dette blir tatt opp med mor som følger dette barnet. Helsesøster sier hun blir «kjeftet opp» av mor for det har hun aldri hørt snakk om tidligere. Mor sier hun finner det merkelig at ikke forrige helsesøster har sagt noe angående dette før, når helsesøster viser vekstkurven for når det begynte å gå oppover. Hun blir sint og møter helsesøster med motstand i form av at hun sier klart ifra at dette tøvet vil hun ikke høre på. Hun viser tydelig at hun ikke er interessert i videre oppfølging og forlater kontoret. Helsesøster forteller videre at hun følte hun måtte forsvare seg selv og driften på helsestasjonen. Og etter å ha gitt mor litt

tid for å svelge den nye informasjonen, tok helsesøster kontakt på nytt.

Helsesøster sa følgende:

Dette har vært tatt opp både i media og opplevd selv i jobben som helsesøster opptil flere ganger. Jeg kommer helt sikkert til å møte på samme situasjon flere ganger. Det som er viktig da er å ta opp kontakten om en stund. Prøv å få inn foreldrene, slik at de får en forklaring på hvorfor. Vis vekstkurvene. Det er et tydelig og konkret verktøy å vise til. Noen foreldre er villige til å lytte til hva helsesøster har å si, mens andre ikke er interessert, og da er det jo klart at de ikke oppsøker helsestasjon for problematikken senere. Men man kan ikke gi opp. Hva som er årsakene til at de ikke ønsker å benytte seg av tilbudet kan være mange. Ser de kanskje ikke overvekten? Har de for lite kunnskaper til å sette seg inn i konsekvensene for barnet? Det er vanskelig å si.

## **5.2 Foreldrenes oppfatning av barnets overvekt**

Helsesøstrene forteller at flere foreldre har ulik oppfatning om barnets overvekt.

### **5.2.1 utfordringer i møte med foreldrene**

Helsesøstrene får under intervjuet i oppgave å beskrive positive og negative møter med foreldrene til de overvektige barna. Alle er enige at det er flere utfordringer å forholde seg til. Det blir blant annet nevnt at foreldrene ikke ser overvekten hos barnet selv. De forstår ikke hva som er problemet selv om helsesøster viser vekstkurven som gjør en markant stigning.

En helsesøster forteller:

Jeg hadde foreldrene og barnet inne på mitt kontor. Hun var tydelig «lubben», og foreldrene fortalte at hun var både aktiv og spiste greie måltider. Jeg viste foreldrene vekstkurven og de forstod ikke når jeg forklarte hva jeg så. Jentungen var tydelig overvektig, og enda var de ikke mottakelig for det jeg sa.

Alle helsesøstrene har opplevd at de har hatt foreldre inne på kontoret som er «skråsikre» på at det de gjør er riktig, med tanke på kosthold og aktivitet. De forteller at det argumenteres

med at man er aktiv med barnet og at det spises relativt sunt og gjør alle de «rette» tingene hjemme. At det kun er godteri i helgene osv. Men den ene helsesøsteren sier at med engang man går i dybden og kartlegger hva som spises og hva som forbrennes, så er det ofte et tegn på at foreldrene ikke har de kunnskaper som de mener de har. Helsesøstrene synes denne situasjonen er vanskelig. En av helsesøstrene sa: «Hvordan skal vi legge dette frem for foreldrene uten å støte dem?».

En annen ting som blir nevnt av alle helsesøstrene er at de opplever samtalen vanskeligere når en eller begge foreldre er overvektige. Alle helsesøstrene beskriver disse samtaler som utfordrende og vanskelige. Alle helsesøstrene kjenner på at de må veie sine ord, og fremlegge sitt budskap på en riktig måte for å unngå å støte noen, men samtidig skal de kunne stille krav til familien på lik linje med andre familier.

En annen utfordring som blir nevnt av alle helsesøstrene, er ordet underrapportering. Det kan virke som om foreldrene vet om problemet, men ikke vil vedkjenne seg det og dermed underrapportere. En av helsesøstrene sier at dette er et ikke akseptert tema. Foreldrene kjenner på skam og skyldfølelse. En annen helsesøster legger til at dette er et kjent fenomen. Foreldrene kommer til samtale med helsesøster og ut fra hva foreldrene forteller harmonerer det på ingen måte med hva vekten tilsier. Alle helsesøstrene sitter med en følelse av at foreldrene forteller det helsesøster vil høre bare for å få fred.

En av informantene forteller:

Det er mye lettere å ta opp avvik på syn eller hørsel. Eller faktisk når ungen din er for tynn. Det er liksom akseptert. Men med engang man skal ta opp overvekt kan man møte motstand fra foreldrene. Om jeg avdekker dårlig syn, blir foreldrene glade for at barnet blir henvist til øyelege, men om jeg sier ordet overvektig, møter jeg på motstand. Gjerne en slik kommentar som: “Min far var også tykk og jeg er tykk. Alle i min familie er tykke”. Det er ikke noe vi kan gjøre med. Man blir ikke stigmatisert om et barn har briller. Det er akseptert. Det med overvekt er trist og sårt. Jeg vet om flere barn som blir ertet og mobbet på grunn av overvekten. Som forelder til et overvektig barn tror jeg alle foreldre kjenner på å måtte sette mer grenser i forhold til mat og det er også sårt. Å bli kalt slem av sitt barn er sårt. Kanskje foreldrene selv er overvektig og kjenner seg godt igjen. Det setter mange følelser i sving. Og for mange foreldre er det en avmakt at ditt barn blir mobbet på skolen. Men på den andre siden er det de foreldrene som har tenkt tanken selv (at barnet er overvektige), slik at de blir glade for at vi tar dette opp.

En annen helsesøster forteller at hun ba et foreldrepar om å dra hjem å notere opp alt barnet spiste på tre uker. Da de kom på kontroll neste gang, viste det seg at barnet hadde gått opp i vekt, men ifølge oversikten over hva som hadde blitt spist, stemte det ikke. Ifølge kartleggingen burde barnet ha gått ned i vekt. Helsesøster forteller at dette ser hun en hel del av. Hun kjenner på at hun blir så skuffet, for det er foreldrene som setter grensene hjemme. Det er de som er ansvarlige for hva barnet kan spise. Helsesøster sier at det er foreldrene som skyver barnets problem fremfor seg i stedet for å ta tak før det er for sent. Hun sier at det er både trist og skremmende å se foreldrenes holdninger. Og så er det vi som helsesøstre som skal ta tak i dette.

En helsesøster sier at andre utfordringer kan være at foreldrene ikke er i stand til å ta tak i overvekten til barnet. Det kan gå på foreldrenes egne følelser i forhold til overvekt.

En av helsesøstrene beskriver det slik:

Mor og far ser overvekten, men de ønsker ikke å se den. De synes det er vanskelig å sette grenser for sitt barn og de føler de ikke klarer å ta tak i problemet. Eller at de ikke helt vet hvordan de skal gjøre det. Det kan gå på foreldrenes mestringsfølelse. I tillegg er det mange andre forstyrrende momenter som spiller inn. Foreldrene jobber som regel 100 %, i tillegg til at det er ulike aktiviteter på ettermiddagen. Samfunnet er lagt opp til at det ofte blir enkle, hurtige valg i matveiene, og ofte blir det de usunne valgene som er mest lettvinnt og dermed baller kiloene på seg. Vi vet også at det er mer spilling og tv titting som gjør at ungene er i mindre aktivitet i dag.

En av helsesøstrene erfarer at foreldrene som er villige til å ta imot veiledning og råd kjenner på følelser som skyld, skam og dårlig samvittighet overfor barnets overvekt. De andre helsesøstrene nevner også ordene i andre sammenhenger, og er enige at foreldrene går med dårlig samvittighet selv om det ikke skal sies høyt.

### **5.2.2 Ressurssvake foreldre**

Helsesøstrene erfarer at foreldre med lite ressurser også sliter på andre plan. Da nevnes ord som grensesetting, overvekt og økonomi.

En av helsesøstrene sier følgende:

Jeg opplever at de ressurssterke foreldrene lytter og prøver å forstå hva som blir sagt. Disse foreldrene er som regel med på et samarbeid rundt barnet. Mens de som er ressursvake vil ofte barnas beste, men de er ikke i stand til å se problemet eller sørge for at ting blir tatt tak i. I disse foreldrene opplever jeg at "barnets beste" blir nedprioritert, og at det heller blir lagt til rette for barnet på foreldrenes premisser.

Alle helsesøstrene sier at de opplever de ressursvake foreldrene som mer krevende og samarbeide med. Men uansett om de er ressurssterke eller ressursvake, er alle enige at det er krevende å være helsesøster. Det er vanskelig å finne motivasjon til å fortsette å gjøre en god jobb hvis man ofte møter på foreldre som ikke er samarbeidsvillige. Alle hadde kjent på dette og la til at det mest sannsynlig aldri kom til å bli slutt på det.

En av helsesøstrene sa det slik:

Disse barna, denne familien, er jo i et system over en lengre periode. Man avdekker jo ikke overvekten og så er det fikset på 14. dager. De er jo gjerne innom helsestasjonen fra de ble avdekket rundt førskolealder til de går ut av 10. klasse. Man må holde ut som både forelder, helsesøster og andre instanser som er involvert. Så å holde seg motivert i flere år, hvis initiativet til foreldrene ikke er der, kan være veldig slitsomt og vanskelig.

Det kommer også frem fra to av helsesøstrene at det kan oppleves forstyrrende at helsesøster selv er overvektig når hun skal gi råd og veiledning til deres overvektige barn. De opplever ikke å bli tatt på alvor. Helsesøster legger til at det kan være med på å gjøre samtalen mer utfordrende ved at foreldrene sår tvil om helsesøsters kunnskaper.

Alle helsesøstrene konkluderer med at det å være saklig og ha det faglige grunnlaget som helsesøster er viktig når de legger frem problemet overfor foreldrene. Også det å være ydmyk overfor foreldrene kan være med på at foreldrene spiller mer på lag. Helsesøster klarer å få foreldrene til å innse at deres barn er overvektig ved å ha en fin tilnærming og vise frem

vekstkurvene. Foreldrene får en forståelse for utsagnene helsesøster kommer med og aksepterer oftere det som blir presentert.

Å bruke “Motiverende intervju” som et verktøy i samtalen med foreldrene blir nevnt av alle helsesøstrene i denne studien. Alle legger til at det er et verktøy de har god erfaring med.

### **5.3 Makt i konsultasjonen**

Helsesøstrene erfarer at de har makt i dialogen med foreldrene. De legger til at måten helsesøster bruker makten på kan være avgjørende for samtalsresultatet.

#### **5.3.1 Helsesøsters utøvelse**

En av helsesøstrene åpner samtalen med ordet makt. Hun forteller at det har så mye å si for samtalen hvordan helsesøster tar seg. Hvilken fremtoning hun har. Hvilken måte hun ordlegger seg på for ikke å såre foreldrene. Hun forteller at tilnærmingen helsesøster har er avgjørende i disse samtalerne. Hun gir et eksempel:

Barnet er overvektig, og har vært det en stund. Det har blitt tatt opp med foreldrene på flere konsultasjoner tidligere, og jeg så ut fra journalen at det ikke har vært greit overfor foreldrene at det har blitt tatt opp. Foreldrene har egentlig avfeid det helsesøster ville ta opp. De har sagt at de ikke ønsker oppfølging fra helsestasjonen på dette. Men nå er jeg ny helsesøster her, og jeg må jo ta dette opp på grunn av at det står i journalen men også på grunn av at overvekten har utviklet seg til fedme. Og det er min jobb å ta tak i dette.

Helsesøsteren her forteller at dette er et eksempel på hvor mye vi kan styre en konsultasjon. Hun kunne selvsagt latt være å ta opp temaet. Hun sier hun forvalter en oppgave og har et ansvar. Helsesøstrene legger til at det er de som sitter med kunnskap om barnets utvikling og ringvirkninger rundt temaet overvekt, men at det er foreldrene som kjenner barna best og snakker ut fra deres ståsted. Alle helsesøstrene er enige at dette er noe som kan diskuteres da foreldrene er ulike og ser fra ulike vinkler på hva som er best for barnet.

Helsesøstrene sitter med en erfaring at det heller ikke gagnar noen at helsesøster utøver sin makt slik. Den ene helsesøsteren sier at det kan få motsatt effekt enn man ønsker.

En helsesøster beskriver en opplevelse slik:

Den negative responsen er kanskje mer når du begynner og skal sette i gang tiltak som griper inn i livet deres, og prate med dem som om alt var greit. Du hjelper dem jo og vil dem godt. Men man merker på foreldrene underveis at det blir en sånn inngripen at de ikke vil ha mer hjelp fra deg. De vil verken ha råd eller veiledning. De ønsker bare at ting skal ligge. De ønsker bare fred fra helsesøster.

En av helsesøstrene sier:

Nå er det som oftest vi som avdekker overvekten, sånn at det er et tilbud fra oss. Det er jo ikke dem som tar kontakt. Og da er det viktig at man hører på dem for å forstå problemet. Ellers kommer man ikke i posisjon til at samarbeidet skal fungere. Å dytte på med fysioterapi, ernæringsfysiolog og vektkontroller hjelper lite når foreldrene ikke er mottakelige for veiledning og råd. Man bør heller bruke tid på å lytte til foreldrene i stedet for å gå i den rådgiverrollen med engang. Det var jo min anbefaling å starte med fysioterapi etc., ikke deres ønske, og dermed har jeg overkjørt dem på en måte.

Alle helsesøstrene er enige om at måten man styrer en samtale på, kan være avgjørende for om foreldrene ønsker oppfølging på helsestasjonen. Måten foreldrene blir tatt på alvor i samtalen er viktig. Alle helsesøstrene sier at som helsesøster må man ha en åpen formidling; en holdning om at vi ikke sitter inne med alle svarene.

Helsesøstrene forteller at det er viktig å være lydhør og støttende i disse samtaler. En helsesøster sier at hun har et ønske om å være inkluderende overfor foreldrene, og ikke minst at foreldrenes erfaringer skal vektlegges når en diskuterer seg frem til en løsning.

Helsesøstrene sier flere ganger at dette er et sårbart tema. De ønsker å tilnærme seg temaet på en måte slik at foreldrene føler seg respektert. En av helsesøstrene legger til at det er stor forskjell på helsesøstre når det gjelder hvor mye kunnskap og praktisk erfaring de sitter inne med. En annen sier at det er veldig personavhengig hvem som får til disse samtalen. En annen helsesøster sier at hun føler at hun må forberede seg til disse samtalen. Mer enn andre samtaler. Hun må tenke over på forhånd hvordan hun skal fremstille og presentere temaet overfor foreldrene. Man vet ikke hvilken reaksjon man får. Hun legger til at foreldrene er veldig forskjellige. Noen blir sinte, andre viser manglende interesse og ikke ser problemet,

mens noen kan sette pris på at vi tar dette opp, samtidig kan man se at de synes det er ubehagelig.

Helsesøsteren med mest erfaring innen temaet er avslappet når det gjelder å «presse» oppfølging på foreldrene, da hun sier at det ikke har noen hensikt. Hun sier at hun heller kan kontakte dem ved en senere anledning. Hun legger til at dette med erfaring trygger situasjonen. Mens de med minst erfaring har et ønske om å få foreldrene og familien inn i et opplegg for å følge veilederens anbefaling. De ønsker å få dem i et system slik at de kan få hjelp.

### **5.3.2 Empowerment**

Alle helsesøstrene nevner ordet “empowerment” i ulike settinger. En helsesøster forteller at hun ønsker å legge opp konsultasjonen etter foreldrenes behov. Hun mener at det er helsesøster som besitter makten i form av kunnskapen. En annen helsesøster sier at det er helsesøster som har kunnskapen til å kartlegge behovene hos barnet, men legger til at det er foreldrene som kjenner barnet og kan fortelle hva det liker. Da mener hun at det er helsesøster som skal legge til rette for at konsultasjonen tas hensyn til både helsesøsters utsagn og foreldrene. Makten mellom helsesøster og foreldre skal balanseres. Alle forteller at de kjenner spesielt dette med makt som en utfordring.

Det kommer også frem av helsesøstrene at foreldrene trenger tid for å ta til seg ny informasjon. Helsesøstrene erfarer at alle foreldre trenger tid når temaet blir tatt opp, selv om de er forberedt på at det er denne type samtale de skal til eller om det dreier seg om nyoppdaget overvekt.

Det blir flere ganger nevnt “Motiverende intervju” som verktøy i konsultasjon med foreldre til overvektige barn. En av helsesøstrene utdyper hvorfor:

Motiverende intervju er rådgivning som er rettet mot foreldrene. Her styrer jeg som helsesøster samtalen med spørsmål som har fokus på å få frem foreldrenes ønske om endring. Og jeg legger samtidig vekt på det foreldrene forteller som er positivt og kan føre til noe positivt for seg selv og barnet sitt. Denne type måte å snakke med foreldrene på, fungerer veldig fint for meg. Jeg har mange gode erfaringer i forhold til



at foreldrene føler de blir inkludert i samtalen, nettopp på grunn av måten jeg er på og på hvilken måte jeg stiller spørsmålene på.

Helsesøstre sier at hvis foreldrene sitter med et inntrykk av at helsesøster sitter med makten, og foreldrene føler at de blir kontrollert eller overkjørt, er det lite sannsynlig at det skapes et miljø som støtter opp under foreldrenes selvtillit. Dette skaper heller et språk mellom helsesøster og foreldre.

En helsesøster forteller at foreldre som hun ser på som ressurssterke kan inviteres inn i en diskusjon rundt temaet. I en familie som har ett (eller flere) overvektige barn tidligere og et nytt dukker opp, sier hun at det kan være lett å overkjøre foreldrene for å få satt i gang tiltak. Dette er noe alle helsesøstre kjenner seg igjen i. En av helsesøstre sier at det kan ha med at man ikke får foreldrene til å respondere på tidligere tiltak og man vil så gjerne få ting til å skje. Om det er riktig er en helt annen sak, sier hun. Hun sier videre at de ser an foreldrene, vurderer og tolker situasjonen. Det som kommer frem er at helsesøstre med lite erfaring er de som overkjører foreldrene på en måte. De vil gjerne hjelpe til. De blir overivrige og følger veilederens oppskrift nærmest slavisk i stedet for å bruke skjønn som kan slå feil ut; at foreldrene føler seg overkjørt og ikke ønsker oppfølging.

## **5.4 Den vanskelige men nødvendige samtalen**

Helsesøstre opplever temaet som vanskelig, nødvendig, sårbart og viktig.

### **5.4.1 Sårbart tema**

Alle helsesøstre er enige om at overvekten til ens barn er et sårbart tema. Dette utsagnet går ofte igjen gjennom alle intervjuene.

Helsesøstre fortalte hvordan de opplevde å ta opp temaet overvekt med foreldrene. De var redde for å såre foreldrene, de var redde for å fornærme dem og de var redde for å miste foreldrene. Det å klare å motivere foreldrene til å holde oppe motivasjonen til å fortsette jobben. Det kommer frem av alle helsesøstre at det tar tid å se resultater, og det krever tålmodighet.

En helsesøster beskriver det å ta opp temaet slik:

I utgangspunktet er det ikke vanskelig. Vi har noe å vise til, og vi vet hvilken informasjon vi skal gi dem. Men det er jo det, at vi aldri vet

hvordan de reagerer. Det er alt etter hvordan de ulike tar det, og hvordan man selv greier å ordlegge seg slik at de ikke kommer i opposisjon, for da låser samtalen seg, og da må man være ydmyk og åpen for og heller tilby et nytt møte, slik at de får mulighet til å tenke og svelge det de nettopp har fått informasjon om. Man kan bruke motiverende intervju som et verktøy. Det er veldig greit å bruke. Da får man en respons på hvordan denne samtalen har vært for foreldrene.

Alle helsesøstre sa at de var redde for at foreldrene skulle bli sinte på dem. De ønsker ikke at de skal få et feil inntrykk av helsestasjonen. At helsesøster ikke spør for å såre, men at de forstår at man gjør det for å hjelpe. Helsesøster var også opptatt av redsel for å bli mislikt. Den helsesøstere med mest erfaring la til at hun nå er mindre opptatt av å bli mislikt. Hun tenkte det i starten når hun hadde lite erfaring, men nå tenker hun heller at hun vil gjøre en god jobb.

Helsesøstre legger til at denne type oppfølging krever motivasjon fra alle. Og når foreldrene viser lite engasjement, smitter det over på helsesøster som også kan miste motivasjonen.

Det ble stilt spørsmål til helsesøstre om hvordan de vurderer disse samtaler mot andre samtaler. Alle sier at de forbereder seg mer til en slik samtale, for de vil ikke at foreldrene skal bli skuffet og såret og derved komme i forsvarsposisjon. En av helsesøstre legger til at hun synes det er viktig hvordan hun selv fremstår; hvordan hun ser ut og hva hun har på seg i møte med foreldrene.

Det kom også frem at de helsesøstre som hadde mest erfaring synes det var lettere å ta opp temaet enn de som hadde mindre erfaring. De følte seg tryggere, og kjente på at det var ikke krise selv om foreldrene ble sinte. De hadde lært hvordan de skulle takle det og ikke miste dem, og om de så mistet foreldrene, så lot de det ikke gå på seg selv som person, men heller gi foreldrene tid og komme tilbake til dem ved en senere anledning.

En av helsesøstre tolker det som om hvis familien ikke ønsker hjelp handler det om familiens "inngrrodde" livsstil. De orker ikke å endre på ting i hverdagen, da det skaper for store omveltninger for hele familien.

#### **5.4.2 Tid og ressurser**

Begrepet tid blir stadig nevnt av helsesøstre. En helsesøster sier at en vellykket konsultasjon er avhengig av at det er satt av god tid til foreldrene. Det blir nevnt dette med

åpent sinn; være åpen for hva foreldrene har å fortelle. Vise at man har god tid under en konsultasjon. Vise at man bryr seg og har et «godt ansikt» som inviterer til gjensidighet. En helsesøster sier følgende:

Selv om en helsesøster vet veien for å redusere vekt, kan man vise forståelse for at det er en vanskelig jobb. Spør foreldrene hva de ønsker hjelp til. Ikke kaste seg i veiledningsrollen med engang. Man må kunne lytte til hva foreldrene sier. Legge en god plan sammen med foreldrene er en god start. Vise at man bryr seg.

Helsesøstre ble spurt om hva de gjør når samtalen ikke fungerer som ønskelig.

Helsesøstre er enige at man bør ha en tilnærming som gjør at foreldrene ønsker å fortsette oppfølging på helsestasjonen. En av helsesøstre sier at hun tidligere stilte direkte spørsmål til foreldrene og dette gjorde at de kom i forsvar med engang. Nå ber hun dem fortelle hva de tenker om at barnet deres er overvektig, slik at de får komme selv med tankene de har rundt temaet. På denne måten får helsesøster et innpass for hva foreldrene ønsker av bistand fra helsestasjonen.

Begrepet kroppsspråk blir også nevnt av alle helsesøstre. En tydelig og trygg kommunikasjon blir vektlagt.

I slike samtaler som disse, kommer det frem at det kan være ukomfortabelt både for helsesøster og foreldrene, men kanskje mest for foreldrene, siden det er deres barn det gjelder. Det nevnes ord som misforståelser, manglende kjemi og konflikter mellom foreldrene og helsesøster. Helsesøstre er enige i at dette gjør at det blir mer utfordrende som da gjør det til en vanskelig samtale. Det helsesøstre beskriver som en god samtale, er når foreldrene er mottakelige for råd og veiledning. De har en god relasjon og får til et godt samarbeid. En av helsesøstre er også opptatt av helsesøsters rolle. Det må ikke bare fokuseres på foreldrene i samtalen. Helsesøster må være åpen for å være på parti med foreldrene. Spille på lag med foreldrene. Det handler ikke bare om hvordan foreldrene møter helsesøster, men også hvordan helsesøster møter foreldrene.

En helsesøster beskriver det slik:

En vanskelig foreldresamtale må være hvis jeg tar opp temaet overvekt på en måte som sårer foreldrene. Foreldrene er forskjellige, og tar ting på ulike måter. Men det er viktig hvordan jeg går frem i samtalen på. Det å være tydelig i holdningen og handlingen jeg utfører, men

samtidig vise en empatisk innlevelse for foreldrene er viktig for meg. Jeg ønsker å få til en god relasjon, et godt samarbeid med foreldrene, og da må jeg gi av meg selv som person også. Jeg forbereder meg på en slik samtale ved å være bevisst på egne holdninger og verdier. Hva vil jeg få ut av denne samtalen. Det er viktig at man går inn med en holdning som viser at man er åpen og forståelsesfull. At jeg ønsker å være til stede og lytter.

En annen helsesøster beskriver et møte slik:

Jeg har møtt på mange kritiske og krevende foreldre som kan sette helsesøsters samarbeidsevne på prøve. Det er lett at det oppstår misforståelser og uenigheter som kan føre til at man går i konflikt. Hvis foreldrene er slik, er det lett for meg som helsesøster å føle meg utilpass. Jeg har ofte følt meg både truet, anklaget og responderer med å gå i forsvar selv. Derfor er det viktig for meg at jeg er bevisst mine holdninger, mitt kroppsspråk og min adferd for å unngå det.

En av helsesøstrene sier det slik:

Det er en samtale du gruer deg til å ta fordi du har en usikkerhet og utrygghet rundt temaet- både egne reaksjoner og følelser- og du vet ikke hvilke reaksjoner du vil bli møtt med. Alle opplever vanskelige samtaler- også de som er ordsterke.

Helsesøstrene er enige om at å jobbe som helsesøster innebærer også å ha de vanskelige samtale.

En av helsesøstrene avslutter med å si at når man kommer til et slikt punkt, sier hun at det kan være vanskelig å vite hvilken retning man skal gå. Hva skal man si for ikke å skyve foreldrene fra seg? Hva kan man gjøre for at foreldrene ønsker videre oppfølging og vil prøve videre? Hun foreslår økt kompetanse for å klare å stå i det. Mer styrking på feltet. Hun legger til at kanskje en egen gruppe bestående av ulike instanser skulle sittede i et tverrfaglig team for å diskutere hva man skal gjøre videre, når man føler man har kjørt seg fast.

Helsesøstrene er tydelig på viktigheten av å si ifra. Ta opp temaet selv om det er ubehagelig. Det er til barnets beste.

Jeg siterer fra en av helsesøstrene:

«Hvem i alle verden skal ta opp temaet overvekt hvis helsesøster ikke gjør det?»

## 5.5 Oppsummering

Som tidligere nevnt overlapper temaene hverandre da de har en sammenheng. Jeg har kommet frem til følgende overskrifter som jeg ønsker å drøfte i neste kapittel:

- Dialogen i samtalen
- Følsomt tema for foreldrene
- Betydningen av tillit
- Muligheter for empowerment
- Veiledning som metode i empowermentstrategien
- Betydning av erfaring
- Å være profesjonell- en vanskelig balansegang
- Begrensninger i samtalen
- Hvordan snu dialogen i samtalen fra å være problematisk til å bli meningsfull?
- Maktaspektet i dialogen

Resultatkapittelet inneholder flere ulike sider av helsesøstrenes erfaringer. Alle resultatene vil ikke bli presentert i drøftingsdelen, men helsesøstrenes brede erfaringer har vært med under hele prosessen og vil på den måten være inkludert i arbeidet. Malterud (2011) sier at man ikke er forpliktet til å sammenfatte eller presentere alt som har vært sagt i samtlige intervjuer. Som forsker skal man prioritere rapportering av ny kunnskap som kan utvide eller utfordre den kunnskapen som allerede eksisterer på feltet (Malterud, 2011).

## 6.0 Drøfting

I følgende kapittel vil jeg drøfte mine viktigste funn i empirien opp mot teori og forskning. Alt som virker positivt på helsen kan kalles helsefremmende arbeid. Det helsefremmende arbeidet fokuserer på det å «vanne og gjødsle» for å få helsefremmende faktorer til å gro (Kvarme, 2007). Helsefremmende arbeid overfor barn og unge er et viktig fundament for hvordan resultatene er oppsummert og for hvordan jeg strukturerer drøftingskapittelet.

### 6.1 Dialogen i samtalen

Det er dialogen som er idealet for en god samtale med foreldre (Drugli og Onsøyen, 2010). Drugli og Onsøyen (2010) sier at en god samtale kan gjerne inneholde et problem eller en bekymring, den kan til og med gi rom for uenighet, men det avgjørende i samtalen er dialogaspektet. Med det mener de at det forutsetter at begge parter forsøker å forstå hverandre i stedet for å prøve å overtale den andre parten til å ta sitt eget perspektiv (Drugli og Onsøyen, 2010). Aarskog i Øen (2012) tar utgangspunkt i egen erfaring og beskriver et eksempel. Hun forteller at mange opplever at de tar kontakt med lege for å snakke om de ulike «plagene» sine, men uansett hva de tar opp, blir de møtt med «ja, det er den vekten din, da». Pasienten går derfra med en opplevelse av og ikke fått hjelp til sine «plager», men i stedet fått beskjed om å gå ned i vekt. Dette er eksempel på hvordan også foreldrene kan oppleve en samtale med helsesøster om overvekt dersom helsesøster ikke tar hensyn til foreldrenes ståsted. Ut fra det helsesøstrene forteller kan det tolkes som om de ofte møter på samtaler der deler av «dialogaspektet», som Drugli og Onsøyen (2010) sier, ikke er tilstede. Det kan høres ut som om gjensidigheten i samtalen er borte. Samtidig vet vi at det krever to aktive og likeverdige parter selv om det som fremstilles i dialogen er svært forskjellig. Gjensidigheten vil kunne ligge i at begge parter har samme mål for konsultasjonen. Hvis dette ikke er til stede vil utgangspunktet for dialogen være forskjellig. Med et helsefremmende mål vil helsesøster kunne tendere mot å styre samtalen i den retningen en faglig sett mener er vesentlig (Slettebø i Kvarme, 2007).

Overvekt er et følsomt tema og Øen (2012) sier at helsepersonell kan bidra til økt skyldfølelse med sin væremåte, ved å signalisere at det er foreldrenes oppgave å forebygge overvekt og dermed påføre foreldrene skyldfølelsen. Eide & Eide (2007) har blant annet skrevet om nonverbal kommunikasjon og om bekreftende ferdigheter som er vesentlig også for en sykepleier å vite når en skal fremme mestring. Om pasienten oppfatter at sykepleieren har en

negativ innstilling, om det er med rette eller ikke, vil det gi en dårlig motivasjon for samarbeid. Å bli møtt med tillit er ofte en viktig motivasjon (Eide & Eide, 2007). Når en pasient føler at pleieren har tillit til han blir selvtilliten styrket. Føler en at ingen har tillit til en, blir selvtilliten svekket og en blir motløs (Eide & Eide, 2007). Helsesøstre forteller at de har hørt om foreldre som har opplevd dette, og de kan i ettertid fortelle at de opplevde seg avvist. De kjente på både sinne og nedsatt selvtillit. Eide & Eide (2007) mener at det essensielle for å fremme motivasjon er å møte pasientene med tillit. Om noen lytter og forstår oss, er dette bekreftende og styrker selvtilliten. En slik bekreftende kommunikasjon er viktig når en skal etablere et godt samarbeid med foreldrene. Kroppsspråk som også demonstrerer at vi lytter kan fremme det videre og sammen fremme mestring (Eide & Eide, 2007). Basert på alt dette vil det være viktig at foreldrene føler seg trodd og lyttet til for videre samarbeid.

Alle helsesøstre oppga flere kriterier som var viktige i samtalen med foreldrene. De mente at en helsesøster bør være støttende og lydhør. Hun må være ydmyk og ha en fin tilnærming. Alle mente de måtte veie sine ord i samtalen for å unngå å støte noen. En helsesøster bør ha en holdning om at de ikke sitter inne med alle svarene selv om det er de som sitter inne med kunnskapen. De la til at måten en helsesøster styrer en samtale på kan være avgjørende for om foreldrene ønsker videre oppfølging. Alt dette ble nevnt på bakgrunn av deres erfaring i møte med foreldrene. Dette er helt i tråd med hva Øen (2012) sier. Hun forteller at hjelperen bør vise den største varsomhet og formidle kunnskapen på en nøytral måte. Som Ohnstad (1993) sier: Når en pasient oppsøker en hjelper, eller omvendt, er det to som deltar i en dialog. Utfallet på denne dialogen avhenger av hvilken relasjon de klarer å få til (Ohnstad, 1993). Som hjelper er det du som har ansvaret for å komme i posisjon til å kunne gi hjelp. Dette er helt i tråd med mine funn. Det er ofte at de møter på motstand i samtalen og Ohnstad (1993) legger til at som oftest skjer det som nybegynner i slike tilfeller. Hun nevner viktige ord som styring og kontroll for å få til en profesjonell samtale (Ohnstad, 1993).

Som tidligere nevnt skal sykepleien bygge på omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettighetene og den skal være basert på kunnskaper (NSF, 2011). Øen (2012) sier at når man er en hjelper, krever det at vedkommende må sette seg inn i situasjonen. Både med tanke på hvordan det føles for dem og hva de tenker om sin nåsituasjon og ikke minst hva de tenker om fremtiden. I en slik setting sier Øen (2012) at hjelperen må vise en uttalt interesse ved å lytte og prøve å forstå om man har forstått situasjonen riktig. Martinsen (2003) hevder at omsorgen er sentral i sykepleien og dette innebærer blant annet å "vise omtanke for", «ta

vare på» og ”ta hensyn til pasienter” og for å kunne gjennomføre arbeidet med omsorg må man ha et system, kontroll over situasjonen i tillegg til kunnskaper og ferdigheter som en har skaffet seg gjennom lærebøker og praksis (Martinsen, 2003). Dette betyr at foreldrene ikke skal måtte gjøre noen forberedelser for å bli godt tatt imot av helsesøster. Vi må ta vare på dem, ta hensyn og vise omtanke for alle foreldrene. Det betyr at man må ta seg tid til å lytte og med dette demonstrere omsorg og fremme mestring. Dette bekrefter også retningslinjene til NSF (2011).

### **6.1.1 Følsomt tema for foreldrene**

Øen (2012) henviser til Walker og kollegaer som mener at det er legers og sykepleiers plikt til å ta opp tema knyttet til et barns vekt. De var bekymret for at relasjonen mellom profesjon og pasient/klient kunne forverres ved å ta opp en diskusjon rundt et tema som blir sett på som følsomt. Turner og kollegaer i Øen (2012) beskriver de samme barrierene, og konkluderte med at negative erfaringer i møte med helsetjenesten kan føre til både manglende tro på seg selv og manglende tillit til helsepersonalet. Dette kan føre til at mange voksne som har negative erfaringer i møte med helsevesenet om overvektproblematikken vegrer seg for å søke hjelp når barna deres utvikler overvekt.

Alle helsesøstrene belyser at overvektige foreldre som oftest er mer følsom overfor temaet enn andre foreldre. I disse konsultasjonene ser de en stor grad av overvektige foreldre. Helsesøstrene erfarer at samtalen kan få et annet utfall i disse møtene. De legger til at det er viktig at foreldrene får sette ord på tidligere erfaringer med egen overvekt og eventuelt tidligere erfaringer fra helsetjenesten for å få til et best mulig samarbeid. Når foreldrene reagerer med sinne eller benektelse sier en av helsesøstrene at det er viktig å ikke motargumentere. Det vil bare øke motstanden. En annen helsesøster foreslår å korrigere seg selv på en måte som gjør at foreldrene føler seg møtt på sitt utsagn, som for eksempel; «Nå sa jeg visst noe som du reagerte på» eller «Jeg hører at det jeg sier synes ikke å stemme for deg». Ved å møte foreldrene på denne måten sier helsesøsteren at man viser forståelse for deres situasjon. Øen (2012) sier følgende om kommunikasjonen til foreldrene:

Kommunikasjon om overvekt er sårbart og krever at hjelperen er empatisk, at han fokuserer på klientens opplevelse av ambivalens, at han ruller med klientens motstand, at han aksepterer ambivalens og styrker klientens mestringstillit (Øen, 2012:207).



For å ivareta selvironien, er det først og fremst kompetanse i en aksepterende holdning som gjelder. Som igjen fremmer håp og optimisme og som understreker valgmulighetene og autonomiens makt (Øen, 2012).

### **6.1.2 Betydningen av tillit**

Videre beskriver helsesøstrene sin rolle på helsestasjonen som en støtte og trygghet for foreldrene. For å få til en dialog mener helsesøstrene at de må ha etablert tillit. Tilliten er grunnleggende i alle samtaler. Vi tror på hverandres ord og har tillit til hverandre (Martinsen, 2005). Å oppnå tillit og respekt opplever helsesøstrene utfordrende når det gjelder dette temaet med foreldrene. Martinsen (2005) henviser til Løgstrup som sier at det er med vår synlige holdning vi gjør hverdagen til den andre lettere og mer forståelig; ikke med teorier eller antagelser. Enten bidrar vi til at tilværelsen er trygg eller truende. Dette avhenger av at helsesøster er åpen og tar imot foreldrenes utlevering og åpenhet. Ut fra funn og teori er det viktig å oppnå tilliten og respekten for at foreldrene skal føle seg trygge og komfortable i situasjonen. Helsesøstrene forteller at man i starten av en samtale gjerne er både forsiktig og varsom. Tilliten gjenspeiler seg i samtalen og i helsesøsters holdning til foreldrene. Martinsen (2005) vektlegger og påpeker hvor viktig det er å sette seg inn i hver enkelt situasjon og bli kjent med den. Denne måten å forholde seg til og bygge allianser med foreldrene er kvaliteter det helsefremmende arbeidet fordrer av den profesjonelle skriver Mæland (2005). Tillit er en forutsetning for å kunne hjelpe foreldrene til og både utvikle og bruke sine ressurser, slik at de opplever økt kontroll. Økt kontroll er et av målene i det helsefremmende arbeidet (Mæland, 2005).

## **6.2 Muligheter for empowerment**

Helsestasjonen er til for foreldre og deres barn men er også en sentral institusjon i samfunnet for å skape velfungerende familier som ikke faller utenfor rammene for god omsorg. Det har innen helsestasjonsfeltet foregått en endring siden midten av 90-tallet med økende fokus på familiens psykiske helse og med empowerment ideologi som styrende for å oppnå det (Glavin & Kvarme, 2003). I denne perioden har også helsesøsters rolle endret karakter. Fra å være en autoritet med ekspertkunnskap som kontrollerte at foreldrenes barneomsorg var i tråd med rådende anbefalinger, er dagens helsesøster mer en tilrettelegger for brukerstyrt og dialogbasert tjeneste som skyver sin makt fra fagperson til bruker. Dette fører til et

paradigmeskifte i arbeidsmåten fra at helsepersonell innehar en ekspertrolle til at brukerne selv vet hva som er best for seg (Jagmann i Kvarme m. fl., 2007). Dette er en utfordring i helsesøsterarbeidet hvor en i mange tilfeller oppdager forhold som det er nødvendig ut fra faglige normer å initiere tiltak overfor. Barns overvekt vil kunne vurderes som et slikt problem.

Helsesøstre forteller at samtaler med foreldrene om barnas overvekt er en utfordring på grunn av temaets sårbarhet. Hvis helsesøster har kjennskap til foreldrene opplever de at det er lettere å legge opp samtalen på en måte som passer dem. Helsesøstre forteller at helsesøsters måte å kommunisere på da vil være kjent og forutsigbart for foreldrene. Hvis helsesøster ikke har relasjon med foreldrene fra tidligere, har de erfart at samtalen som regel er vanskeligere å håndtere, men samtidig har de med lengst erfaring erfart at det er foreldrenes utsagn som må vektlegges, like mye som den evidensbaserte kunnskapen for å imøtekomme foreldrene på en respektiv måte, og da blir samtalen lettere. Drugli og Onsøien (2010) sier at den profesjonelle må være villig til å jobbe med seg selv når relasjonen mellom den profesjonelle og foreldrene ikke fungerer. Det er nettopp dette helsesøstre med lengst erfaring forteller. Den gode samtalen er for det første frivillig, og basert på to mennesker som bestemmer seg for en samtale. Den er initiert i et fravær av maktbruk og tvang. Som tidligere nevnt er også den gode samtalen basert på tillit og gjensidig respekt. Hvis ikke det var tilfellet, ville det være vanskelig å forestille seg at dialogen ville kommet i stand. Begge parter møtes som likeverdige. Den åpne og gode dialogen er uten tvil i tråd med den gyldne regel; «om ikke å gjøre mot andre det man ikke vil at andre skal gjøre mot en selv». Tillit er noe vi som profesjonelle må gjøre oss fortjent til i møte med foreldrene. Det er ikke noe vi kan kreve. I møte med enkelte mennesker opplever vi tillit med én gang. Den andre personen har noe som gjør at vi stoler på ham, og tror at han vil vårt beste. Andre ganger må tillit bygges opp over tid. I følge Tveiten i Kvarme (2007) må veileder, her helsesøster, forholde seg slik i relasjonen til fokuspersonen at hun våger å legge sin sårbarhet i veileders hender. Veileder må så vise seg denne tilliten verdig. Hun sier videre at dette handler om at veiledning er en etisk handling. (Tveiten i Kvarme, 2007). Det handler om å tilrettelegge for trygghet og tillit som kan bidra til å fremme læring og utvikling i det videre forløpet. Budskapet må være å stimulere til handling og refleksjon; ikke være moraliserende, i følge helsesøstre. Å gi foreldrene autoritet og makt er empowerment (Tveiten, 2007a). I empowermenttenkningen er det to eksperter; helsesøster (som er ekspert på helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid) og foreldrene (som er ekspert på seg selv og sitt barns liv).

Den enes kompetanse er like viktig som den andres og den enes kompetanse må heller ikke vike for den andres (Tveiten, 2007b). Tveiten (2007a) referer til Verdens helseorganisasjon som ser på empowerment som en prosess der foreldrene oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører barnets helse. Dette innebærer at foreldrene ikke er en mottaker, men en deltaker i oppfølgingen.

Tveiten i Kvarme (2007) viser til at empowermentbegrepet kan beskrives både på individ- og samfunnsnivå. Empowerment på individnivå handler om individets muligheter til å ta beslutninger, samt opplevelse av kontroll over eget liv. Det handler om mulighet for mestring, ha tro på egen evne og selvkontroll. På samfunnsnivå handler empowerment om samfunn der individer og systemer gjennom deltagelse bruker sin kompetanse og sine ressurser samlet (Tveiten i Kvarme, 2007). Som nevnt ovenfor handler empowerment om maktfordeling. Siden overvekt er en stigmatisert gruppe, kan denne gruppen være utsatt for å stå i en avmaktssituasjon.

### **6.2.1 Veiledning som metode i empowermentstrategien**

Veiledning innebærer rådgivning, informasjon og undervisning til foreldrene. For at foreldrene skal kunne ta vare på sitt eget og barnets helse, må de ha både kunnskaper, holdninger og ferdigheter. Veiledningen skal styrke foreldrenes mestringskompetanse (Tveiten, 2007a). For at veiledningen skal bli best mulig bør helsesøster vise empati, være åpen i forhold til foreldrenes synspunkter og argumenter og ikke minst jobbe for en felles forståelse. Helsesøster skal i størst mulig grad veilede foreldrene slik at de selv oppdager hva som er problemet, de viktigste behovene og mulige løsninger (Tveiten, 2007b).

Helsesøstrene forteller at foreldrene har forventninger til helsesøster og det samme har helsesøster til foreldrene. De sier at det ofte oppstår utfordringer i forhold til dette.

Helsesøster forteller en historie om et foreldrepar. Foreldrene ønsket råd i forhold til barnets matsituasjon. Foreldrene forventet konkrete råd mens helsesøster derimot ville legge opp konsultasjonen slik at foreldrene selv måtte komme frem til løsninger. Dette er i samråd med det Tveiten i Kvarme (2007) skriver. I en slik setting kan det gå begge veier. Foreldrene kan oppfatte det som om helsesøster ikke har kunnskaper om dette temaet. Foreldrene kan også oppleve skuffelse i forhold til at de ikke fikk svar på det de ønsket. Dermed blir ikke foreldrene fornøyd under samtalen. Hvis veiledning i en konsultasjon utøves slik at foreldre opplever at de ikke får et faglig godt tilbud der også fakta kunnskap og noe nytt «læres» vil det kunne oppfattes som at en ikke kommer videre i eget arbeid med å endre på situasjonen.

Når veiledning fungerer vil foreldrene kunne oppleve en styrke av egne valg hvor mestring og et positivt utfall knyttet til eget ståsted blir vesentlig.

Helsesøstre representerer helsevesenet i konsultasjonene. En av deres viktigste oppgaver ligger i kommunikasjonen hvor de skal være lyttende og snakke med foreldrene på en profesjonell måte. Helsesøster har utdanning, er profesjonell og kompetent i sitt arbeid og det gir henne en makt. Makten i forholdet mellom helsesøster og foreldre avhenger av familiens aksept for dominans og kontroll. For å formidle kunnskapen de besitter mellom det profesjonelle og det personlige er balansegangen viktig (Drugli og Onsøien, 2010).

Et fagfelt har til enhver tid motstridende teorier, og hvis helsesøster presenterer sin fremgangsmåte som den eneste riktige risikerer man at foreldrenes eget ansvar legges til side. På den annen side må ikke foreldre overlates i for stor grad til at de «alene» har ansvaret. Gjensidighet og et felles ansvar for å følge opp vil ligge hos helsesøster.

Helsesøstre jobber innen det helsefaglige felt, men uten å ha den formelle makt i form av å sette diagnoser etc. Helsesøster er heller ikke definert som behandlere i følge veiledere (Helsedirektoratet, 2010). Helsesøstre er da mer avhengige av den «gode relasjonen» for å få utført sitt arbeid. Kunnskapen de besitter er ikke bare kunnskap om relasjoner, overvekt og teknikker. Den bygger også på erfaringer, skjønn og verdivurderinger.

Enkeltmennesket har og får et stort ansvar for egen helse, og forskning viser at ulikheter i helse øker fordi såkalt «ressurssterke» mennesker tar til seg anbefalinger fra forskning mens mer «ressurssvake» ikke gjør det i samme grad (Helsedirektoratet, 2010).

### **6.2.2 Betydning av erfaring**

Helsesøstre forteller at overveielsen de gjør underveis i en samtale er avhengig av hvor foreldrene er i samtalen. De med mest erfaring overlater mer styringen til foreldrene. Dersom samtalen låser seg kan det tenkes at foreldrene ikke lenger opplever samtalen som likestilt med helsesøster. Det kan være en av årsakene til at de ikke ønsker videre oppfølging. De etiske dilemmaene kan se ut til å være særlig tydelig der foreldrene er overvektige eller ikke selv ser at barnet sitt er overvektig.

Tveiten i Kvarme (2007) peker på at det i noen tilfeller faktisk er behov for begge kompetanse og at kompetansen til begge må anerkjennes. Ut fra funn i studien kan det se ut til at helsesøstre med mest erfaring har lettere for å oppnå en «balanse» i samtalen.

Helsesøstre med minst erfaring fortalte at de ville så gjerne hjelpe og kunne til tider bli overivrig og iverksette tiltak i stedet for å kartlegge hva foreldrene hadde å komme med. Eide & Eide (2007) sier at man kan gjøre mye for å bedre evnen til å kommunisere.

Kommunikasjonsmodeller, relasjonsteorier og drøftelser av kommunikative ferdigheter kan være til hjelp i praksis, men først og fremst trenger man trening i kombinasjon med veiledning og læring av teori (Eide & Eide, 2007).

En helsesøster forteller ut fra egen erfaring:

Jeg vil så gjerne hjelpe, men jeg vet av erfaring at det ikke kommer til å skje noe på hjemmefronten med dette foreldrepåret. Det har jeg erfaring fra tidligere. Jeg informerer foreldrene om hvilket tilbud vi har og setter dem opp til ny konsultasjon og barnet henvises til fysioterapeut.

Her ser vi et tydelig eksempel på hvordan helsesøster «overstyrer» foreldrene. Hun legger opplegget ut fra sine premisser og ikke foreldrenes. I lys av dette ser vi at det kan tyde på at helsesøster mest sannsynlig har en paternalistisk holdning overfor foreldrene som resulterer i et dårlig samarbeid. Om helsesøster tar det samme utgangspunktet overfor alle foreldrene uten å finne frem til deres ståsted, kan dette oppleves umyndiggjørende. Da vil måten en gir helseopplysning på ikke samsvare med verdiene i den helsefremmende ideologien (Hauge i Mittelmark, 2006).

### **6.3 Å være profesjonell- en vanskelig balansegang**

Den profesjonelle har fagkompetanse om hvilke valg som fremmer helsen. Den profesjonelles utfordring vil være å få sine kunnskaper formidlet til foreldrene slik at de får best mulig kompetanse til å gjøre de beste valgene ut fra sin livssituasjon.

Uttrykket «lavere» sosiale lag er ikke nedsettende ment. Uttrykksmåten reflekterer at vi kan lage en skala fra øverst til nederst når det gjelder hvor mye penger folk rår over (inntekt, formue), hva slags kompetanse og utdanning de har, og hvor mye prestisje, makt og autoritet de har på sine arbeidsplasser eller generelt i samfunnet. Inntekt, utdanning, yrke – dette er de vanligste kriteriene for å anslå hvor folk «står på samfunnsstigen», dvs. er plassert i det sosioøkonomiske hierarkiet. Inntekt, utdanning og yrke henger ofte (men slett ikke alltid!) sammen. De tre kriteriene kan kombineres til summariske mål for generell sosioøkonomisk status (eller sosio-økonomisk posisjon, eller sosial

klasse). Ofte gir imidlertid inntekt, utdanning eller yrkesgruppe hver for seg en brukbar antydning om hvordan en person er plassert i det sosioøkonomiske hierarkiet (Helsedirektoratet, 2005).

Å være ressurssterk blir ofte forbundet med høy utdanning og bra økonomi, mens ressurs svak blir forbundet med det motsatte. Berglyd (2003) sier at å være ressurssterk trenger ikke å handle om økonomi og utdanning. Berglyd (2003) beskriver begrepet ressurssterk; at man bruker de talentene en har fått til det beste for fellesskapet. Funn fra studien viser at de ressurssterke foreldrene ofte er med på et samarbeid rundt barnet, mens de ressurs svake foreldrene ofte vil barnas beste, men de er dårligere i stand til å se problemet eller sørge for at ting blir tatt tak i. En kan spørre seg om barnet blir nedprioritert, og at det heller blir lagt til rette for barnet på foreldrenes premisser. Dette fremkom hos en av helsesøstrene slik:

Jeg opplever at de ressurssterke foreldrene lytter og prøver å forstå hva som blir sagt. Disse foreldrene er som regel med på et samarbeid rundt barnet. Mens de som er ressurs svake vil ofte barnas beste, men de er ikke i stand til å se problemet eller sørge for at ting blir tatt tak i. I disse foreldrene opplever jeg at "barnets beste" blir nedprioritert, og at det heller blir lagt til rette for barnet på foreldrenes premisser.

Her utfordres helsesøsters verdikonflikt når det gjelder foreldrenes rett til autonomi. I møte med disse utfordringene blir det viktig at man som helsesøster er bevisst sin profesjonelle rolle som helsesøster og klarer å sette seg inn i den andre personens meninger og synspunkter (Drugli og Onsøien, 2010). Dette gjelder selv om deres synspunkter kan komme i konflikt med egne meninger og verdier. Åpenhet og dialog vil være av betydning uavhengig om man har felles meninger eller ikke. På en annen side kan man tenke seg at det kan virke diskriminerende å kategorisere foreldre innenfor typer. Man skal ta hensyn til at foreldre og barn har ulike behov og forutsetninger, men ved å ta utgangspunkt i deres bakgrunn, kan det føre til at man dømmer foreldrene mer enn nødvendig. Det handler derfor om å se hele mennesket og hva slags behov den har og ikke ut fra deres bakgrunn.

Tanken om at profesjonelle vet best er blitt utfordret. Andrews (2002b) har skrevet en doktoravhandling om dette. I denne avhandlingen diskuteres det at helsesøstrene støter på en rekke dilemmaer når de forsøker å tone ned sin rolle som "eksperter". Hun sier at helsesøstre bryter med forventningene hos foreldrene om å komme med "ikke- eksperthjelp", da det nettopp er det foreldrene kommer for. Hun mener også at den nye måten å tenke på ikke

kommer som en erstatning men som et tillegg. Hun mener at helsesøstre må forholde seg til motstridende anbefalinger for praksisen. Dette gjenspeiler det helsesøstre forteller fra sine erfaringer. De skal utøve helsesøstertjenesten med utgangspunkt i foreldrenes behov og i samarbeid med dem. Helsesøstre skal altså ikke kritisere foreldrene, men formidle andre handlingsalternativ enn foreldrene har valgt. De kan ikke ta seg fri fra rollen de er pålagt. Ressurssterke foreldre kan trenge like mye oppmuntring og hjelp som de ressursvake foreldrene. En løsning er at man bør fokusere på hvordan man kan utnytte foreldres evner i forhold til egne barn. På den måten vil foreldrene bli en ressurs.

Med utgangspunkt i den kommunale virksomheten referer helsesøstre til Veiledere for helsestasjon- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2004) som de skal følge. Dette skal sikre likhet i kommunen og unngå å skape individuelle forskjeller. På den ene siden sier helsesøstre at de skal unngå forskjeller, mens på den andre siden sier de at det er foreldrenes behov som bestemmer innholdet i konsultasjonen. Her igjen kommer helsesøster i konflikt. Helsesøstre sier at de gir ikke så mye råd lengre. De er mer opptatt av å støtte foreldrene på egne løsningsforslag og beskriver seg selv mer som samarbeidene og støttende, enn å ha en holdning om at «jeg vet best». Om utgangspunktet er at foreldrene får «bestemme» innholdet i konsultasjonen, viser det at helsesøstre ser på foreldrene som om de kan definere sine behov, og akseptere disse som relevant i forhold til å fremme helsen (Stang i Mittelmark, 2006). De sier videre at poenget er at hjelp og tjenester skal ytes for foreldrene sin del. Bemyndigelse innebærer ikke en ekskludering av fagkompetansen, men at de som mottar tjenester settes i fokus framfor faget (Stang i Mittelmark, 2006). Slik jeg forstår det er hensikten at den enkelte sikres mulighet for innflytelse i akkurat det som blir tatt opp på helsestasjonen. Vanskene vil være tydeligere når foreldrene har et annet syn enn fagpersonen eller har uklare synspunkter på problematikken. Foreldrene involveres i et fellesskap og ser at de er i stand til å påvirke. Hensikten er at det skal oppleves positivt for dem.

For den profesjonelle er det tydelig en vanskelig balansegang å veilede foreldrene slik at de er i stand til å gjøre valg som fremmer helsen. I helsefremmende arbeid vil det være vesentlig at foreldrene opplever en prosess der deres valg og meninger er viktige, og at de gjennom helsesøster får økt kompetanse. I denne prosessen er det viktig for helsesøster, den profesjonelle, å være reflektert i forhold til Stangs (Stang i Mittelmark, 2006) nevnte teori og hele tiden anerkjenne foreldrenes kompetanse.

## 6.4 Begrensninger i samtalen

Helsesøstrene beskriver kompleksiteten i helsesøsters møte med foreldre til overvektige barn. Helsesøsters ønske om å hjelpe barnet kan komme i konflikt med foreldrenes ønske om å klare seg på egen hånd.

Kvarme (2007) skriver at et grunnleggende mål for helsesøsters arbeid er at barn og ungdom skal ha det så bra som mulig ut fra egen situasjon og egne forutsetninger (Kvarme, 2007). I offentlige føringer for forebyggende helsearbeid skal helsesøster bidra til å fremme helse og forebygge sykdom ved blant annet å følge opp barn og familier når det gjelder helse og sykdom og veilede i forhold til helserelaterte behov og problemer (Helsedirektoratet, 2004). Barn i alderen 5-9 år følges av foreldrene på «de faste» konsultasjonene med helsesøster (Helsedirektoratet, 2004). Foreldrene er den viktigste omsorgspersonen i et barns liv. Foreldrene bør bidra til at barn og unge utvikler rutiner og strukturer i sin hverdag slik at de får gode rammer rundt seg. I dagens samfunn forventes det at alle skal ta ansvar for egen kropp, være aktiv og «slank», og foreldrene har et stort ansvar. Forskning peker mot foreldrene som nøkkelspillere i et barns vektutvikling, selv om foreldrene ikke kan styre alle aspekter i barnas hverdag (Helsedirektoratet, 2010). Bedring av barnets helse er avhengig av et godt foreldresamarbeid (Kvarme, 2007). Når foreldre utøver en handling som ikke er med på å fremme et barns helse er dette en utfordring for helsesøster. Helsesøstrene i min studie forteller at noen foreldre ikke vil vedkjenne seg sine barns overvekt, dermed takker foreldrene nei til oppfølging på helsestasjonen. Da tolker jeg det som om at de «holder tilbake» hjelpen barnet har rett på. Foreldres autonomi og rett til å ta viktige avgjørelser overfor egne barn står sterkt i barnekonvensjonen (Haugli, 2008). FNs barnekonvensjon er en del av norsk lov, og fokuserer på at barn skal bli lyttet til og være aktive deltakere i sitt liv. Barnekonvensjonen (Haugli, 2008) sier følgende:

Barn har rett til å si sin mening og bli hørt. Barnet har rett til å si sin mening i alt som vedrører det og barnets meninger skal tillegges vekt (Haugli, 2008).

Til grunn for helsesøsters arbeid ligger en visjon om «barnets beste». Dette finnes i retningslinjene for helsesøsters arbeidsoppgaver. Ivaretagelse av barnet skal skje ved godt samarbeid med foreldre. Foreldrene kan velge å takke nei til oppfølging av deres overvektige barn. Målet er å ivareta barnets behov. Det kan tolkes på flere måter. For eksempel at foreldrene ikke tar hensyn til barnets fremtidige helse, til tross for forskningen som ligger til grunn for kort- og langsiktig helseskade (Helsedirektoratet, 2010). For eksempel viser



forskning at det er svært ressurskrevende for de med overvekt å endre kost- og mosjonsvanene sine (Øen, 2012). Jåtun i Øen (2012) nevner blant annet også faktorer som hjerte- og karsykdommer og psykososiale risikofaktorer. Ut fra helsesøsters vinkel kan det oppfattes som om at det er helsesøster som ikke tar hensyn til «barnets beste» når foreldrene velger å takke nei til oppfølging av overvekten og helsesøster «godtar» det. Her igjen kommer Andrews (2002b) utsagn om at helsesøstre må forholde seg til motstridende anbefalinger i praksis. Som Juul (2012) sier at man under en foreldreveiledning må «stå på barnets side» eller «alliere seg med barnet». Men han legger til at det faglig sett ikke er «mest hensiktsmessig» (Juul, 2012). Å alliere seg med barnet vil ofte si at man er mot foreldrene i dette eksempelet og det er ikke ønskelig. Juul (2012) sier videre at som veileder må man alltid alliere seg med helheten, ikke med en av partene, men det som foregår mellom dem-prosessen. Helsesøster må her forsøke å formidle det de mener blir til «barnets beste», noe hun er pålagt, men samtidig respektere foreldrenes valg og meninger som til syvende og sist er avgjørende (Haugli, 2008).

## **6.5 Hvordan snu dialogen i samtalen fra å være problematisk til å bli meningsfull?**

En av helsesøstrene sier; « *I utgangspunktet er det ikke vanskelig. Vi har noe å vise til, og vi vet hvilken informasjon vi skal gi dem. Men det er jo det at vi aldri vet hvordan de reagerer*».

Helsesøstrene fortalte at de fikk varierte reaksjoner fra foreldrene når det ble avdekket overvekt. Noen foreldre kom med utsagn om at helsesøster ikke måtte bli så opphengt i vekstkurven. De mente at det kunne være målefeil. Andre foreldre viser tydelig at dette skal de ordne opp i selv. Andre igjen mente at barna vil «vokse det av seg» og bli «normal», mens noen reagerer med sinne og reagerer på at helsesøster vil «slanke» ungen deres. Hvorfor er det slik at helsesøstrene kan oppleve foreldrene som «vanskelige»? Blant helsepersonell hersker en usikkerhet om hvordan hjelp kan gis uten å møte motstand fra foreldrene (Øen, 2012). Er det slik at selv om familien har vært uoppmerksom og tenkt lite gjennom sine levemåter, vil det å sette overvekten på dagsordenen for familien, som for eksempel å redusere porsjonene, snacksinntaket samt øke hverdagsaktiviteten være tilstrekkelig til å snu en negativ utvikling?

Ut fra teori opplever helsepersonell svaret som sjeldent (Øen, 2012). Når mat -og mosjonsbudskapet ikke fører frem eller familien ikke endrer livsstil, må man spørre seg om tilbudet er det familien trengte. Spørsmålet vil også være å vurdere om de har vært i stand til å nyttiggjøre seg rådene og veiledningen?

Overvekt og fedme er et følsomt tema og som tidligere nevnt kan helsepersonell bidra til økt skyldfølelse med sin væremåte (Tao og Glazer, 2005). Ut fra mine funn hender det at foreldrene ikke ønsker hjelp når overvekt blir avdekket. Øen (2012) sier at det kan henge sammen med at foreldrene kan ha en negativ mestringserfaring i arbeid med egen vektreduksjon. Å oppsøke helsestasjon eller takke ja til videre oppfølging kan derfor være et vanskelig skritt for foreldrene å ta. Aksept og respekt må være nøkkelord i videre samarbeid med foreldrene. Helsesøstrene beskriver også foreldrenes skyldfølelse i forbindelse med vanskeligheter med å tilnærme seg i en veiledningssituasjon. De forteller om foreldre som kan oppleve skam ved at barna deres er synlig overvektig. Skam fordi de egentlig vet at de burde endre levevanene sine, men klarer ikke å gjøre det som er forventet. De har forventninger til seg selv, og de føler at helsevesenet og omgivelsene har forventninger som de ikke klarer å innfri. Det kan også handle om manglende tillit mellom helsesøster og foreldrene eller redsel for stigmatisering, og det kan handle om maktforholdet mellom helsesøster og foreldrene. Øen (2012) sier at det ikke er uvanlig å kjenne på følelser som skyld, skam og angst. Hun forteller at foreldrene ofte har behov for å forsvare seg og minimalisere eller rasjonaliserer bort ansvaret (Øen, 2012). Samtidig sier Drugli og Onsøien (2010) at en må huske på at foreldrenes reaksjoner ikke er personlig ment. Reaksjonen er som oftest relatert til sorg, engstelse, skuffelse osv. som foreldrene føler er knyttet til temaet som blir tatt opp. De sier videre at det er viktig at den profesjonelle minner seg selv på at foreldrene også har et oppførselsrepertoar enn det de viser nå, slik at de ikke blir plassert i bås som «de sinte foreldrene» eller «de er vanskelig å ha med å gjøre» (Drugli og Onsøien, 2010). Øen (2012) sier at utfordringen for helsepersonell er å tilrettelegge for gode møter for å motvirke disse vanskelige følelsene (Øen, 2012). Holdninger i samfunnet og opplevelsen av skam ved ikke å mestre idealene er knyttet til samfunnsdiskursen rundt overvektproblematikken. Overskrifter gjennom media kan virke konstruerende for hvordan man forholder seg til overvekt, og eventuelt forverre situasjonen både for foreldrene og for helsesøster i dette tilfellet. Samfunnets holdninger med tilbedelse av det slanke kroppsideal, hyppig og intensiv trening og fettfri kost kan gjøre at mennesker faller utenfor fellesskapet fordi de ikke passer inn i dette samfunnsbildet. Her er det svært viktig at man som helsepersonell er bevisst sine egne

holdninger i forhold til overvektige.

Ved å snu på vinklingen, kan man stille seg spørsmål om at det er den profesjonelle selv som strever? Eller er det begge parter? I mange tilfeller er det den profesjonelle som gruer seg for å snakke med foreldrene om bekymringer rundt barnet. Denne type samtale blir allerede før den har funnet sted stemplet som «vanskelig».

Negative tanker om samtalen og hvordan den vil utvikle seg før den finner sted, kan hemme den profesjonelles fleksibilitet, åpenhet og empati i selve samtalsituasjonen og påvirke den negativt (Drugli og Onsjøien, 2010:52).

Det kan være ulike årsaker til at profesjonelle gruer seg for enkelte foreldresamtaler, men Drugli og Onsjøien (2010) mener at det er fordi de er redde for konflikt med foreldrene og at det vil legge hemninger for videre samarbeid. Eide & Eide (2007) sier at man har lettere for å forstå hva den andre føler og tenker når man har presis kunnskap om den andres tilstand og situasjon og er faglig skolert på området. Det vil si at helsesøster vil føle seg tryggere i samtalen om hun har den teoretiske kunnskapen til grunne. Drugli og Onsjøien (2010) mener det er viktig å tåle å stå i slike vanskelige situasjoner, samtidig som man prøver å finne løsninger på hvordan situasjonen kan håndteres.

Helsesøstrene har mange erfaringer i møte med sinte, frustrerte, «forstår ikke problemet»-foreldre.

Jeg siterer en helsesøster:

Foreldrene er veldig forskjellige. Noen blir sinte, andre viser manglende interesse og ikke ser problemet, mens noen kan sette pris på at vi tar dette opp, samtidig kan man se at de synes det er ubehagelig.

Drugli og Onsjøien (2010) sier at profesjonelle ofte utvikler en følelse av håpløshet når det gjelder vanskelige relasjoner rundt samarbeidet med foreldrene. Over tid kan dette oppleves ubekvent for den profesjonelle, og samarbeidet med foreldrene vil bli dårligere. Foreldrene på sin side vil antageligvis unndra kontakten og samarbeidet og begge parter havner i en fastlåst situasjon. Eide & Eide (2007) sier at hvis man som hjelper er bevisst og aksepterer de følelser som vekkes i en selv i møte med andre, er det lettere å forstå den andres reaksjoner. Omvendt: Hvis man ikke er klar over hva man selv føler, vil ens evne til å oppfatte og forstå den andres følelser være tilsvarende (Eide & Eide, 2007). Helsesøstrene nevner eksempler på hvordan de blir møtt av foreldrene; uenighet, en opplevelse av ikke å bli forstått som den profesjonelle, at ens kompetanse blir trukket i tvil, manglende engasjement eller ubehagelig

kroppsspråk. Eide & Eide (2007) sier at det å være profesjonell er å anvende og beherske teoretisk og praktisk kunnskap, og å ha en væremåte som ivaretar den andre. Men det handler også om etisk bevissthet og refleksjon. Drugli og Onsøyen (2010) sier at i en dialog kreves det at partene respekterer hverandre selv om de er uenige. En ønsker å høre på det den andre parten sier, og forstår ståstedet deres, samtidig som en selv ønsker å bli lyttet til (Drugli og Onsøyen, 2010). Beskrivelsen helsesøstrene gir ut fra møte med foreldrene kan ut fra Drugli og Onsøyen (2010) og Eide & Eide (2007) høres ut som det motsatte av en «god» dialog. Alle punktene de nevner er et tegn på at det ikke er mulig å gi en enkel oppskrift på en god samtale. Ved for eksempel en situasjon med «uenighet». Helsesøstrene forteller at noen foreldre vil møte helsesøster med en holdning om at denne samtalen er unødvendig. De er uenig i betydningen i samtalen. De oppfatter den som påtrengende eller uønsket, noe som får helsesøstrene til å føle seg usikre. Drugli og Onsøyen (2010) kaller dette for en «besøkerposisjon». Med det mener de at foreldrene verken vil innrømme at de eller barnet har et problem og ønsker å trekke seg fra situasjonen. Drugli og Onsøyen (2010) anbefaler da den profesjonelle å jobbe langsomt og målrettet og samtidig være forberedt på å få negative kommentarer uten å ta disse personlig.

### **6.5.1 Maktaspektet i dialogen**

Foreldrene og helsesøster kan ha ulike oppfatninger om barnet. Å være to parter som skal samhandle, krever mer av begge enn at en part hadde gjort alt på sin måte. Helsesøstrene kom med beskrivelser som «Jeg føler jeg mister styringen» eller «Hva skal jeg si til denne kommentaren» når helsesøstrene opplevde en uventet reaksjon fra foreldrenes side. Posisjon til helsesøster endres og spillereglene for hvordan samtalen og relasjonen mellom partene skal være endrer seg. De opplever det som vanskelig. De ønsker å forsvare seg selv og helsestasjonens virksomhet. De føler seg usikre og havner i en «besøkerposisjon», som Drugli og Onsøyen (2010) kaller det. I slike settinger forteller helsesøstrene at en må lære seg å være bevisst sine holdninger ved å handle med en trygghet, sikkerhet og faglig autoritet. Å handle motsatt kan skape mistillit og da risikere at foreldrene blir enda mer distansert. Eide og Eide (2007) sier at hjelperens følelser kan være en utfordring. De sier at man ikke alltid har bare positive følelser for pasienten (Eide & Eide, 2007). Kanskje man synes synd på en forelder mens man føler motvilje mot en annen. Kanskje fordi vedkommende oppleves sur, vanskelig, frekk etc. Mens andre pasienter kan man føle sterk sympati for, og da vil det være naturlig å bruke mer tid på de foreldrene enn det situasjonen tilsier. Eide & Eide (2007) sier videre at i

en slik situasjon må hjelperen være bevisst og tolerere egne følelser, både positive og negative, og ikke la dem styre i større grad enn det som er fornuftig fra et faglig synspunkt. Det innebærer også å være bevisst den andres følelser og finne måter å kommunisere på som hjelper foreldrene til å forstå og akseptere, og å knytte følelser og fornuft sammen (Eide & Eide, 2007). For mange foreldre vil dette kunne være til hjelp for å styrke deres autonomi og medbestemmelse, slik det vektlegges i de etiske retningslinjene (Norsk sykepleieforbund, 2011). Samtidig vil jeg si at det er viktig at helsesøster bryr seg. Være et medmenneske, som Martinsen (2005) sier. Videre forteller helsesøstrene at kommentarer som «Jeg bryr meg om deg» eller «stakkars deg» i samme setting kan misoppfattes av foreldrene. Jeg tolker det som om at den som uttaler seg kan høres «sterkere» ut enn den man uttaler seg til. Her er vi inne på makt. Helsesøster ville vise sin sympati for foreldrene, mens foreldrene tolket det på en annen måte. Det handler om hvordan man ordlegger seg. Som Eide & Eide (2007) sier; Det som sies kan ha dobbel bunn; å være vennlig, ironisk, spydig, fiendtlig, humoristisk. Alt avhenger av signalene og hvordan vi tolker det som blir sagt. Møte med den andre kan oppleves på svært ulike måter, som godt, ubehagelig, sårende, irriterende, inspirerende etc. Den andres signaler og vår fortolkning skaper grunnlag for nærhet og avstand, tillit og mistillit, samarbeid og konflikt (Eide & Eide, 2007). Det er ikke gitt at alle helsesøstrene reflekterer over denne vinklingen. Inntrykket jeg sitter med er at alle helsesøstrene i mitt utvalg har et sterkt ønske om å hjelpe familien mens foreldrene kan oppfatte en helt annen vinkling, som er helt i tråd med det Eide & Eide (2007) sier.

Nordtvedt og Grimen (2004) sier at tillit og mistillit, sårbarhet og makt henger sammen. Det nevnes fire tillitsskapende faktorer; helsearbeideres evne til kommunikasjon, deres kompetanse, deres vilje til å følge opp pasientene og pasientens evne til å velge bort helsearbeider de ikke har tiltro til. De sier videre at en viktig del av empowermenttenkningen er anerkjennelse og respekt for brukerens egne erfaringer og kunnskaper om seg selv og sin situasjon (Nordtvedt og Grimen, 2004). Slik jeg tolker det, er det viktig at helsesøster har gode ferdigheter i å lytte for å høre hva foreldrene har å si. Da kan muligheten være større for å gi foreldrene den hjelpen de trenger og ber om enn om helsesøster overvelder foreldrene med råd som ekspert. Drugli og Onsøien (2010) sier at man må bruke seg selv som arbeidsredskap i samtalen. En må være villig til å lære av erfaringer og til å utvikle seg videre. De sier videre at målet er å bli «en trygg profesjonell» i møte med foreldrene for å kunne stå i vanskene en møter på, uten at en tar det personlig.

En «trygg profesjonell» vil tenke at det går an å gjøre det bedre neste gang, og systematisk forsøke å finne ut hva en selv kan gjøre annerledes for å få foreldrene til å fungere bedre i samarbeidet. En trygg profesjonell tåler at ikke alle samtaler og alle samarbeidsrelasjoner med foreldre blir perfekte eller harmoniske. Det viktige er at vedkommende i disse tilfellene ikke får behov for å opptre irrasjonelt, uhøflig eller avisende overfor foreldrene, men fortsetter å møte dem med vennlighet eller imøtekommenhet (Drugli og Onsjøen, 2010).

Dette stemmer godt overens med funnene i mitt materiale der helsesøstrene møter foreldre som avvisende eller uhøflig men helsesøstrene prøver å legge deres egne følelser til side og møte dem med vennlighet og respekt.

## **7.0 Avslutning**

I oppgavens siste kapittel vil jeg oppsummere; vise til studiens viktigste funn og funnenes betydning for praksisen.

### **7.1 Studiens viktigste funn**

Funnene viser at en dialog mellom foreldre og helsesøster er avhengig av gjensidighet for å fungere. Dialogen kan gjerne inneholde et problem eller en bekymring, den kan også gi rom for uenighet, men det avgjørende avhenger av aspektet i dialogen. Når foreldrene ikke opplever å bli tatt på alvor, blir aspektet borte og dialogen oppleves problematisk.

Helsesøstrene vektla kriterier som fin tilnærming, være støttende, lydhør og ydmyk som viktige momenter hos helsesøster i møte med foreldrene. Tillit og respekt er viktige for at foreldrene skal føle seg trygge og komfortable i situasjonen. Helsesøstrene opplevde det som utfordrende å oppnå tillit og respekt, på grunn av temaets sårbarhet. For å oppnå tillit og respekt må helsesøster være åpen og ta i mot foreldrenes åpenhet og utlevering. De la også til at en helsesøster bør ha en holdning om at de ikke sitter inne med alle svarene og at måten hun styrer en samtale på kan være avgjørende om foreldrene ønsker videre oppfølging på helsestasjonen. Hvis helsesøster med sin væremåte signaliserer at det er foreldrenes oppgave å forebygge overvekten hos barnet eller ved å ha en negativ innstilling vil det gi dårlig motivasjon for videre samarbeid. Å lytte og prøve å forstå foreldrene for å få etablert et godt forhold har helsesøstrene positive erfaringer med. Det gir foreldrene en bekreftelse og styrker deres selvtillit. Når foreldrene responderer med sinne eller benektelse sier helsesøstrene at man ikke må motargumentere. Det vil bare øke motstanden. Helsesøster gir eksempler på

hvordan hun møter foreldrene på; «Nå sa jeg visst noe som du reagerte på» eller «Jeg hører at det jeg sier synes ikke å stemme for deg». Ved å møte foreldrene på denne måten viser man forståelse for deres situasjon og helsesøster åpner for videre samarbeid. Funnene viser også at man lett kan sette foreldrene i bås som «vanskelig» eller «de sinte foreldrene». Her er det viktig at helsesøster minner seg selv på at foreldrene også har et annet oppførselsrepertoar enn det de viser overfor helsesøster. Det er heller ikke uvanlig at foreldrene kjenner på følelser som skam og skyld. Her er det svært viktig at man som helsepersonell er bevisst sine egne holdninger overfor overvektige.

Funnene viser også at foreldrene har forventninger til helsesøster og det samme har helsesøster til foreldrene. Det oppstår utfordringer i dialogen når foreldrene forventer at helsesøster skal komme med konkrete råd. Helsesøster har et formål om å veilede foreldrene slik at de i størst mulig grad selv oppdager hva som er problemet, de viktigste behovene og mulige løsninger. Maktutøvelsen utfordres mellom den profesjonelle og foreldrene. Helsesøstrene vektlegger balansegangen i dialogen. Det fremkommer videre i studien at helsesøstre med lang erfaring har et større repertoar av måter å tilnærme seg foreldrene, og det kan se ut som om de utøver mer fleksibilitet i samtalene. Det fremkommer eksempler der helsesøstrene med minst erfaring blir overivrig med tiltak mot overvekt. Opplegget rundt familien blir bestemt ut fra helsesøsters premisser og ikke familiens. Dette resulterer i et dårlig samarbeid. Helsesøsters utgangspunkt kan i dette tilfelle oppleves umyndiggjørende overfor foreldrene.

Videre i datamaterialet synes helsesøstrene at det er en vanskelig balansegang å veilede foreldrene slik at de er i stand til å gjøre valg som fremmer helsen. Det fremkommer i studien at ressurssterke foreldre ofte er med på et samarbeid rundt barnet, mens de ressursvake foreldrene ofte vil barnets beste, men de er i dårligere stand til å se problemet eller sørge for at det blir tatt tak i. Helsesøsters verdikonflikt utfordres når det gjelder foreldrenes autonomi. I møte med disse utfordringene er det på en side viktig at helsesøster er bevisst sin profesjonelle rolle og at hun klarer å sette seg inn i den andres meninger og synspunkter. På en annen side kan det virke diskriminerende å kategorisere foreldrene. Helsesøster må ta hensyn til ulike behov og forutsetninger.

Helsesøsters ønske om å hjelpe barnet kan komme i konflikt med foreldrenes ønske om å klare seg på egen hånd. Helsesøster må forsøke å formidle det hun mener er det beste for barnet men samtidig respektere foreldrenes valg og meninger.

Ut fra funn har helsesøstrene mange erfaringer i møte med sinte, frustrerte, «forstår ikke problemet» -foreldre. De opplever samtalen som «vanskelig». Samtalen blir stemplet som «vanskelig» før den har funnet sted. Helsesøstrene forbereder seg mer til disse samtalene. De er redde for at det skal oppstå en konflikt og at det vil legge hemninger for videre samarbeid. Måten helsesøstrene blir møtt på fører til at helsesøster blir usikker på seg selv. Her er det viktig at helsesøster er bevisst sine holdninger ved å handle med en trygghet, sikkerhet og faglig autoritet. Å handle motsatt kan skape mistillit og da risikere at foreldrene blir mer distansert. For mange foreldre vil dette kunne være til hjelp for å styrke deres autonomi og medbestemmelse.

Som beskrevet innledningsvis har jeg opplevd i min praksis at temaet overvekt kan være krevende og utfordrende. Min erfaring er at man må trå varsomt for å unngå å komme i konflikt med foreldrene. Disse erfaringene samsvarer med funnene studien viser til.

## **7.1 Betydning for praksis**

Med all forskning og kunnskap tilgjengelig burde norske helsesøstre ha kunnet veilede og hjelpe familier med overvektige barn bedre enn de gjør per i dag. Årsaken til at dette ikke blir gjort kan være flere. Kanskje dreier det seg om manglende ressurser, mangel på tid til å gå inn i temaet eller usikkerhet hos den enkelte helsesøster som kan ha sin årsak i skam rundt temaet, manglende faglig oppdatering, manglende interesse for temaet overvekt.

Økt kunnskap blant helsesøstrene om overvekt styrker helsesøstrenes bevissthet og selvsikkerhet til å arbeide med et tema som ofte er ansett som både sårbart og sensitivt. Som tidligere nevnt sier Drugli og Onsjøen (2010) at man må bruke seg selv som arbeidsredskap i samtalen. Målet må da være å bli en «trygg profesjonell» i møte med foreldrene for å kunne stå i vanskene, uten at en tar det personlig. Helsesøster må skjerpe sin egen sensitivitet og bevisst lytte til det foreldrene sier. Ikke nødvendigvis være mer personlig i dialogen, men at det personlige blir mer et verktøy for å nå målene om å redusere overvekten og bevisstgjøre foreldrenes ansvar. Helsesøstrene må være engasjerte og møte foreldrene med empati, respekt og forståelse og med en grunnholdning om å ønske det beste for barnet.



Studien vil kunne tilføre praksisfeltet nye perspektiv i helsesøsters praksis i møte med foreldrene. Studien belyser helsesøsters muligheter og begrensninger for å få til en helsefremmende dialog med foreldrene om barnets overvekt. Selv om det allerede finnes forskning på dette feltet, kan drøfting og diskusjon rundt denne problemstilling bidra til bevisstgjøring og endring også i fremtiden.

Det hadde vært interessant å se hva utfallet av studien hadde blitt om det kun var helsesøstre med mange års erfaring innen feltet som ble intervjuet. Det er mulig at de erfarne helsesøstre ville ha fremmet en litt annen diskurs. Å forske ut fra foreldrenes ståsted for deretter å sammenligne de funnene mot mine funn ville også vært interessant.

## Referanseliste

- Andrews, T.(2002b). *Tvetydige ideologier og motstridende krav: en studie av endringer i den norske helsestasjonsvirksomheten*. HEMIL-senteret/Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen,(Bergen).
- Andrews, T. & Wærness, K(2004). *Deprofesjonalisering av helsesøsteryrket?* Sosiologisk tidsskrift 04/2004(04).
- Bergan, J. (2013). *Å spille på lag med foreldrene*. Masteroppgave i Helse, Ernæring og Miljøfag. Universitetet i Tromsø.
- Berglyd, I. R. W. (2003). *Skole-hjem-samarbeid: avstand og nærhet*. Bergen: Fagbokforl.
- Clancy, A., Svensson, T. (2010). *Perceptions of public health nursing consultations: tacit understanding of the importance of relationship*. Primary Health Care & Development 11/04:363-373.
- Datatjeneste, N.S.(2012). *Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS(NSD)*, Bergen(Online) Tilgjengelig fra <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/meldeskjema> (Hentet 13. mai 2014 kl. 13.00.).
- Drugli, M.B, Onsøien, R. (2010). *Vanskelige foreldresamtaler - gode dialoger*. Cappelen Damm AS.
- Edmunds, L.D. (2005). *Parents` perceptions of health professionals ` responses when seeking help for their overweight children*, Family Practice Vol. 22:287-292. Bristol, UK.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fangen, K. (2013). «*Kvalitativ metode*». (Sist oppdater 20.september 2013). De nasjonale forskningsetiske komiteene.(Online). Tilgjengelig på <http://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnærmingar/Kvalitativ-metode/> (Lastet 16.05.14).
- Glavin, Kari & Kvarme, L.G.(2003). *Helsesøstertjenesten. Fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap*. Oslo: Akribe AS.
- Glavin, Kari, Helseth, Sølvi og Kvarme, Lisbeth Gravdal(2007). *Fra Tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe.
- Hauge, H.A, Mittelmark, M.B. (2006). *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?*(2.utg). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Haugli, Trude (2008): ” *Hensynet til barnets beste*”. I: Høstmælingen, Njål, Kjørholt, Elin Saga og Sandberg, Kirsten (red): *Barnekonvensjonen: barns rettigheter i Norge*. IS-1154.(2004). Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april nr. 450. Oslo: Sosial og helsedirektoratet.
- IS-1282. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse – teorier og forklaringer*. Oslo: Helsedirektoratet.
- IS-1734.(2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*. Oslo: Helsedirektoratet.
- IS-1736. (2011). *Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- IS-1881.(2011). *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer*. Oslo: Helsedirektoratet.
- IS-2036.(2012). *Utvikling i norsk kosthold 2012*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Juliusson, Petur Benedikt(2010): *Overweight and obesity in Norwegian children*. Doktoravhandling, Institutt for klinisk medisin på Universitetet i Bergen.
- Juul, Jesper (2012). *Foreldreveiledning. I barnehagen, på helsestasjonen og i skolen*. Kommuneforlaget.

- Kvale, S. Brinkmann, S (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Malterud, K (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3.utg). En innføring. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, Sykepleie og Medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS.
- Mæland, J.G(2005). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis* (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Neumann, C.B.(2008). *Helsesøstres dilemmaer: Kategoriseringer, tvil og grensefigurer*". Oslo: Universitetsforlaget. Tidsskrift for psykisk helsearbeid nr. 3 2008:268-277.
- Neumann, C.E. B.(2009). *Det bekymrede blikket: en studie av helsesøsters handlingsbetingelser*. Oslo: Novus forlag.
- Nordtvedt, P. og Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon*. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. INCs etiske regler. Revidert 2011.
- Ohnstad, A. (1993): *Den gode samtalen*. Oslo: Det Norske samlaget.
- Regional komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk(2012). Tilgjengelig fra [https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p\\_dim=34999&\\_ikbLanguageCode=n](https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p_dim=34999&_ikbLanguageCode=n) (Hentet 18. mai 2014 kl. 18.00).
- Sand, Liv,; Lask, Bryan; Hysing, Mari; Stormark, Kjell Morten: *In the parents`view: weight perception accuracy, disturbed eating patterns and mental health problems among young adolescents*. Journal of Eating Disorders 2014; Volum 2(9).
- Sollesnes, R. & Tønjum, L. (2008). *Så var det alle disse jeg hadde i øyekroken*. Nordisk tidsskrift for Helseforskning, 2(4), 1-16.
- Steele, R., Wu, Y., Jensen, C. D., Pankey, S. & Davis, A.M. (2011). *School Nurses`s Perceived Barriers to Discussing Weight With Children and Their Families: A Qualitative approach*. Journal of School Health, 81(3), 128-137.
- Stortingsmelding nr.37(1992-1993). *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet.
- Tao, H, and Glazer,G. (2005). *Obesity: From a Health Issue to a Political and policy Issue*. Online Journal of Issues in Nursing. Vol. 10-2005 No.2.
- Thornquist, E (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Tveiten, S. (2007a). *Den vet best hvor skoen trykker...Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2007b). Veiledning i Glavin, K, Helseth, S, og Kvarme, L.G.(red.). *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe AS, s. 220-237.
- Ulset E, Undheim R & Malterud K (2007). *Er fedmeepidemien kommet til Norge?* Tidsskr Nor Lægeforen, årg. 127.
- Volpe, Camilla(2009). *Helsesøsters erfaringer, utfordringer og muligheter i arbeidet med overvekt blant barn og unge*. Masteroppgave i flerkulturelt forebyggende arbeid blant barn og unge. Høgskolen i Telemark.

Øen, G.(2012). *Overvekten hos barn og unge:- Forstå, forebygge, behandle og fremme helse.*  
Bergen, Fagbokforlaget.

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Ellinor Beddari

Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 19.09.2014

Vår ref: 39805 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

**TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER**

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.09.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>39805</i>	<i>Hvilke dilemmaer kan helsesøster møte i tilnærmingen til forledre med overvektige barn og hvordan påvirker det samtalen?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ellinor Beddari</i>
<i>Student</i>	<i>Linda Strømsmo</i>

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.10.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr. 39805

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 01.10.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak

Viser til tidligere endringsmelding.

Vi bekrefter at prosjektslutt og anonymisering er utsatt til 1.6.16.

-----  
Anne-Mette Somby  
Seniorrådgiver

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS Personvernombudet for forskning Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 24 10

Tlf. sentral: (+47) 55 58 81 80

Faks: (+47) 55 58 96 50

Email: [Anne-Mette.Somby@nsd.uib.no](mailto:Anne-Mette.Somby@nsd.uib.no)

Internettadresse [www.nsd.uib.no/personvern](http://www.nsd.uib.no/personvern)

Anne-Mette Somby skrev den 08.09.2015 13:58:

> FORLENGET PROSJEKT

>

> Viser til e-post mottatt 1.9.15.

>

> Vi har registrert at prosjektslutt og anonymisering er utsatt til 1.6.15.

>

> Vennlig hilsen

>

\*\*\*\*\*

Denne epost har blitt kontrollert for virus av Serit

This e-mail has been scanned for viruses by Serit

\*\*\*\*\*

## Vedlegg 2

### **Intervjuguide**

#### Innledning

-Takke for deltakelsen!

-Kort presentasjon av meg selv.

-Forklare formålet med intervjuet.

-Minne om taushetsplikten til helsesøster i.f.t. konkrete barn og familier.

#### **Anonymisering**

-Minne om at opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, opptakene slettes og at datamaterialet anonymiseres når oppgaven er ferdig. Det er kun jeg som skal transkribere.

#### **A: Åpningsspørsmål:**

Fortell litt om deg selv (Utdanning, alder, jobb, status, antall barn?)

#### **B:**

- Fortell om et møte med foreldre til et overvektig barn.

\* Hvordan opplevde du dette møtet? Positivt og negativt.

\*Hvilke tanker har du om hvordan en samtale med foreldre til overvektige barn bør være?

\* Hva mener du som helsesøster er viktig når du møter foreldrene?



\* Hva tenker du som helsesøster er de største utfordringer i samtale med foreldre til overvektige barn?

\* Når samtalen ikke fungerer slik du ønsker. Hva gjør du da? Hvilke tanker har du?

**C:**

- Hvordan henvender du deg som helsesøster til foreldrene? Hvilken respons får du?  
(Positiv/negativ)

\*Fortell om en situasjon der det fungerer og der det ikke fungerer.

\*Hvordan vurderer du disse samtaler mot andre samtaler?(Forberedelse?). Hva tenker du om din rolle i dette?

\* Har du noen refleksjoner rundt samtalen med foreldre til overvektige barn som du ikke har fått tatt opp i noen av spørsmålene ovenfor, som du synes er relevant i forhold til denne studien?

Vedlegg 3.

### **Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt**

«Helsesøsters muligheter og begrensninger for å få til en helsefremmende dialog med foreldrene om barnets overvekt»

### **Bakgrunn og hensikt**

Jeg studerer Master i helsesøsterfag ved Universitetet i Tromsø, og holder på med avsluttende masteroppgave. Temaet for oppgaven er overvektproblematikk hos barn. Jeg ønsker å belyse helsesøsters muligheter og begrensninger i dialogens forløp med foreldrene til overvektige barn i alderen 5-9 år der overvekten oppdages og foreldrene får tilbud om samtale med helsesøster, som en del av videre oppfølging.

### **Hva innebærer studien?**

Studien innebærer et intervju med 4-6 helsesøstre. Gjennomføring av intervjuet vil vare i ca. en time. Intervjuet vil bli gjennomført på tidspunkt og sted i forhold til det som passer deg som skal delta. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd, for senere å bli utskrevet i fullstendig form. Studien vil bli anonymisert.

### **Hva skjer med informasjonen med deg?**

Opplysninger som registreres om deg vil være anonymisert i det skriftlige materiale, og vil etter at lydopptak er slettet, ikke lenger være mulig å identifiseres. Alle data vil bli behandlet konfidensielt.

### **Anonymitet og frivillig deltagelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst trekke deg fra deltagelse i studien uten å måtte begrunne dette valget.

All informasjon anonymiseres i oppgaven, slik at ingen opplysninger kan spores tilbake til enkeltpersoner.

## **Samtykke**

Deltagelse i forskning krever skriftlig samtykke fra informantene.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen som ligger ved dette brevet.

Samtykkeerklæringen returneres i den vedlagte svarkonvoluttet så snart som mulig, og senest innen 10.11.14.

Undersøkelsen er meldt og registrert hos Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste(NSD).

Dersom noe er uklart, eller du ønsker ytterligere informasjon, er du velkommen til å kontakte meg: Linda Strømsmo, Tlf. 95922063 eller på mail :l.stromsmo@hotmail.com.

Jeg håper du kan tenke deg til å dele dine erfaringer med meg, slik at min problemstilling i denne studie blir besvart.

Med vennlig hilsen

Linda Strømsmo

Solvang, 8804 Sandnessjøen

Mastergradsstudent i Helseøsterfag

Vedlegg 4.

### **Samtykke til deltagelse i studien**

«Helsesøsters muligheter og begrensninger for å få til en helsefremmende dialog med foreldrene om barnets overvekt».

Jeg har lest informasjonsskrivet vedrørende prosjektet. Jeg sier meg herved villig til å delta i intervju som omhandler helsesøsters tilnærming i møte med foreldre til overvektige barn.

Jeg er inneforstått med at alle opplysninger vil bli aidentifisert og behandlet konfidensielt etter gjeldende regler for forskning. Jeg er også kjent med at deltagelsen er frivillig og at jeg når som helst kan trekke meg fra undersøkelsen.

.....

Navn(Blokkbokstaver)

.....

Telefon/Mobil

.....

Sted/dato

.....

Underskrift av informant

Vedlegg 5.

Til postmottakene i kommunene. Kan jeg be dere videresende denne e-posten til ledende helsesøster i kommunen?

### **Til Ledende helsesøstre**

Hei.

Jeg går masterstudiet i helsesøsterfag på Universitet i Tromsø. Jeg skal nå skrive en master med tema overvektproblematikk hos barn. Problemstillingen i min studie er «Helsesøsters muligheter og begrensninger for å få til en helsefremmende dialog med foreldrene om barnets overvekt». I denne forbindelse ønsker jeg å intervjuer helsesøstre med erfaring innen denne problematikken. Både kortvarig/og eller langvarig erfaring. Jeg ønsker ca. fire-seks helsesøstre. Har dere noen som kan være interessert? Se vedlegg for mer info angående min studie.

Jeg vil legge til at alt av opplysninger blir anonymisert og all data vil bli behandlet konfidensielt.

Gjerne videreformidle denne e-post til andre helsestasjoner.

På forhånd takk.

Mvh

Linda Strømsmo

Mastergradsstudent i helsesøsterfag

Vedlegg 6.

Tabell for å illustrere studiens analysetrinn:

<b>Trinn 1: Foreløpig temaer</b>	<b>Trinn 2: Koding</b>	<b>Trinn 3: Subgrupper</b>	<b>Trinn 4: Kategorier</b>
<p><b>1:</b> Underrapportering</p> <p><b>2:</b> Et vanskelig og sårbart tema</p> <p><b>3:</b> Det handler om hvordan helsesøster ordlegger seg</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Underrapportering(1)</li> <li>- Et vanskelig og sårbart tema(2)</li> <li>- Det handler om hvordan helsesøster ordlegger seg(3)</li> </ul>	<p>Helsesøsters tilnærming til foreldrene</p>	<p>Den vanskelige men nødvendige samtalen</p>
<p><b>4:</b> Helsesøster møter ikke ressurssterke foreldre på samme måte som ressurssvake foreldre</p> <p><b>6:</b> Ønsker ikke oppfølging</p> <p><b>7:</b> Å spille på lag med foreldrene</p> <p><b>8:</b> utfordringer i samtalen</p> <p><b>9:</b> Ingen tilbud om oppfølging av de overvektige i kommunen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- utfordringer i samtalen (8)</li> <li>- Å spille på lag med foreldrene (7)</li> <li>- Ønsker ikke oppfølging (6)</li> <li>- Helsesøster møter ikke ressurssterke foreldre på samme måte som ressurssvake (4)</li> </ul>	<p>Det stilles ulike krav til foreldrene</p>	<p>Foreldrenes forhold til barnets overvekt</p>