

Det avgjørende første møtet

**En kvalitativ studie om helsesykepleieres
første møte med foreldre til overvektige
barn i alderen 0-5 år**



**Universitetet
i Stavanger**

Det helsevitenskaplige fakultet

**Master i helsesykepleie
Masteroppgave (30 studiepoeng)**

Student: Hilde Ousland Glomsaker

Veileder: Professor emerita Bjørg Karlsen

Stavanger, 2. juni 2020

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERGRADSSTUDIUM I

HELSESYKEPLEIE

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Vårsemester 2020

FORFATTER:

Hilde Ousland Glomsaker

VEILEDER:

Professor emerita Bjørg Karlsen

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Nordisk tittel: Det avgjørende første møtet – En kvalitativ studie om helsesykepleiers første møte med foreldre til overvektige barn i alderen 0-5 år.

Engelsk tittel: The crucial first meeting – A qualitative study of public health nurse's first encounter with parents of overweight children in the age of 0-5 years.

EMNEORD/STIKKORD:

Helsesykepleier, foreldre, overvektige barn, erfaringer, første møte

Public health nurse, parents, overweight children, experiences, first encounter

ANTALL ORD: 19 070 (eksklusiv innholdsfortegnelse, tabeller, referanseliste og vedlegg)

STAVANGER, 2. juni 2020.....

Forord

Nå er en krevende tid ved veis ende! En tid som har gitt meg ny kunnskap og erfaring rundt forskningsprosessen, og mulighet til å fordype meg i et emne som jeg interesserer meg for. Prosessen har vært lærerik og interessant, men har også bydd på utfordringer. Å skrive masteroppgave er litt som en berg-og-dalbane. Den byr på både oppturer og nedturer. Masteroppgaven har vært «med meg» til alle døgnets tider siden vi startet med å skrive prosjektplan. Ideer har oppstått på natten, i dyreparken, hos tannlegen – det er en prosess som aldri tar «pause». Men det er en erfaring jeg aldri ville vært foruten.

Jeg ønsker å rette en spesiell takk til min veileder, Bjørg Karlsen, som har loset meg igjennom dette og vært til stor hjelp. Takk for god støtte og veiledning.

Noen som også fortjener en stor takk, er helsesykepleierne, som delte sine erfaringer med meg. De tok seg tid til å stille til intervju, i en ellers krevende tid med kommunesammenslåing.

Jeg ønsker også å takke dosent Gudbjørg Øen og personell ved Smart Livsstil under Sørlandet sykehus Kristiansand, Unni Mette Stamnes Köpp og Camilla Bæck Hennig. De har hjulpet meg å aktualisere problemstillingen.

Stor takk fortjener også mine medstudenter og deres veiledere, som har bidratt med konstruktive tilbakemeldinger og støtte gjennom masterseminarene vi har hatt.

Sist, men ikke minst, vil jeg rette en takk til familie og venner som har «holdt ut» med meg og min manglende tilstedeværelse i perioder.

Uten dere ville dette aldri vært mulig!

Stavanger 2. juni 2020

Sammendrag

Overvekt er et stort helseproblem for barn og unge i Norge, hvor helsesykepleiere har en viktig rolle i identifisering og oppfølging. Tidlig intervensjon er gunstig for å normalisere barnets vekt og hindre fedmeutvikling. Foreldrene er den viktigste ressursen for barna, og derfor naturlige samarbeidspartnere for helsesykepleiere. Det første møtet med familien er betydningsfullt for å skape tillit og bygge relasjon, men ser ikke ut til å være beskrevet i tidligere forskning. Hensikten med studien var å utvikle kunnskap om hva helsesykepleiere erfarer som viktig i det første møtet der barn fra 0-5 år sin overvekt tas opp med foreldrene, og hvilke utfordringer et slikt møte kan by på. Studien har et deskriptivt, kvalitativt design hvor det ble gjennomført individuelle semistrukturerte intervjuer av 5 helsesykepleiere. Data ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse. Funnene viste at helsesykepleiere erfarte det som viktig å legge til rette for et godt samarbeid med foreldrene gjennom å bevisstgjøre dem rundt barnets overvekt, invitere dem inn i samtalen og anvende vekstkurvene som et konkret redskap i samtalen. I tillegg indikerte funnene betydningen av å bygge en god relasjon til foreldrene gjennom å opparbeide tillit, å møte foreldrene på en støttende måte og å bruke skjønn i møtet. Utfordringene helsesykepleierne møtte dreide seg om å møte foreldrenes negative reaksjoner og holdninger, samt å forholde seg til overvekt som et sårt tema for foreldrene. Studien bidrar med kunnskap om helsesykepleieres erfaringer i det første møtet med foreldrene, og kan bidra til at helsesykepleiere ser betydningen av å tilrettelegge for et godt første møte.

Innhold

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	2
1.1.1	Overvekt hos barn	2
1.1.2	Helsesykepleiers rolle i identifisering og oppfølging av overvekt.....	3
1.1.3	Betydningen av å komme tidlig inn	4
1.1.4	Helsesykepleiers tilnærming i møtet.....	5
1.1.5	Overvekt som et utfordrende tema	7
1.1.6	Litteratursøk og behov for videre forskning	7
1.1.7	Avhandlingens oppbygning.....	8
1.2	Hensikt og problemstilling	8
2	TEORI	10
2.1	Helsefremmende arbeid.....	10
2.1.1	Samarbeid med foreldre	11
2.1.2	Opplevelse av sammenheng	11
2.2	Veiledning	12
2.2.1	Relasjon.....	12
2.2.2	Dialog	13
2.3	Sosial støtte	14
3	METODE.....	16
3.1	Forskningsdesign.....	16
3.2	Valg av kvalitativ metode.....	16
3.3	Min forforståelse	17
3.4	Utvalg og rekruttering	18
3.4.1	Utvalg.....	18
3.4.2	Fremgangsmåte ved rekruttering.....	18

3.5	Datainnsamling.....	19
3.5.1	Utarbeidelse av intervjuguide og utførelse av pilotintervju.....	19
3.5.2	Gjennomføring av intervjuene	20
3.6	Kvalitativ innholdsanalyse	21
3.6.1	Analyseprosessen	21
3.7	Studiens validitet, reliabilitet og overførbarhet.....	23
3.7.1	Validitet.....	23
3.7.2	Reliabilitet	24
3.7.3	Overførbarhet	25
3.8	Forskningsetiske vurderinger	26
4	FUNN	28
4.1	Å legge til rette for et godt samarbeid med foreldrene	29
4.1.1	Å bevisstgjøre foreldrene rundt barnets overvekt	30
4.1.2	Å invitere foreldrene inn i samtalen.....	31
4.1.3	Å anvende vekstkurvene som et konkret redskap i samtalen.....	33
4.2	Å bygge en god relasjon.....	34
4.2.1	Å opparbeide tillit hos foreldrene.....	35
4.2.2	Å møte foreldrene på en støttende måte.....	36
4.2.3	Å bruke skjønn i møtet.....	37
4.3	Overvekt som et utfordrende tema i første møtet.....	39
4.3.1	Utfordringer i møte med foreldrenes negative reaksjoner og holdninger.....	39
4.3.2	Overvekt – et sårt tema for foreldrene	40
5	DISKUSJON	42
5.1	Å legge til rette for et godt samarbeid med foreldrene	42
5.2	Å bygge en god relasjon.....	45
5.3	Overvekt som et utfordrende tema i det første møtet.....	49
5.4	Metodiske overveielser	51
6	KONKLUSJON.....	53

6.1	Hva erfarer helsesykepleierne at er viktig i det første møtet med foreldre til overvektige barn fra 0-5 år, hvor barnets overvekt tas opp?	53
6.2	Hvilke utfordringer møter helsesykepleierne i det første møtet?	54
6.3	Implikasjoner.....	54
7	REFERANSER.....	56
	Vedlegg 1: Intervjuguide	61
	Vedlegg 2: Invitasjonsbrev	63
	Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD	68
	Vedlegg 4: Oversikt over søkeord og forskningsartikler.....	71

1 Innledning

I denne studien vil jeg se nærmere på hva helsesykepleiere erfarer som viktig i det første møtet der barn fra 0-5 år sin overvekt tas opp med foreldrene, og hvilke utfordringer et slik møte kan by på.

På helsesykepleierstudie var jeg med i samtaler hvor barnets overvekt ble tatt opp med foreldre, noe som vakte ulike reaksjoner hos dem. Det opplevdes som et utfordrende tema å snakke om, og vekket en nysgjerrighet i meg for å finne ut hvordan helsesykepleiere erfarer det første møtet.

I arbeidet med å spisse problemstillingen var jeg i kontakt med personer med mye kunnskap og erfaring på området. Det kom da frem at å komme tidlig inn var viktig ved overvekt hos barn, at kunnskap om møtet mellom foreldre og helsesykepleier var mangelfull, samt at den første samtalen ofte var utfordrende. Det kom også frem at den første samtalen var viktig for det videre samarbeidet med foreldrene.

Overvekt og fedme hos barn og unge er et stort problem både i Norge og i store deler av verden. Tall fra World Health Organization (WHO) (2016) viser at antallet øker på verdensbasis. Tall fra Norge i 2016 viser at rundt 27% av barn og unge fra 5-19 år enten er overvektige eller lider av fedme (UNICEF, 2019). Blant barn i Norge ser tallene ut til å ha stabilisert seg de siste årene, men det er fremdeles en stor andel barn som er rammet av problematikken (Meyer, Vollrath & Böhler, 2017). Øen (2016) peker på at mange helsesykepleiere ser at en del barn går mer opp i vekt enn hva som er optimalt i tidlig alder, mellom 2 år og 4 år. Ifølge Helsedirektoratet (2010, s.39) er det viktig at endringer gjøres tidlig, når barnet viser seg å være overvektig.

Helsesykepleiere har en viktig rolle i identifisering og oppfølging av overvekt hos barn, og for samarbeidet med familien (Helsedirektoratet, 2010). De tilhører en profesjon som har en god posisjon for å hjelpe overvektige barn, grunnet deres kontakt med stort sett alle familier (Øen, 2009, s.12). Men kommunikasjonen om overvekt kan være utfordrende, og krever gode kommunikasjonsegenskaper hos hjelperen, ifølge Øen (2016).

Det første møtet hvor overvekten tas opp med familien, vises til som betydningsfullt av Øen (2012). Hun hevder at «dette første møtet med familien, der problemstillingen reises, er avgjørende for om familien får tillit til hjelperen og vil ønske å ta imot hjelp»

(Øen, 2012, s.205). Lindberg & Hvatum (2016, s.291) viser til at dersom et møte oppleves godt, kan det bidra til åpenhet for endringer, samt til vekst og innsikt. Viktigheten av det første møtet kan muligens underbygges med Helseth (2007a) sin påstand om at «i den første fasen, der kontakten mellom helsesøster og klient etableres, legges mulighetene for et framtidig samarbeidsforhold» (s.212). Etableringsfasen kan sees på som begynnelsen av hvert møte i helsestasjonen, ifølge henne. Det første møtet hvor overvekten tas opp, kan også tenkes å kunne relateres til det Tveiten (2007) skriver om at «det første møtet mellom helsesøster og bruker er viktig for hvordan veiledningsprosessen videre utvikler seg» (s.183). Hun hevder at det er her relasjonsbyggingen begynner, og at det i det første møtet er betydningsfullt at brukeren opplever at helsesykepleier ser og hører ham, samt tar ham på alvor.

I denne studien vil jeg ha fokus på det første møtet hvor barnets overvekt tas opp som tema i samtale. Fokuset er altså ikke nødvendigvis på første gang foreldrene møter helsesykepleier, men første gang temaet «barnets overvekt» diskuteres.

Det første møtet ser ut til å være av betydning. Men ut fra hva jeg har funnet i tidligere forskning, ser det ikke ut til at det foreligger studier som ser på hva helsesykepleiere erfarer som viktig og utfordrende i «det første møtet» med foreldre til overvektige barn i alderen 0-5 år.

Videre vil jeg gi en oversikt over bakgrunn for valg av tema, samt presentere hensikten med studien og problemstillingen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

1.1.1 Overvekt hos barn

Helsesykepleier vurderer barnets vekt på bakgrunn av lengde og vekt mål. I alderen fra 4 uker til 2 år, vurderes vekten hos barnet ut fra vekstkurver som viser vekt-for-alder og vekt-for-lengde, og helsesykepleier følger med på barnets plassering i en normalfordelingskurve. Når barnet er blitt 2 år regnes også barnets iso- KMI (kjønns- og aldersjustert kroppsmasseindeksen) ut, som sier noe om vekt i forhold til høyde. Først da *defineres* barnet som overvektig ut fra denne, men det bør likevel alltid vurderes i sammenheng med hvordan barnets kropp ser ut, samt målinger fra tidligere (Helsedirektoratet, 2019). En iso-KMI over 25 indikerer overvekt (Lekhal & Holme, 2016).

Årsakene til at barnet utvikler overvekt kan være sammensatte, men skyldes i hovedsak et energioverskudd over tid. Redusert fysisk aktivitet og høyt inntak av sukker trekkes frem som årsaker til utvikling av overvekt i den norske befolkningen (Helsedirektoratet, 2010).

Overvekt og fedme kan føre til en rekke negative konsekvenser for barnets fysiske, psykiske og sosiale helse. Stigmatisering og mobbing kan være eksempler på problemer som rammer overvektige barn, og som videre kan bidra til uhelse. Barnets selvfølelse kan påvirkes negativt av overvekten, og redusere opplevelsen av livskvalitet. Utfordringer i hverdagslivet slik som vansker rundt deltakelse i lek, kortpustethet og tretthet, er andre konsekvenser av vekta som barn kan påvirkes negativt av (Helsedirektoratet, 2010).

Den største risikoen med at barn er overvektige, er imidlertid at overvekten kan videreutvikles til fedme, og gi risiko for alvorlige sykdommer som voksen, slik som hjerte-karsykdom og diabetes. En vet at dersom overvekten utvikler seg videre til fedme, er sannsynligheten stor for at det følger barnet inn i voksenlivet (Helsedirektoratet, 2010).

1.1.2 Helseesykepleiers rolle i identifisering og oppfølging av overvekt

Helsestasjonen er en del av det kommunale helsetilbudet til barn, ifølge med deres foreldre. Ved helsestasjonen arbeider helseesykepleiere, i tillegg til blant annet lege, jordmor og fysioterapeut. I Norge tilbys alle barn fra 0-5 år og deres foreldre «helsestasjonsprogrammet» som består av 14 konsultasjoner fra fødsel til barnet begynner på skolen. Helsestasjonsprogrammet er et frivillig tilbud, hvor brukermedvirkning vektlegges i samhandlingen. Helseesykepleier skal gjennom dette programmet følge opp familien, og har som mandat å arbeide både forebyggende og helsefremmende. Målet er at helsestasjonsprogrammet både skal fremme barnets psykiske og fysiske helse, samt forebygge at sykdom oppstår (Helsedirektoratet, 2019). Helseesykepleiere gjennomfører helseundersøkelser på barna jevnlig, hvor blant annet veiing og måling inngår, og tilbyr råd og veiledning til foreldre, med hensikt å styrke deres kunnskap og mestring av foreldrerollen. Ved behov tilbys oppfølging eller henvisning videre (Helsedirektoratet, 2019). Helseesykepleiere på helsestasjonen har en viktig rolle i identifiseringen av overvekt, når de følger barnets vekstutvikling gjennom jevnlig målinger av vekt og lengde (Helsedirektoratet, 2010). Vekstkurver basert på standard fra WHO brukes i vurdering av barnets vekstutvikling og for å følge den over

tid. Å måle vekt og lengde er en god metode for å følge barnets trivsel og vekstutvikling. Slik kan helsesykepleier oppdage eventuell uheldig utvikling, for så å igangsette tiltak tidlig (Helsedirektoratet, 2019). Tidspunkt for målingene er ved 3 mnd., 5mnd, 6 mnd., 10 mnd., 12 mnd., 15-18 mnd., 2 år og 4 år (Helsedirektoratet, 2019, s.51).

Lekhal & Holme (2016) viser til at helsesykepleier også har en viktig rolle som samtalepartner, hvor hun kan komme i «posisjon» til å hjelpe barnet og familien. Barn i helsestasjonsalder og deres foreldre har rett på informasjon om barnets helsetilstand, og informasjonen skal være tilpasset mottakeren. Så når helsesykepleier observerer at barnet er blitt overvektig, har foreldrene og evt. barnet rett på informasjon om dette. Hvor mye eller hvordan barnet inkluderes avhenger imidlertid av alder og modenhet (Helsedirektoratet, 2019). Et viktig moment i oppfølgingen er å etablere et samarbeid med foreldrene (Helsedirektoratet, 2010). Ved overvekt hos små barn er det viktig at helsesykepleiere arbeider med deres foreldre, for å forebygge at barnet utvikler fedme. Dette grunnet at foreldrene påvirker barnets måltider og aktivitet i stor grad (Øen, 2016).

Veiledning er en viktig arbeidsmetode for helsesykepleiere i samhandling med familien (Tveiten, 2007) og er et av tiltakene i oppfølgingen når barnet viser seg å være overvektig (Helsedirektoratet, 2010). Dersom barnets vekt er i øvre sjiktet av normalvariasjonen eller at iso-KMI indikerer overvekt, tilbys foreldrene en individuell veilednings- og kartleggingssamtale. Fokuset er i hovedsak på å bremse, og stabilisere vektøkningen på et normalt nivå. Temaer kan være kosthold, aktivitet og eventuelle tiltak for da blant annet å forebygge fedme, samt fremme barnets helse (Helsedirektoratet, 2010). Helsesykepleier skal støtte foreldrene (Helsedirektoratet, 2019), og et vesentlig mål for veiledningen er nemlig å styrke brukerens (foreldrenes) mestringskompetanse gjennom en likeverdig dialog, hvor blant annet informasjon, råd, og undervisning kan inngå som elementer, ifølge (Tveiten, 2007).

1.1.3 Betydningen av å komme tidlig inn

I retningslinjene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten vises det til viktigheten av å fange opp vansker tidlig, samt å etablere gode vaner på et tidlig tidspunkt, for å forebygge alvorlig skjevutvikling (Helsedirektoratet, 2019). Helsedirektoratet (2010) påpeker at det er vesentlig å sette i gang tiltak som bremser vektøkningen tidlig, slik at barnet lettere kan vokse av seg overvekten og hindre utvikling av fedme. Ames,

Mosdøl, Langøien, Blaasvær & Nøkleby (2019) fant i sin studie at å starte tidlig med samtaler om barnets overvekt, kan bidra til en større sjanse for vektreduksjon og en sunnere livsstil.

Betydningen av å komme inn tidlig viser også Glavin et al. (2014), som fant at en høy vektstigning i 9- månedersalderen ser ut til å være en viktig faktor for overvekt i 8-årsalderen. Overvekt i 8-årsalderen ser også ut til å henge sammen med en høy KMI i 2-årsalderen. De viser til at risikoen for overvekt starter tidlig i barnets liv. Andre forskere har funnet at endringer i KMI i alderen 2- 6 år ser ut til å påvirke kardiometabolsk risiko i voksen alder (de Kroon, Renders, Wouwe, van Buuren & Hirasings, 2010).

På bakgrunn av dette ser vekten hos relativt små barn ut til å ha noe å si for barnets helse videre i livet. Helseesykepleiers arbeid med å identifisere overvekten og igangsette tiltak tidlig, vil derfor være viktig for barnets helse. Av hensyn til å komme tidlig inn, har jeg derfor valgt å ha fokus på foreldre til barn i helsestasjonsalder, altså 0-5 år.

1.1.4 Helseesykepleiers tilnærming i møtet

Selv om overvekt kan være vanskelig å snakke om, hevder Øen (2016) at «kommunikasjon er veien til god hjelpekunst» (s. 486). Hun viser til at hjelperen må respektere den andre og lytte til hans erfaringer. Empati, forståelse og omtanke trekker hun frem som viktige elementer i tilnærmingen. At hjelperen viser at hun virkelig *ønsker* å hjelpe er vesentlig, og i den første fasen er det viktig å ha fokus på å bygge en god relasjon med familien, ifølge Øen (2012). Tilnærmingen bør være respektfull og ydmyk, da overvekt betegnes som et sårt tema for de fleste det gjelder (Helsedirektoratet, 2010, s.39). Når helseesykepleier skal gi opplysninger om barnets vekstutvikling er det vesentlig at dette gjøres på en hensynsfull måte, og at hun tilpasser seg mottakeren (Helsedirektoratet, 2019).

Helsedirektoratet (2010) viser også til betydningen av at helsepersonell tar utgangspunkt i brukerens tanker og behov i samtalen. Noe som er i tråd med det Harder, Andersson & Golsäter (2019) fant om at helseesykepleiers sensitivitet og evne til å lytte til hva foreldrene sa om vaner rundt kosthold og aktivitet i familien, var viktig i møter med foreldre til overvektige barn. De viser til at å etablere en dialog, tilpasset de enkelte foreldrene, var viktig. Samt å inkludere foreldrene som aktive deltakere i samtalen, og være lydhøre og sensitive for foreldrenes tanker og bekymringer. Betydningen av at den

profesjonelle var bevisst på foreldrenes syn og erfaringer i slike samtaler, fant også Mikhailovich & Morrison (2007).

Funn fra Edvardsson, Edvardsson & Hörnsten (2009) viser at helsesykepleiere erfarte det som vesentlig å trå forsiktig i måten de tok opp temaet og valgte ord, når de kommuniserte med foreldrene om barnets overvekt. Viktigheten av å tilnærme seg forsiktig overfor foreldrene, fant også Sjunnestrand, Nordin, Eli, Nowicka & Ek (2019). Blant annet gjennom å åpne samtalen med åpne spørsmål, bruke vekstkurvene sammen med foreldrene, samt å tilpasse samtalen etter foreldrenes reaksjoner. Regber, Mårild & Johansson Hanse (2013) viser også til at bruk av vekstkurvene var en god måte å kommunisere og å etablere en dialog med foreldrene på.

Bradbury et al. (2018) hevder at å ha en ikke-dømmende holdning i samtaler med foreldre om barnets overvekt var viktig, samt å bruke andre ord enn «overvektig» når en betegnet barnets vekt. Funn fra Støles, Glavin & Groven (2019) viser at helsesykepleiere utøvet *omsorg* i måten de brukte faglig skjønn på, ved å forsøke å sette seg inn i foreldrenes og barnets situasjon i samtalen. De fant at det å møte foreldrene «der de var», samt bruke ord som foreldrene kjenner seg igjen i, var vesentlig. Mikhailovich & Morrison (2007) hevder at helsepersonell kan lette samtaler med foreldre om vanskelige tema gjennom å vise omtanke, empati og emosjonell støtte. De peker på å skape et miljø preget av støtte og partnerskap med familien, som viktig i tidlige møter hvor overvekt hos barn tas opp. Og at dette var viktig for det videre arbeidet med familien.

Edvardsson et al. (2009) fant at en sterk relasjon fra tidligere, og opparbeidelse av tillit mellom helsesykepleier og foreldre, var viktig i samtaler om overvekt hos barnet. Dette er i likhet med Sjunnestrand et al. (2019) som viser til at tillit var en viktig faktor som lettet samtaler om barnets overvekt.

Helseth (2007a) skriver at å etablere et samarbeid og oppnå tillit, er betydningsfullt i etableringsfasen i møter med foreldrene på helsestasjonen. Dette kan gjøres blant annet gjennom å ta forelderens problem på alvor og vise at de er engasjerte, samt vise innlevelse og respekt overfor dem. Hun viser også til helsesykepleiers fagkompetanse som vesentlig i etableringsfasen. At helsesykepleier må vise sin kunnskap om helse og utvikling hos barnet, for å oppnå tillit, kommer frem i Harder et al. (2019). Mikhailovich & Morrison (2007) viser til liknende funn hvor helsepersonellens kunnskap, at de er selvsikre i det profesjonelle arbeidet, trekkes frem som viktig i

samtaler om barnets overvekt med foreldre. Å være tydelig og profesjonell i rollen, viser også Edvardsson et al. (2009) til som betydningsfullt i slike samtaler.

På bakgrunn av dette ser måten helsesykepleiere tar opp og tilnærmer seg barnets overvektproblematikk ut til å være betydningsfull.

1.1.5 Overvekt som et utfordrende tema

Tidligere forskning viser at det kan oppleves vanskelig for helsesykepleiere å ta opp barnets overvekt med foreldre, og at foreldre kan oppleve dette som et vanskelig tema å snakke om (Edvardsson et al., 2009; Toftemo, Glavin & Lagerløv, 2013).

Helsesykepleiere beskriver barnets overvekt som et sensitivt tema å diskutere med foreldrene (Edvardsson et al., 2009; Isma, Bramhagen, Ahlstrom, Östman & Dykes, 2012; Regber et al., 2013; Sjunnestrand et al., 2019). Helsesykepleierne i Edvardsson et al. (2009) følte seg utilpass og var redde for å fornærme eller «miste foreldrene» ved å gi beskjeden om barnets overvekt. De opplevde følelsesmessige reaksjoner fra foreldre, slik som forsvar, benektelse og unnskyldninger som utfordrende. Samt forklaringer på barnets vekt slik som at de hadde «valpefett», at vekten var genetisk eller at de ville vokse det av seg. Isma et al. (2012) fant også at det opplevdes utfordrende for helsesykepleiere at foreldre ikke anså overvekten til barna som et problem. Foreldrenes reaksjoner på beskjeden om at barnet var overvektig kan, ifølge dem, oppleves som en barriere for helsesykepleierne i samtalen. Regber et al. (2013) viser til at helsesykepleiere opplevde det som å beskyldte foreldrene for å gjøre en dårlig foreldrejobb, ved å påpeke barnets overvekt. Sjunnestrand et al. (2019) skriver også at mange helsesykepleiere opplevde det ukomfortabelt å diskutere overvekten med foreldre, blant annet grunnet frykt for å fornærme dem.

At temaet kan være ekstra vanskelig å ta opp med overvektige foreldre fremkommer i flere av forskningsartiklene. Det begrunnes med at det kan oppleves som en indirekte kritikk av foreldrenes måte å leve på, og at temaet kan oppleves sårere for dem (Edvardsson et al., 2009; Isma et al., 2012; Regber et al., 2013; Sjunnestrand et al., 2019).

1.1.6 Litteratursøk og behov for videre forskning

For å finne forskningsartikler gjorde jeg søk i databaser, blant annet Cinahl og Medline, hvor jeg kombinerte relevante søkeord for mine forskningsspørsmål (se vedlegg 4).

Artiklene er fra ulike land, hvor betegnelsen for sykepleiere som arbeider forebyggende og helsefremmende med små barns helse, er noe ulik. Jeg velger å inkludere artiklene, da konteksten som er beskrevet gjør dem relevante for min studie, og jeg betegner sykepleierne fra disse studiene som helsesykepleiere.

Jeg fant relativt lite forskning som ser på helsesykepleieres erfaring i møte med foreldre til overvektige barn fra 0-5 år. Støles et al. (2019) var den eneste norske artikkelen som omhandlet helsesykepleiers erfaring i møter med foreldre, hvor overvekt hos barnet i helsestasjonsalder (samt skolealder) var tema. Hva helsesykepleiere erfarer som viktig i «det første møtet» med foreldrene, og hvilke utfordringer det første møtet byr på, later ikke til å være beskrevet i tidligere forskning, ut fra hva jeg har funnet. I «vedlegg 4» er en oversikt over de artiklene som fremsto som mest relevante for min studie.

Edvardsson et al. (2009) viser til at studier rundt kommunikasjon om barnets overvektsproblematikk mellom helsesykepleiere og foreldre mangler, og etterlyser studier som kan se på hvordan forstå og tilnærme seg foreldre på en bedre måte. Harder et al. (2019) peker på at forskning på helsesykepleiers praksis i møter med foreldre til overvektige barn er utilstrekkelig, og Sjunnestrand et al. (2019) hevder at forskning på helsesykepleieres oppfatning av deres rolle i arbeid med barn med overvekt og fedme, er mangelfull.

1.1.7 Avhandlingens oppbygning

I kapittel 1 blir bakgrunnen for valg av tema, tidligere forskning og relevant litteratur for å sette studien inn i en sammenheng, presentert. Her kommer også studiens hensikt og problemstilling frem. I kapittel 2 presenteres studiens teoretiske referanseramme. I kapittel 3 presenteres studiens design, begrunnelse for valg av kvalitativ metode, forforståelse, utvalg, rekruttering, datainnsamling, analyse, samt gjennomgang av studiens troverdighet og etiske overveielser. I kapittel 4 presenteres funn og i kapittel 5 diskuteres funnene, etterfulgt av metodeoverveielser. I kapittel 6 trekkes det en konklusjon og implikasjoner av studien presenteres.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om hva helsesykepleiere erfarer som viktig i det første møtet der barn fra 0-5 år sin overvekt tas opp med foreldrene på helsestasjonen, samt hvilke utfordringer helsesykepleierne møter i det første møtet. Slik

kunnskap kan bidra til at helsesykepleiere ser betydningen av å tilrettelegge for et godt første møte.

Studiens problemstilling:

Hvilke erfaringer har helsesykepleiere i det første møtet med foreldre til barn fra 0-5 år på helsestasjonen, hvor barnets overvekt tas opp på bakgrunn av rutinemessig veiing og måling av barnet?

Med tilhørende forskningsspørsmål:

- *Hva erfarer helsesykepleierne som viktig i det første møtet med foreldrene til barn fra 0-5 år hvor barnets overvekt tas opp?*
- *Hvilke utfordringer møter de i det første møtet?*

2 Teori

I dette kapittelet vil jeg presentere ulike teorier og begreper som er relevante som rammeverk for min studie. Teorier og begreper om helsefremming, brukermedvirkning, samarbeid med foreldre, «opplevelse av sammenheng» (OAS), veiledning, relasjon, dialog, samt sosial støtte, vil presenteres for å belyse mine forskningsspørsmål.

2.1 Helsefremmende arbeid

Helsefremming kan defineres som: «prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse» (Mæland, 2016, s.77). Helsefremming er en viktig del av helsesykepleiers arbeid (Helsedirektoratet, 2019) (jf. Kap. 1). Innenfor helsefremming er målet, ifølge Mæland (2016) at den profesjonelle bidrar til å styrke brukerens helse gjennom aktivering av brukeren selv. Brukeren skal gjøres i stand til å kunne mestre det som er viktig for å kunne ha en god helse.

Et sentralt overordnet begrep innenfor helsefremming er «empowerment» (eller «myndiggjøring») som innebærer at folk skal ha kontroll og styring over sitt liv og sin situasjon. Målet er å gi brukeren mer makt til *selv* å bestemme over det som angår ham. Viktige prinsipper i empowermenttenkningen er å anerkjenne brukerens kompetanse, omfordele makten mellom partene, samt brukerens medvirkning (Tveiten, 2016). Helsesykepleier skal dermed ruste opp brukeren slik at han selv blir i stand til å ta valg som er bra for sin helse, og det er brukeren som ansees som eksperten på sitt liv (Tveiten, 2007). Overført til helsesykepleiers arbeid med foreldre til barn fra 0-5 år, vil det bety å ruste opp foreldrene til å ta gode valg som gjelder barnets helse.

Brukermedvirkning står helt sentralt i det helsefremmende arbeidet, hvor samarbeid og likeverd mellom partene er svært viktig (Tveiten, 2016). Tveiten (2016) viser til at i relasjoner mellom helsepersonell og bruker, må en være oppmerksom på den maktubalansen som kan oppstå dersom helsepersonell ikke anerkjenner brukeren. Hun understeker at det må være en samhandling mellom dem hvor begge er *likestilte*.

Brukermedvirkning er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1), og er viktig i helsesykepleiers arbeid overfor foreldre og barn i helsestasjonen (Helsedirektoratet, 2019). Helsesykepleier skal sørge for at foreldre og barn får en reell

innflytelse på tjenesten, og at de blir hørt i saker som angår dem (Helsedirektoratet, 2019). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har brukerne også rett på tilpasset informasjon om tjenesten. Helsepersonellens (eller helsesykepleiers) oppgave er å bidra til at brukeren kan medvirke, samt å sikre at brukerne får tilstrekkelig informasjon til å kunne medvirke (Tveiten, 2016).

2.1.1 Samarbeid med foreldre

I det helsefremmende arbeidet overfor små barn med overvekt, er det viktig at helsesykepleier jobber med samarbeidet med deres foreldre. Dette fordi foreldrene tilrettelegger kosthold og fysisk aktivitet i familien, og derfor har stor innvirkning på barnets vektutvikling (Øen, 2016).

Samarbeid med brukeren er også viktig for å sikre deres rett til medvirkning, og det står i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) at «tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker» (§ 3.1). Glaser (2018) skriver blant annet at et samarbeid innebærer et likeverdig forhold mellom mennesker som har respekt for hverandres kunnskaper, og som arbeider mot samme mål. Hun viser til foreldresamarbeid som «samarbeid mot felles mål for barnets beste» (Glaser, 2018, s. 67). Drugli & Onsøyen (2010) hevder at samtale er en metode som brukes for å fremme et godt foreldresamarbeid.

2.1.2 Opplevelse av sammenheng

Mæland (2016) viser til Antonovskys begrep «sense of coherence», eller på norsk «opplevelse av sammenheng», som en viktig faktor for å fremme helse. Sentralt i Antonovskys (2012) tenkning er hans «salutogene» tilnærming til helse. Hvor han har fokus på hva som gjør at folk har god helse, istedenfor hva som gjør at folk blir syke, som i patologien. Han anser helsen som en plassering på et kontinuum mellom syk og frisk, og fokuserer på hva som bidrar til at en beveger seg mot «helseenden» av kontinuumet. Antonovsky (2012) betegner generelle motstandsressurser mot stress som viktige faktorer for at folk flytter seg mot helseenden, hvor han trekker frem blant annet sosial støtte, egoidentitet og kunnskap. Han beskriver begrepet OAS som en samlebetegnelse for de viktige aspektene ved motstandsressursene. For å oppnå opplevelse av sammenheng må personen se situasjonen som «begripelig», «håndterbar» og «meningsfull», til tross for stress og påkjenninger. Begripelighet beskrives som at personen kan klare å sette den stressende situasjonen inn i en forståelig sammenheng.

Håndterbarhet handler om at personen opplever å ha ressurser til å takle krav han stilles overfor. Meningsfullhet betegnes som den viktigste faktoren, som omhandler motivasjon for noe som føles verdifullt å engasjere seg i, eller at en finner mening i det (Antonovsky, 2012). Tveiten (2016, s.18) peker på at helsepersonell er ansvarlige for å bidra til at brukere kan forstå situasjonen sin, oppdage egne ressurser og se muligheter til å håndtere det de står overfor. Noe som trolig kan være relevant for helsesykepleieres arbeid med foreldre.

2.2 Veiledning

Veiledning er en metode som brukes av helsesykepleiere i deres tilnærming overfor foreldre på helsestasjonen (Helsedirektoratet, 2019). Tveiten (2016) viser til at veiledning kan defineres som «...en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (s.89).

Veiledning betegnes som et paraplybegrep som kan innebære å gi råd, informasjon, undervise m.m. (Tveiten, 2016). Målet er at brukeren gjøres oppmerksom på problemstillingen, samt får troa på seg selv og sine egne muligheter, ifølge Tveiten (2016, s.89). Hun beskriver veiledning som et «middel i empowermentprosessen», hvor brukeren skal få hjelp til *selv* å finne svar - det er ikke veileder som skal gi svarene. Målet med veiledningen er å styrke brukerens kompetanse til selv å mestre den situasjonen de er i, og det som påvirker deres helse. Veiledningen kan ifølge Tveiten (2007) innebære at brukeren får kunnskaper, holdninger og ferdigheter gjennom å reflektere, oppdage og lære.

Prinsippene i veiledningen er i tråd med anbefalinger fra retningslinjene for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge (Helsedirektoratet, 2010). De viser til at samtaler om barnets overvekt har som mål å få frem foreldrenes (og eventuelt barnets) tanker, erfaringer og behov, samt hjelpe dem med å se egne ressurser i prosessen mot endring av livsstil.

2.2.1 Relasjon

En relasjon kan beskrives som en forbindelse mellom personer- slik som helsearbeideres forbindelse til en bruker (Eide & Eide, 2007). Relasjonen er en viktig faktor i å legge til rette for at den andre blir veiledbar, og derfor viktig før en kan starte

veiledningen, ifølge Tveiten (2016). Relasjonen handler ifølge henne om det følelsesmessige i samspillet mellom helsearbeideren og brukeren, hvor likeverd mellom partene, respekt overfor hverandre, frivillighet og opparbeidelse av tillit er viktige faktorer.

Lindberg & Hvatum (2016) hevder at etablering av en tillitsfull relasjon med foreldrene er et svært viktig moment i helsesykepleieres arbeid med å støtte foreldrene. Det å møte brukeren «der han er» og «se ham» er viktig for å opparbeide tillit, noe som igjen har betydning for å danne et grunnlag for veiledningen, ifølge Tveiten (2016, s. 121). Tveiten (2016) hevder at relasjonen til brukeren bør være både «støttende, utfordrende og anerkjennende» (s. 92), og at hjelperen har ansvar for å legge til rette for dette.

Helsepersonells evne til å skape en god relasjon til brukeren vises til som spesielt viktig i forandringsveiledning, hvor relasjonen i seg selv hevdes å kunne påvirke resultatet av veiledningen (Eide & Eide, 2007, s.140). Øen (2012) peker på relasjonen mellom hjelper og foreldre som viktig i arbeidet med overvekt hos barn. At foreldrene opplever å bli tatt på alvor, vist respekt og omsorg, er også betydningsfullt ifølge henne. Helseth (2007a, s.212) hevder at i etableringsfasen i møtene mellom helsesykepleier og foreldrene, er tillit, kontakt og forholdet mellom partene betydningsfullt.

2.2.2 Dialog

I veiledningen er dialogen svært viktig, og den skal ta utgangspunkt i «brukerens opplevelser, erfaringer, forståelse og behov» (Tveiten, 2016, s.93). Dialog betegnes som en samtale mellom to eller flere personer, med viktige kvaliteter som å lytte til den andre, være åpen for den andres perspektiv, at det er symmetri mellom partene og at partene har vilje til å skifte standpunkt. Målet er å oppnå en felles forståelse gjennom en samtale, uten å overtale, og selv om rollene til de involverte er forskjellige, bør begge partene være *likeverdige* (Tveiten, 2016). Slik det kan tilstrebes i dialogen mellom helsesykepleier og foreldre.

Åpne spørsmål er karakteristisk for dialogen, hvor en åpner opp for at brukeren selv skal finne svar (Tveiten, 2016). Når det kommer til samtaler om overvekt, er det viktig at helsesykepleier har en åpen holdning og en spørrende tilnærming, preget av respekt overfor foreldrene. Samtalen bør ta utgangspunkt i brukernes situasjon og behov, ifølge Helsedirektoratet (2010), noe som også kan knyttes til brukermedvirkning. Eide & Eide (2007, s.23) viser til at gjennom aktiv lytting nonverbalt og verbalt kan hjelperen vise at

hun er oppmerksom, og slik forsøker å forstå den andres perspektiv og oppnå en felles forståelse.

Det å snakke om barnet kan være et følsomt tema for foreldrene. Det krever derfor sensitivitet fra den profesjonelle - det er hjelperen som har hovedansvaret for å tilrettelegge for at dialogen preges av åpenhet og legger grunnlag for opparbeidelse av tillit (Drugli & Onsøyen, 2010).

2.3 Sosial støtte

En viktig del av helsesykepleiers arbeid er å støtte foreldrene i mestring av foreldrerollen (Helsedirektoratet, 2019). Støtte er viktig i helsearbeideres arbeid med klienter, og spesielt viktig i vanskelige eller belastende situasjoner, ifølge Aamodt (2014). Øen (2012) understreker at det å få beskjeden om at barnet er overvektig er vanskelig for mange foreldre, og at en støttende relasjon mellom foreldre og hjelper derfor er en viktig faktor i endringsarbeidet.

Sosial støtte kan defineres som «information from others that one is loved and cared for, esteemed and valued, and part of a network of communication and mutual obligations» (Taylor, 2012, s.180). Det innebærer altså informasjon en får fra andre som viser at en er elsket, at andre bryr seg om en, at en er verdsatt og at en tilhører et nettverk med gjensidige forpliktelser. Støtten kan komme fra ulike kilder som nære venner, familie og andre relasjoner. Sosial støtte beskrives som en betydningsfull ressurs for å dempe påvirkningen av stress, samt hjelpe folk til å mestre stressende hendelser (Taylor, 2012, s.180). House (1981) beskriver fire ulike former for sosial støtte; emosjonell, instrumentell, informasjonsstøtte og vurderingsstøtte.

Emosjonell støtte beskrives som den viktigste av dem og innebærer blant annet å formidle empati, omtanke og tillit til den andre, samt å lytte og vise omsorg. Å formidle informasjon som gjør at den andre opplever seg selv som verdsatt og respektert, som videre kan påvirke hvordan han ser på seg selv, er et vesentlig aspekt ved emosjonell støtte. Denne formen for støtte innebærer en følelsesmessig innlevelse i formidlingen til den andre, noe som skiller seg fra de andre formene (House, 1981). Vurderingsstøtte kan innebære å gi tilbakemelding som kan støtte opp under den andres selvfølelse, og påvirke hvordan han anser seg selv, slik som ved å fortelle at han gjøre en god jobb. Det innebærer likevel ikke den affektive innlevelsen som emosjonell støtte gjør ifølge

House (1981, s.25). Han hevder at sosial støtte kan virke helsefremmende gjennom å redusere opplevelsen av stress.

3 Metode

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for studiens design, mitt valg av kvalitativ metode, samt min forforståelse, utvalg, rekruttering, datainnsamling og analyse. I tillegg vil jeg gjøre rede for studiens validitet, reliabilitet og overførbarhet, samt etiske overveielser.

3.1 Forskningsdesign

Studien har et deskriptivt, kvalitativt design, som anvender individuelle semistrukturerte intervjuer i datasamlingen. I et deskriptivt design er det viktig å få frem nyanserte beskrivelser av hvordan personer opplever, føler og handler rundt det tema som undersøkes. Designet er preget av struktur, men åpner også opp for fleksibilitet (jf. 3.5.2), noe som kan være en fordel for å dekke relevante tema for problemstillingen, samtidig som en fleksibilitet og åpenhet kan bidra til at informantene får utale seg mer fritt (Kvale & Brinkmann, 2015; Thagaard, 2018). Semistrukturerte kvalitative intervjuer ble brukt for å beskrive helsesykepleiernes subjektive erfaringer om det første møtet, og for å identifisere mulige ideer for praksis og videre forskning. Intervjuene ble gjennomført i perioden fra 01.09.2019-01.11.2019.

3.2 Valg av kvalitativ metode

Innenfor helseforskning kan en skille mellom to ulike metoder – kvalitative og kvantitative (Thagaard, 2018). De bygger på to ulike kunnskapssyn, hvor kvalitative metoder har sitt opphav i fenomenologi og humanistisk vitenskap, mens kvantitative metoder har sitt utspring i positivismen og naturvitenskapen (Malterud, 2017; Thornquist, 2003). Kvalitative metoder har til hensikt å få en dypere forståelse av sosiale fenomener, og få frem mening gjennom mye kunnskap om få enheter. Metoden preges av fleksibilitet og sensitivitet for det som studeres (Thagaard, 2018). En grunnforståelse er at verden kan oppfattes ulikt ut fra forskerens forforståelse (Malterud, 2017). Kvantitative studier forholder seg derimot i større grad til objektive fakta, og en tanke om at verden kan observeres og måles, for å trekke logiske slutninger (Malterud, 2017). Metoden er mer preget av struktur, større utvalg og større distanse til det som studeres (Thagaard, 2018).

Hvilken metode en bør velge bør avgjøres ut fra formålet med undersøkelsen, ifølge Kvale & Brinkmann (2015, s.140). Jeg valgte kvalitativt intervju som metode, da dette beskrives som en egnet metode når en vil ha tak i hvordan personer opplever seg selv og sine omgivelser, samt for å få innsikt i deres erfaringer, tanker og følelser (Thagaard, 2018). I min studie ønsket jeg nettopp å få kunnskap om helsesykepleieres erfaringer med utgangspunkt i det første møtet med foreldre i helsestasjon.

3.3 Min forforståelse

Et viktig moment i kvalitativ forskning, er forskerens påvirkning på prosessen og resultatet. Min forforståelse vil uunngåelig prege alt fra valg av tema, utforming av spørsmål, intervjusituasjonen, samt forståelsen og tolkningen av dataene. Derfor er denne viktig å gjøre rede for (Thagaard, 2018, s.37).

Selv har jeg ingen erfaring med arbeid som helsesykepleier, annet enn som student i praksis. Min arbeidserfaring er som sykepleier i kommunehelsetjenesten, hvor jeg har jobbet med voksne siden jeg ble ferdig utdannet som sykepleier i 2016. Overvekt og livsstil er noe som har interessert meg lenge. Temaet overvekt hos barn vekket for alvor min interesse i praksis, da jeg fikk være med i samtaler med foreldre som omhandlet dette. Jeg opplevde det både spennende og utfordrende, da det er et viktig tema å ta opp, men kan vekke vanskelige følelser hos de det gjelder. Dette ga meg inspirasjon og motivasjon til å se nærmere på tematikken.

Et bevisst forhold til egen forforståelse er viktig for å hindre at den har negativ innvirkning på forskningsprosjektet og gyldigheten av resultatet (Malterud, 2017). Mine antakelser er at dette er et område som krever klokskap i hvordan tilnærme seg foreldrene på en god måte, og at måten helsesykepleier *er* i møtet har noe å si for hvordan foreldrene opplever det. Selv om jeg ikke har noen tilknytning til feltet og noe større erfaringsgrunnlag selv, vil disse antakelsene kunne ha påvirket prosessen.

Kunnskapen i intervjuet skapes mellom intervjuer og intervjuperson, og preges av intervjuerens ferdigheter og kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015). Rollen som intervjuer og metode for bearbeiding av funn har jeg ikke erfaringer med, ut over bachelorprosjektet på sykepleiestudiet. Dette kan ha påvirket måten jeg har formulert spørsmål, måten spørsmålene er stilt, og hvordan jeg har utført analyse og tolkning av funnene. Hvilke spørsmål jeg anså som relevante påvirkes nok av min manglende erfaring og kunnskap på området. Måten funnene er systematisert og tolket, likeså. Før

intervjuprosessen satte jeg meg derfor inn i relevant teori og forskning rundt tematikken, samt metodelitteratur for å få økt kunnskap. Det er også viktig å være bevisst på at teorien en har valgt kan påvirke forskningsprosessen og resultatet av den (Malterud, 2017).

3.4 Utvalg og rekruttering

3.4.1 Utvalg

Utvalget mitt består av 5 helsesykepleiere med erfaring fra arbeid i helsestasjon. Samtlige er kvinner mellom 30 - 65 år, og ansienniteten varierer fra 0,5 år til 15 år. De jobber alle i forskjellige kommuner av ulik størrelse, i Sør- Norge.

For å belyse min problemstilling var jeg avhengig av å komme i kontakt med helsesykepleiere som oppfylte inklusjonskriteriene for studien. Inklusjonskriteriene var at de var utdannet helsesykepleiere, og hadde erfaring fra arbeid i helsestasjon med overvektige barn fra 0-5 år og deres foreldre, i minimum 0,5 år (se vedlegg 2). Bakgrunnen for dette var at de skulle ha et erfaringsgrunnlag å ta utgangspunkt i under intervjuene. Når en velger de personene som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er relevante for problemstillingen, betegnes det som en strategisk utvelgelse (Thagaard, 2018, s.54).

3.4.2 Fremgangsmåte ved rekruttering

For å komme i kontakt med aktuelle helsesykepleiere, sendte jeg forespørsel om deltakelse i prosjektet (se vedlegg 2) til ledere på 9 helsestasjoner i ulike kommuner i Sør- Norge. Skrivet ble utarbeidet etter mal fra Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Lederne ble bedt om å videreformidle dette til aktuelle helsesykepleiere, og informere om at de som var interesserte kunne kontakte undertegnede eller veileder direkte. En slik formell henvendelse kan ifølge Thagaard (2018) være nyttig, da de som ønsker å delta i prosjektet selv kan kontakte forskeren. Hensikten med å overlate formidlingen til ledere, var også at det kunne være gunstig for å få en viss variasjon av informanter, og at jeg ikke selv valgte ut helsesykepleierne direkte (Thagaard, 2018, s.56). Lederne hadde trolig god oversikt over helsesykepleierne og deres erfaring.

Det tok lang tid å få respons fra informanter, noe som vises til som en utfordring med en formell henvendelse (Thagaard, 2018, s.56). Jeg valgte derfor å ringe lederne, og spurte om de hadde mottatt mailen og videreformidlet denne til sine ansatte. Etter flere uker hadde jeg 5 informanter som ønsket å delta.

3.5 Datainnsamling

3.5.1 Utarbeidelse av intervjuguide og utførelse av pilotintervju

Med bakgrunn i studiens problemstilling og forskningsspørsmål, samt tidligere forskning og teori, utarbeidet jeg en intervjuguide (se vedlegg 1) som basis for de semistrukturerte intervjuene.

Intervjuguiden besto av 4 hovedspørsmål med tilhørende oppfølgingsspørsmål rundt viktige tema for å besvare problemstillingen. Blant annet ble hva helsesykepleierne opplevde som viktig for et godt første møte, samt opplevelser av utfordringer tatt opp. Da jeg lagde spørsmålene, tok jeg utgangspunkt i råd fra metodelitteraturen hvor jeg hadde fokus på å lage korte og enkle spørsmål, for at de skulle være lett å forstå. Jeg startet med et åpent spørsmål om opplevelser fra et «første møte», hvor de kunne fortelle fritt, gjerne med utgangspunkt i en konkret situasjon. Ved å formulere spørsmål som er enkle å forstå, og som kan knyttes til intervjupersonens konkrete erfaringer, kan det bidra til å skape en god samtale med utdypende svar (Kvale & Brinkmann, 2015). Spørsmål rundt en konkret situasjon kan ifølge Kvale & Brinkmann (2015) være nyttig for å hjelpe intervjupersonen å huske tilbake og beskrive sine opplevelser. Hensikten med bruk av åpne spørsmål var å få frem deres beskrivelser, hvor de selv kunne vektlegge det de anså som viktig. Selv om det er uunngåelig at forskeren påvirker resultatene, er målet at informantene skal få fortelle så fritt som mulig, noe som kan oppnås gjennom bruk av åpne spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015).

I forkant av intervjuene, utførte jeg et pilotintervju for å teste ut rollen som intervjuer, intervjuguiden, bruk av lydopptaker, samt transkribering i etterkant. Dette bidro til større opplevelse av trygghet i det neste intervjuet. Spørsmålene fungerte greit, og intervjuguiden ble derfor beholdt, med små endringer som å gjøre spørsmålene enklere språkmessig og legge til oppfølgingsspørsmål. Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) er intervju et håndverk som må læres, gjerne gjennom å utføre deler av prosessen på forhånd.

3.5.2 Gjennomføring av intervjuene

Da jeg skulle møte informantene, ønsket jeg å imøtekomme dem på når og hvor det passet at intervjuet skulle gjennomføres, noe som er i tråd med anbefalinger fra Kvale & Brinkmann (2015). Samtlige intervju ble gjennomført på deres kontor. Før intervjuet startet, informerte jeg om hensikten med studien, lydopptak, samtykke og konfidensialitet, samt åpnet for spørsmål (jf. 3.8).

Intervjuguiden ble brukt som støtte for å sikre at alle informantene kom innom viktige temaer for problemstillingen. Strukturen på spørsmålene var likevel fleksibel og fulgte flyten i samtalen. Jeg stilte oppfølgingsspørsmål underveis for å oppfordre til nærmere beskrivelser, både spontane og noen som var laget på forhånd. Et semistruert intervju er «verken en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). At strukturen og spørsmålene er fleksible, bidrar til at de kan tilpasses etter hva intervjupersonen forteller, og at de slik får mulighet til å utdype sine erfaringer (Thagaard, 2018).

Lydopptaker ble brukt for å ta opp intervjuene, slik at jeg i ettertid kunne gjengi helsesykepleiernes erfaringer, og unngå at noe ble glemt. Lydkvaliteten opplevdes som god, og jeg hørte tydelig hva som ble sagt da jeg skulle transkribere. At lyden ble tatt opp, gjorde også at jeg kunne være konsentrert om å være tilstede i intervjuet. Jeg kunne lytte aktivt og være oppmerksom på informantene for å skape en god kontakt, noe som også er i tråd med anbefalinger i Kvale & Brinkmann (2015).

Samtlige intervjusamtaler opplevde jeg at fløt greit, og at vi fikk god kontakt i samtalen. Vi startet med litt småsnakk om deres arbeidserfaring, og mange kom inn på aktualiteten av temaet for prosjektet. Å opparbeide en kontakt med intervjupersonen i starten, hvor en viser interesse og respekt, er viktig for intervjuprosessen (Thagaard, 2018, s.101). Under intervjuene tilstrebet jeg å forholde meg åpent og lyttende til svarene fra intervjupersonene. Dette viser Thagaard (2018) til som viktig, slik at min forforståelse ikke påvirket dem i for stor grad. Jeg noterte inntrykk rett etter intervjuene, for å bevare et helhetsinntrykk fra samtalen, noe Kvale & Brinkmanns (2015) anbefaler. Intervjuene varierte i lengde, fra ca. 35- 45 minutter.

3.6 Kvalitativ innholdsanalyse

For å analysere dataene, valgte jeg å bruke kvalitativ innholdsanalyse. Metoden er noe omdiskutert innenfor kvalitativ forskning, blant annet grunnet sitt positivistiske opphav. Den er derimot endret over tid, og hevdes å være sensitiv for subjekt og kontekst, samt egnet for å se på likheter og forskjeller innad i dataene. Innholdsanalyse beskrives som systematisk, innholdssensitiv og fleksibel, samt godt egnet til å identifisere meningsinnhold (Elo & Kyngäs, 2008; Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017).

Jeg valgte Graneheim & Lundmans (2004) beskrivelse av innholdsanalyse som inspirasjon for analysen, da deres fremgangsmåte fremsto pragmatisk og oversiktlig. Metoden gir mulighet for å analysere både manifest (åpenbar, tydelig) og latent (underliggende) mening, ved å danne kategorier og tema ut fra teksten (Graneheim & Lundman, 2004). Den opplevdes som nyttig når jeg skulle se nærmere på helsesykepleiernes erfaringer, og for å få et tydelig bilde av likheter og forskjeller.

3.6.1 Analyseprosessen

Å gjøre seg kjent med materialet er en viktig del av analysen. Jeg har selv utført intervjuene, og er derfor godt kjent med innholdet. Jeg hørte gjennom lydopptakene i sin helhet samme dag for å danne meg et helhetsinntrykk, for så å transkribere dem. Jeg skrev ned ord for ord av det som ble sagt, men av hensyn til anonymitet og leservennlighet ble bokmål brukt istedenfor dialekt. Jeg kontrollerte at lydfilen og transkripsjonen stemte overens. Til slutt satt jeg igjen med 59 sider fordelt på 5 tekster, som ble mine «analyseenheter» (Graneheim & Lundman, 2004; Kvale & Brinkmann, 2015).

Med problemstillingen klart for meg, leste jeg gjennom transkripsjonene flere ganger for å danne meg et helhetsbilde av meningen i det informantene hadde fortalt meg. Underveis kunne jeg se utsagn som liknet hverandre og andre som var ulike hverandre. Jeg markerte «meningsbærende enheter», altså avsnitt i teksten som inneholdt noe som var relevant for problemstillingen. Disse meningsbærende enhetene satte jeg inn i en tabell for hver av analyseenheterne (se tabell 1). Videre bearbeidet jeg dem til «kondenserte meningsenheter», som vil si at jeg kortet ned antall ord, men beholdt hovedbudskapet i teksten. Dette bidro til å gjøre teksten mer oversiktlig med tanke på analysen. Deretter lagde jeg «koder» som representerte det overordnede meningsinnholdet i de meningsbærende enhetene, en «abstrahering» av meningen. I

hele prosessen tok jeg helheten i betraktning, for å ikke gå glipp av viktig meningsinnhold.

Tabell 1: Eksempel på analyseprosessen

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsinnhold	Kode	Undertema	Tema
Jeg synes at kurvene har vært en grei innfallsport til å snakke om vekstutviklingen. Jeg pleier å vise foreldrene kurvene slik at de får noe konkret å se på.	Kurven er en grei innfallsport for samtale om vekstutvikling. Kurven er konkret.	Kurven som hjelpemiddel	Å anvende vekstkurvene som et konkret redskap i samtalen	Å legge til rette for et godt samarbeid med foreldrene
Det er for mange et følsomt tema. For de fleste foreldre er stolte av at barna deres er litt «robuste», og så kan det oppfattes som kritikk når en sier at «barnet ditt er overvektig».	Er for mange et følsomt tema å få påpekt at barnet er overvektig. Foreldrene er ofte stolte, og det kan oppfattes som kritikk.	Sårt tema	Overvekt - et sårt tema for foreldrene	Overvekt som et utfordrende tema i første møtet

Jeg sorterte de kodede enhetene ut fra meningsinnhold, og samlet de som hadde likheter i felles dokumenter for alle 5 intervjuene. Det ble da 9 ulike dokumenter med flere underkategorier og kategorier. Jeg jobbet lenge med å plassere og sortere kategoriene, for å få en god sammenheng. Flere av kategoriene ble til slutt slått sammen til det jeg kaller «undertemaer». Jeg satt da igjen med 11 undertemaer. Innad i undertemaene skal innholdet være likt, men forskjellige fra andre undertemaer (Graneheim & Lundman, 2004). Undertemaene ble bearbeidet over tid og ble til slutt redusert til 8 undertemaer, som la grunnlaget for 3 hovedtemaer som representerer den latente meningen (se tabell 2). I min analyse har jeg gjennom kategoriseringen forholdt meg mest til den manifeste meningen, for så å tolke den latente meningen under tematiseringen (Graneheim & Lundman, 2004).

3.7 Studiens validitet, reliabilitet og overførbarhet

Troverdigheten av forskningen er viktig å vurdere, noe som kan gjøres gjennom å vurdere studiens reliabilitet, validitet og overførbarhet (Thagaard, 2018). Hvorvidt reliabilitet, validitet og overførbarhet er egnede til å vurdere troverdigheten av kvalitativ forskning er omdiskutert, ifølge Kvale & Brinkmann (2015). De viser likevel til at begrepene kan brukes i kvalitativ forskning, selv om de tidligere ble brukt i kvantitativ forskning. I min oppgave har jeg valgt å anvende disse begrepene i vurderingen av studiens troverdighet.

3.7.1 Validitet

Validitet omhandler studiens gyldighet og må vurderes i alle ledd i forskningsprosessen. Det innebærer også vurdering av om metoden var egnet til det som var hensikten å undersøke, og om en undersøker det som var tiltenkt. Validiteten handler om at forskeren har et kritisk syn på egne fortolkninger, og ikke lar sin forforståelse overskygge resultatene (Kvale & Brinkmann, 2015).

I arbeidet med problemstillingen og forskningsspørsmål jobbet jeg med å sette meg inn i teori på området, retningslinjer for helsesykepleiere og tidligere forskning. Jeg gjorde søk i ulike databaser, tok kontakt med personer som har mye kunnskap på området, fikk veiledning fra min veileder og innspill fra medstudenter og deres veiledere på masterseminarer (jf. Kap.1). Det at jeg ikke har erfaring i arbeid som helsesykepleier ut over studiet, kan ha påvirket studiens gyldighet, siden jeg ikke har inngående kunnskap og erfaring rundt deres arbeid og utfordringer (jf. 3.3). Erfaring og tilknytning til feltet en studerer kan likevel *både* by på utfordringer og fordeler, ifølge Thagaard (2018). Min naivitet kan muligens også ansees som en styrke, ved at jeg i mindre grad er farget av tidligere erfaringer og faglig ståsted, noe som kan bidra til en større åpenhet (Thagaard, 2018, s.190).

Intervju ble valgt som metode på bakgrunn av at dette er en egnet metode, blant annet for å få kunnskap om informantenes erfaringer. Et semistrukturert intervju med en intervjuguide bestående av åpne spørsmål ble anvendt (Thagaard, 2018). Jeg opplevde selv at det fremkom rike beskrivelser av helsesykepleiernes erfaringer. Det kan tenkes å styrke gyldigheten at metoden ga utfyllende svar på problemstillingen, samt ved at spørsmålene i intervjuene ga informantene mulighet til å fortelle om det som de mente var viktig å få frem knyttet til problemstillingen. Dersom jeg var usikker på om jeg

hadde oppfattet svarene korrekt, stilte jeg spørsmål om dette, noe som er med å styrke validiteten. At jeg valgte å bruke lydopptaker for å kunne være mer tilstede i intervjuene og ikke gå glipp av mening i helsesykepleiernes utsagn, kan trolig også være positivt for gyldigheten. Disse ble også hørt igjennom for å sjekke at gjengivelsen var korrekt, noe som er i tråd med anbefalinger i Thagaard (2018). Gjennomføring av pilotintervjuet med en helsesykepleier for å teste intervjuguiden og prosessen med å utføre intervjuene, kan trolig ha påvirket gyldigheten positivt ved at jeg fikk teste om intervjuguiden fungerte på en god måte for å få tak i helsesykepleierens erfaring (Thagaard, 2018). Helsesykepleierne er sitert direkte, men grunnet tidsmangel har ikke helsesykepleierne selv validert sine utsagn. Veileder har bidratt i prosessen med å lese intervjuene og delta i analyseprosessen, noe som kan bidra til å styrke validiteten. I analysearbeidet leste jeg gjennom tekstene for å markere meningsbærende enheter, men fikk i tillegg god hjelp av veileder til dette. Slik kunne vi sammenlikne hva vi hadde markert, og de viste seg å være svært like – noe som trolig kan bidra til å styrke gyldigheten. At de mest relevante meningsbærende enhetene er valgt, er viktig for den videre analysen, ifølge Graneheim & Lundman (2004).

Muligens kan gyldigheten svekkes av at jeg har få informanter. Hvor mange informanter en bør ha i en studie, styres blant annet av prinsippet om «metning», som innebærer at når det ikke lengre fremkommer noe nytt i intervjuene, kan en avslutte rekrutteringen (Kvale & Brinkmann, 2015). Etter å ha intervjuet 5 helsesykepleiere, opplevde jeg at det kom frem mye likt, selv om forskjeller også forekom. Rekrutteringen begrenset seg likevel selv i min studie, da ikke flere meldte seg. Antallet informanter anses likevel som akseptabelt, da det er innenfor det som vises til i kvalitative intervju, nemlig 5-15 personer (Kvale & Brinkmann, 2015, s.148-149).

At lederne i ulike kommuner formidlet informasjon til sin ansatte om studien, gjorde at undertegnede ikke hadde styring over *hvem* som ble spurt. Trolig kan det være positivt for gyldigheten at jeg ikke selv har valgt ut aktuelle kandidater til å besvare min problemstilling (Thagaard, 2018).

3.7.2 Reliabilitet

Å argumentere for studiens reliabilitet innebærer å redegjøre for stegene i forskningsprosessen og at disse er utført på en pålitelig måte. Studiens pålitelighet avgjør om en kan stole på resultatene av forskningen. Innenfor kvantitativ forskning er repliserbarhet, altså at andre kan finne det samme ved å bruke metoden, et mål for å

styrke reliabiliteten. Det er det derimot ikke i kvalitativ metode. Reliabiliteten i kvalitativ forskning kan styrkes gjennom at prosessen gjøres «gjennomsiktig» med detaljerte beskrivelser (Thagaard, 2018).

For å styrke reliabiliteten har jeg forsøkt å presentere stegene i forskningsprosessen nøyaktig. Forskningsspørsmål, metodevalg, forforståelse, utvalg og rekruttering, hvordan jeg har laget intervjuguiden, hvilke spørsmål som er brukt, samt hvordan datainnsamling foregikk, er beskrevet nøye. Analyseprosessen er også redegjort for og illustrert med eksempler. Formålet med dette er å bidra til at forskningsprosessen blir transparent. Dette muliggjør for andre å «gå den i sømmene» og dermed vurdere reliabiliteten. I funndelen er sitater brukt for å la informantenes stemme komme frem, og dermed bidra til å styrke reliabiliteten. Nøyaktig henvisning til litteratur som er brukt i studien er også gjort, noe som trolig er viktig for studiens pålitelighet.

3.7.3 Overførbarhet

Overførbarhet går ut på å vurdere om studienes resultater har relevans for andre i liknende situasjoner (Thagaard, 2018). Målet med forskning er at funnene skal kunne gi en ny innsikt som andre kan ha nytte av (Malterud, 2017).

Jeg har forsøkt å beskrive helsesykepleiers rolle og kontekst, samt gjennomføringen av studien på en åpen og nøyaktig måte, noe som er viktig for at andre kan vurdere om studiens resultater er interessante for dem, ifølge Graneheim & Lundman (2004). Ved kvalitative studier kan overførbarheten påvirkes av at en tar utgangspunkt i et fåtall personers erfaring og virkelighet, samt at forskeren har en påvirkning på prosessen – noe som gjør at en annen forsker som undersøker det samme, ikke nødvendigvis ville funnet det samme en gang til (Malterud, 2017). Likevel hevder Malterud (2017) at en kvalitativ studie med mye informasjon som er relevant for å besvare problemstillingen, kan gi kunnskap som kan være nyttig ut over den gitte situasjonen. Hun viser til at dersom andre i liknende kontekst kan forstå noe mer om sin situasjon ut fra studiens resultater, er dette er en viktig indikator for overførbarhet i kvalitative studier (Malterud, 2017, s.66-67). En kan tenke seg at funn fra min studie om helsesykepleieres erfaringer kan være interessante for andre helsesykepleiere i liknende situasjoner.

3.8 Forskningsetiske vurderinger

I forskning som involverer mennesker er det viktig å følge etiske prinsipper, for å beskytte deltakerne. Helsinkideklarasjonen er en liste med etiske prinsipper som ansees som en standard for medisinsk forskning, som er ment å sikre en tilstrekkelig etisk forsvarlighet i forskningen. Informert samtykke og konfidensialitet er viktige prinsipper her (Ruyter, Solbakk & Førde, 2014). Disse prinsippene er også lovfestet i helseforskningsloven (2008).

All forskning som involverer mennesker, skal vurderes og godkjennes av en etisk komité før oppstart. Det er viktig at forskningen vurderes for å sikre at deltakernes interesser er ivaretatt i studien (Ruyter et al., 2014). Derfor er min studie vurdert og godkjent av NSD med referanse 219101 (se vedlegg 3).

I min studie fikk deltakerne først muntlig og skriftlig informasjonen fra sin leder med et informasjonsskriv og forespørsel om deltakelse (se vedlegg 2), og valgte selv om de ønsket å ta kontakt for å delta. Tanken bak det var at det kunne bidra til at deltakerne ikke skulle føle seg presset til å delta. Likevel må en ta med i betraktning at informantene kan ha opplevd et press til å delta, da beskjeden kommer i fra deres ledelse. Før intervjuet informerte jeg muntlig om hovedformålet med studien, bruk av lydopptaker, vår taushetsplikt, samt oppbevaring av data. Jeg informerte også om at det er frivillig å delta i studien og at de når som helst kan trekke seg, uten konsekvenser. Det ble åpnet opp for eventuelle spørsmål. De ble så bedt om å ta stilling til et samtykkeskjema (se vedlegg 2), noe samtlige undertegnet.

Deltakerne skal vernes mot spredning av personopplysninger eller andre identifiserbare opplysninger til uvedkommende (Ruyter et al., 2014). Jeg informerte deltakerne skriftlig og muntlig om konfidensialitet og vern av personidentifiserbare data i studien. Blant annet fikk de informasjon om at det kun er undertegnede og veileder som har tilgang på dataene før de er anonymisert, og at opplysningene oppbevares utilgjengelig for uvedkommende (Ruyter et al., 2014). Av hensyn til konfidensialiteten blir lydopptaker med lydfiler og samtykkeskjemaene med deltakernes underskrifter oppbevart nedlåst inntil prosjektslutt, og det er kun undertegnede og veileder som har tilgang til dem. Lydfilene vil bli slettet og samtykkeerklæringene makulert innen 20.12.2020. I lydfilene kommer hverken navn, kjønn eller sted frem. Navn og andre identifiserbare opplysninger som kjønn, sted og alder ble ikke tatt med i transkripsjonene, av hensyn til konfidensialitet. Inngående beskrivelser av spesielle hendelser er ikke tatt med i

funndelen, av hensyn til anonymiteten. Filene med transkripsjonene er lagret på undertegnedes passord beskyttede PC, og er lagret med pseudonymer, ikke med identifiserbare navn (Ruyter et al., 2014; Thagaard, 2018). Disse vil bli slettet ved prosjektslutt.

4 Funn

I denne delen av avhandlingen vil jeg gi en presentasjon av funnene i form av tre hovedtemaer med tilhørende undertemaer. Disse fremkom gjennom analyseprosessen, med utgangspunkt i forskningsspørsmålene mine: *Hva erfarer helsesykepleierne som viktig i det første møtet med foreldrene til barn fra 0-5 år hvor barnets overvekt tas opp? Hvilke utfordringer møter de i det første møtet?*

For å underbygge hovedtemaene og undertemaene, presenteres funnene med sitater. Noen av sitatene er bearbeidet med tanke på språket for å gi en bedre leservennlighet, men hovedbudskapet og meningsinnholdet er bevart.

De tre hovedtemaene omhandler følgende: 1) å legge til rette for et godt samarbeid med foreldrene, 2) å bygge en god relasjon og 3) overvekt som et utfordrende tema i første møtet. Hvert av disse med tilhørende undertemaer er presentert i tabell 2.

Tabell 2: Oversikt over hovedtemaer og undertemaer.

HOVEDTEMA	UNDERTEMA
1. Å legge til rette for et godt samarbeid med foreldrene	1.1 Å bevisstgjøre foreldrene rundt barnets overvekt 1.2 Å invitere foreldrene inn i samtalen 1.3 Å anvende vekstkurvene som et konkret redskap i samtalen
2. Å bygge en god relasjon	2.1 Å opparbeide tillit hos foreldrene 2.2 Å møte foreldrene på en støttende måte 2.3 Å bruke skjønn i møtet
3. Overvekt som et utfordrende tema i første møtet	3.1 utfordringer i møte med foreldrenes negative reaksjoner og holdninger 3.2 Overvekt – et sårt tema for foreldrene

4.1 Å legge til rette for et godt samarbeid med foreldrene

Det første hovedtemaet indikerer at *å legge til rette for et godt samarbeid med foreldrene* var viktig i det første møtet. Det første møtet hvor overvekten ble tatt opp med foreldrene, fungerte ifølge mange informanter som en viktig arena for å legge et godt grunnlag for det videre samarbeidet.

«Det første møtet er *viktig*, for det setter på en måte standarden for det videre samarbeidet. For hvis det går kjempe dårlig, og hvis foreldrene går ut med en følelse av at «dette er ikke greit», tenker jeg det er ganske mye vanskeligere å

komme tilbake for et nytt møte. Jeg spør ofte foreldrene: «Føler du at du sitter igjen med en litt sånn positiv følelse nå når du går?».

Flere viste til viktigheten av å tilby å arbeide sammen med foreldrene, for å finne en felles strategi for å gjøre noe med barnets overvekt.

«Jeg vil gjerne si at: «Jeg ser at her er vi kanskje litt på feil spor, så skal vi prøve å gjøre noen grep sammen?». «Trenger du noe hjelp?». «Vi kan kanskje se på noen ting sammen så vi kan prøve å rette opp dette, slik at ikke det sklir ordentlig ut?».

Samtlige helsesykepleiere poengterte at det var foreldrene som var ansvarlige for barnets helse, deriblant vektutviklingen. Et samarbeid med dem ble derfor understreket som essensielt å etablere.

I følge flere var det svært viktig at samarbeidet med foreldrene og oppfølgingen av overvekten kom i gang på et tidlig tidspunkt. Det ble begrunnet med at det da var enklere å gjøre noe med overvekten, og at barna da lettere kunne vokse seg inn i «sine kurver».

«Det er veldig bra å fange det opp tidlig, for en vet at hvis et barn på 2 år utvikler overvekt og det ikke gjøres noe, og de fortsetter å utvikle overvekten til de er 4 år, så kan det bli vanskeligere å gjøre noe med det».

Dette hovedtemaet bygger på følgende tre undertemaer; 1) å bevisstgjøre foreldrene rundt barnets overvekt, 2) å invitere foreldrene inn i samtalen og 3) å anvende vekstkurvene som et konkret redskap i samtalen. Disse vil bli presentert fortløpende under:

4.1.1 Å bevisstgjøre foreldrene rundt barnets overvekt

Det første møtet hvor overvekten ble tatt opp med foreldrene var ofte på rutinekonsultasjonene når barnet var 2 eller 4 år, ifølge noen av informantene. Barnets vektstatus ble tatt opp med foreldrene på bakgrunn av resultater fra veiing og måling av barnet, og var ett av flere temaer som ble tatt opp under konsultasjonene.

Flere av helsesykepleierne viste til at en viktig oppgaver i det første møtet var å bevisstgjøre foreldrene ved hjelp av kunnskap om hvorfor en var opptatt av barnets vekt, og hvorfor overvekten var viktig å gjøre noe med. Mange av helsesykepleierne sa at de brukte det første møtet til å informere foreldrene og snakke om det faglige rundt

konsekvenser av overvekten for barnets helse. De vektla også gangen i oppfølgingen, tiltak som kunne iverksettes og viktigheten av å gjøre endringer *tidlig*.

«Jeg tenker jo først og fremst at vi forklarer foreldrene hvorfor vi gjør det vi gjør, hvorfor vi er opptatt av å følge vekta fra de er små og si noe om konsekvensene overvekt har for barnet senere i livet. Og at det er lettere å gjøre noe med hvis en starter tidlig. Det å snakke om det faglige rundt kan være en god ting å gjøre i første møtet».

Flere viste også til at de ga konkrete råd som kunne være nyttige med tanke på barnets vektutvikling.

«Så kan en gi dem noen sånne enkle tips.. De sier kanskje at barna er mest glad i pølse, så går det an å si: «Går det an å kjøpe de pølsene som det er litt mer kjøtt og litt mindre fett i?».

Å formilde kunnskap viste flere til som svært viktig, men også *måten* den ble formidlet på, fremkom som betydningsfullt. At kunnskapen ble formidlet på en måte som gjorde at foreldrene selv så nytten av å gjøre endringer, viste flere til.

«Det er viktig på en måte å få dem *med på det*, det er foreldrene som må skjønne det, gripe det og se verdien i å gjøre de små endringene!».

«Det er jo et frivillig tilbud, helsestasjonen. Så en må jo legge det frem på en måte som gjør at de har *lyst* til å prøve å gjennomføre det som vi anbefaler».

4.1.2 Å invitere foreldrene inn i samtalen

Samtlige helsesykepleiere fortalte at de i møtet var opptatte av å få frem og å lytte til foreldrenes tanker og erfaringer rundt barnets overvektspromatikk. Noen hevdet at det var viktig å være litt «nysgjerrig» på foreldrenes tanker. At de inviterte foreldrene til dialog hvor de forsøkte å få en forståelse av hva foreldrene mente og erfarte, kom frem i alle intervjuene.

«Jeg er veldig åpen for å invitere dem med, litt spørrende og nysgjerrig på hva det handler om. Hvordan de opplever det - er min tanke først og fremst, og så kan en ut fra det de forteller gå mer inn i hva det *egentlig* gjelder».

«Jeg tenker det er jo det som er interessant å høre om: Har de noen formening om hva som har skjedd - hvorfor det har utviklet seg slik? Det er viktig å la

foreldrene komme med sitt, og holde seg litt tilbake til en får en *forståelse* av hva de tenker».

At forslagene til endring i stor grad burde komme fra foreldrene selv, poengterte flere av helsesykepleierne. Derfor var måten de kommuniserte på preget av å stimulere til å få frem foreldrenes egne synspunkt og opplevelser. Noen av informantene hevdet også at det var spesielt viktig med en åpen holdning i samtaler om sårbare tema slik som overvekt, og at det da var *ekstra* viktig å stille flere og mer åpne spørsmål til foreldrene.

«Det er ikke nødvendigvis jeg som sitter på alle svarene. De som «eier» problemet sitter ofte på en del løsninger selv. Så hvis en kan greie å stille noen *åpne* spørsmål eller kommunisere på en måte som gjør at de får det frem selv, er det bedre».

«Jeg kan jo sitte i en halv time og fortelle om kosthold og fysisk aktivitet og hva de bør gjøre og ikke.. Men det hjelper jo *ingenting* hvis ikke det når inn til dem! Så derfor er det noe med å «gi det til dem». Jeg kan komme med forslag, men det er tross alt dem som skal gjennomføre det».

En av informantene fortalte at når hun åpnet opp for foreldrenes synspunkter, og forslagene kom fra foreldrene selv, kunne det bidra til at foreldrene lettere så muligheter for å gjennomføre tiltakene:

«En må på en måte få stilt de rette spørsmålene eller få foreldrene til å tenke sine *egne* løsninger, det gjør at møtet blir bedre. Da eier de følelsen av at: «Ja, dette er mål som *jeg* kan oppnå».

En åpen holdning med fokus på foreldrenes medvirkning kunne ifølge en av dem bidra til å «snu» foreldre som i utgangspunktet ikke var åpne for endringer:

«Det ble et godt møte, men de kom inn med innstillingen at: «Nei dette her er *helt* unødvendig, og barnet mitt er bare sånn!». I det tilfellet spiste de mye hvit ris. Så spurte jeg: «Er det noe en kan erstatte det med?». De svarte at de kunne erstatte det med fullkornsrís. «Ja, det synes jeg var en god ide!». Det løsnet etter hvert når de forsto at det ikke er *helt umulig*».

Samtlige helsesykepleiere anså foreldrene som eksperter på sine barn, noe de også hevdet var viktig å kommunisere til foreldrene i møtet. Alle fortalte at de vektla en ydmyk og «ikke-belærende» holdning, hvor de gjennom måten de kommuniserte,

formidlet at det ikke var helsesykepleier som hadde alle svarene, men at foreldrene selv satt på mange løsninger.

«Det å anerkjenne det foreldrene gjør og at vi ikke skal være bedrevitere som skal komme inn og fortelle de hvordan «alt er», er viktig».

Flere viste til betydningen av en god dialog med foreldrene. En åpen dialog med et slik fokus kunne ifølge flere bidra til at foreldrene opplevde at det var deres eget ansvar.

«Det er viktig å få i gang en samtale hvor en ikke skal «fortelle foreldrene noe», men hvor de får muligheten til å si noe selv om det. Det tenker jeg er viktig, for at de skal føle at det er «deres» ansvar.

4.1.3 Å anvende vekstkurvene som et konkret redskap i samtalen

Samtlige helsesykepleiere fortalte at vekstkurvene var et viktig hjelpemiddel i kommunikasjonen med foreldrene rundt vekstutvikling i det første møtet. Vekstkurvene var ifølge flere en god måte å gi foreldrene et tydelig og konkret bilde av barnets vektutvikling over tid, og for å kunne se eventuelle endringer. Vekstkurvene ble beskrevet som et nyttig redskap for å komme inn på overvekten i samtalen, da de var så konkrete.

«Jeg synes at kurvene har vært en grei innfallsport til å snakke om vekstutviklingen. Jeg pleier å ta opp kurvene slik at foreldrene får noe konkret å se på».

Noen viste til at for foreldre som i utgangspunktet ikke hadde sett barnet som overvektig, kunne kurven gi et tydeligere bilde.

«Det hadde vært et godt «hopp», så da begynte jeg med å vise kurven – da ble det jo veldig tydelig for foreldrene! Så det er jo et veldig godt verktøy».

Samtlige helsesykepleiere understrekte betydningen av at foreldrene ble invitert med i tolkningen av vekstkurvene, og at de ble lyttet til. De forklarte at de sammen med foreldrene så på vektøkningen i kurvene, og lyttet til hva foreldrene tenkte økningen kunne skyldes.

«Jeg viser alltid kurva til dem, så viser jeg: «Dette er vektkurven, dette er lengekurven, dette er KMI kurven – hva tenker dere om det?». Legger det litt

åpent for foreldrene rett og slett – så forteller de litt rundt det, ut fra deres egne opplevelser».

Ifølge flere av helsesykepleierne fungerte det å se på kurvene sammen med foreldrene som en nyttig innfallsport til videre veiledning rundt familiens vaner for kosthold og aktivitet.

«Jeg ser at nå går vektkurven en del opp i forhold til lengkekurven - har det vært noen endringer i det siste? Hvordan er matvanene og rutinene rundt det?».

Vekstkurvene ble også beskrevet som nyttige i veiledning av foreldre som opplevde at barnet spiste for lite, hvor de kunne betrygge foreldrene om at veksten var fin.

«Det er ofte at foreldrene sier at «han spiser veldig lite». De er bekymret for om de får i seg nok. Da er kurvene et *kjempe-redskap!* Det ser ut som at barnet vokser *veldig fint!*».

4.2 Å bygge en god relasjon

Dette andre hovedtemaet om *å bygge en god relasjon* omhandler viktigheten av at helsesykepleierne etablerer en god relasjon til foreldrene i det første møtet. Dette ble fremhevet i flere intervjuer, og måten helsesykepleier tilnærmet seg foreldrene viste flere til som en viktig faktor for relasjonsbyggingen.

«Det handler jo om *kommunikasjon* og mellommenneskelige relasjoner - De kommer hit og føler nok at de blir litt vurdert. Selv om vi føler at her kan folk komme og snakke om det som er vanskelig - og bra. Det er en viktig ting som vi på helsestasjonen bør jobbe med, at vi er de som skal være med å støtte og legge grunnlag for en god relasjon, og at de føler seg trygge på oss. Så er det noe med det tillitsforholdet og at de skjønner at jeg vil dem vel og at de skjønner at jeg liker barnet deres og liker dem».

Hovedtemaet avspeiler følgende tre undertemaer; 1) å opparbeide tillit hos foreldrene, 2) å møte foreldrene på en støttende måte og 3) å bruke skjønn i møtet. Undertemaene med tilhørende sitater blir beskrevet fortløpende under.

4.2.1 Å opparbeide tillit hos foreldrene

Måten helsesykepleieren fremtrådte i møtet ser ut til å være av betydning for foreldrenes opplevelse av henne. Flere fortalte at det som ble formidlet i møtet ikke bare var ordene, men også måten de kommuniserte med ansiktsuttrykk og kroppsspråk. Måten de viste med kroppen at de var *interessert* i foreldrene og deres beste, og at de «så dem», ble trukket frem av flere som betydningsfullt. De beskrev blant annet viktigheten av at de var henvendt mot foreldrene og signaliserte med kroppsspråket at de var imøtekommende og respekterte foreldrene.

«Jeg tenker det handler om måten vi *ser* på dem, med respekten de opplever for seg som foreldre – jeg tenker det er små nyanser om folk *føler seg vel* eller ikke. Der tenker jeg helsesykepleiere har en *stor oppgave!*».

«I møtet kan en formidle noe.. Litt sånn at «jeg vil dere vel» - med ansiktsuttrykk og kroppen».

«Jeg tenker at det å være interessert i dem, høre på hva de har å si, «*se dem*». At en tar det til seg det de sier».

Noen av helsesykepleierne viste til at dette var viktige faktorer som kunne bidra til at foreldrene følte seg *sett* og *møtt* i det første møtet. Noe de understrekte at var viktig for hvordan foreldrene opplevde forholdet til helsesykepleier, og at de følte seg trygge på henne.

At helsesykepleier viste trygghet overfor foreldrene gjennom å vise at dette var noe hun hadde vært borti før, og at det var et «vanlig» problem, ble trukket frem som vesentlig av to helsesykepleiere. De hevdet det hadde betydning for om foreldrene opparbeidet tillit til dem. En annen fortalte at dersom hun viste med kroppen at hun var usikker, kunne det føre til at foreldrene ble usikre på henne:

«Det er viktig at jeg ikke viser at jeg er usikker eller stussende, men at jeg viser at dette er noe jeg har vært gjennom flere ganger. For hvis jeg begynner å fumble, så tror jeg at jeg sender ut en usikkerhet som foreldrene snapper opp fort».

Å formidle faglig trygghet i form av kunnskap og erfaring, viste flere av informantene til som helt essensielt for foreldrenes tillit til dem. De trakk frem betydningen av at helsesykepleier viste i det første møtet at hun var trygg på oppdatert kunnskap, hvordan følge familien opp og hvilke tiltak som kunne tilbys. Hvor viktig kunnskap var, ble vist til slik:

«Hvis jeg ikke har kunnskapen, så kan jeg ikke hjelpe foreldrene. En må ha en viss tyngde for å kunne hjelpe dem, og for at de skal føle seg trygge på oss».

4.2.2 Å møte foreldrene på en støttende måte

At helsesykepleier var støttende overfor foreldrene, viste flere av informantene til som viktig, for å etablere en god relasjon. Mange hevdet at hvis foreldrene opplevde helsesykepleieren som en støttespiller, kunne det være positivt for det videre forholdet. Det innebar blant annet at hun ga tilbakemelding til foreldrene på det gode de allerede gjorde.

«Mange gjør allerede *mye bra*, de er ute og gjør ting med ungene. Så det å gi tilbakemelding på at de får til mye bra, er viktig. Det å legge vekt på det som er positivt og at de får til mye allerede!»

Det å fremheve det positive kunne bidra til å gi en god selvfølelse hos foreldrene, ifølge to av helsesykepleierne. Dette ville også kunne påvirke foreldrenes syn på å gjøre endringer, ifølge flere av helsesykepleierne. Tre av dem hevdet at et positivt fokus kunne bidra til å styrke foreldrenes tro på seg selv, og forsterke de positive handlingene gjennom at foreldrene fikk lyst til å gjøre *mer* av det:

«Jeg har troa på den filosofien at en får mer av det en har fokus på. Så hvis en gir tilbakemelding på det vi ser er bra, så får vi kanskje mer av det».

En av dem hevdet at et slikt fokus kunne bidra til at foreldrene ble mer mottakelige for eventuelle tilbakemeldinger på ting de måtte jobbe videre med:

«Hvis de får tilbakemelding på at de får til noe, så er de kanskje mer mottakelig for det som er noe de må jobbe litt med også».

En annen vesentlig støtte var at helsesykepleierne levde seg inn i foreldrenes situasjon og viste at de prøvde å forstå dem, som ved at de ga tilpassede råd for der foreldrene «var», samt bidro med støttende ord.

«Jeg skjønner jo at dette kan være vanskelig i hverdagen – plutselig vil ikke barna sånn og sånn.. Men vi må bare starte med de små skrittene».

«Ofte sier foreldrene at barna er «veldig glad i middag», så da kan en tipse om å servere middagen direkte på tallerken istedenfor å sette grytene på bordet. Slike enkle råd er det mange som «tar».

Det å møte foreldrene med en forståelse for deres individuelle situasjon kunne, ifølge to av dem, bidra til at motstanden hos foreldrene ble mindre. Og de hevdet at det kunne påvirke veiledningen videre positivt.

«En blir jo påvirket av hverandre. Hvis jeg hadde sittet her omtrent i treningstøy og sagt: «Du, ungen din er overvektig» - så hadde det skapt mye mer motstand, enn å møte dem med litt *forståelse* for deres situasjon».

Å bekrefte at tematikken var vanskelig, ved å få frem at dette heller ikke var noe enkelt tema for *helsesykepleier* å ta opp, viste en informant til som viktig.

«Jeg prøver ofte å si noe om at jeg synes faktisk at dette er litt sånn vanskelig i min rolle. For disse rammene er så små og trange at det skal ikke mye til.. Og det å formidle at dette er ikke noe jeg sitter her og synes at er så veldig enkelt på en måte - det tror jeg kan bidra til å bryte ned en sånn terskel».

To andre poengterte også at det var viktig at helsesykepleierne hadde en forståelse for hvor mye livsstilsendringene krevde av familien, og at dette måtte gjenspeiles i måten de tilnærmet seg foreldrene på.

«Jeg tror det er viktig å ha en holdning at det ikke bare er å gjøre «sånn og sånn» så fikser det seg. Det er vanskelig å holde gode rutiner, det *er* det jo!».

4.2.3 Å bruke skjønn i møtet

Flere av helsesykepleierne fortalte at måten de formidlet og brukte fagkunnskapen i det første møtet hadde betydning for foreldrenes opplevelse, og derfor var vesentlig.

«Det første møtet er *veldig* viktig, for det handler litt om hvordan de føler seg *møtt*. En del kan nok oppleve at de føler seg fort i forsvar når de opplever at vi påpeker at «noe er galt» med barnet deres. Derfor tror jeg måten vi formulerer det og forklarer hvordan vi tenker og hvorfor det er viktig, kan hjelpe dem til å få en mer positiv holdning – og tenke at dette faktisk er ganske viktig».

At helsesykepleierne brukte skjønn i måten de tilpasset seg de enkelte foreldrene i møtet, fremkom som betydningsfullt i samtlige intervju. Både i form av skånsomt ordvalg og formuleringer, samt at de «trådte forsiktig» overfor foreldrene. Flere viste til at de hadde fokus på å tilnærme seg tematikken på en varsom måte, tilpasset foreldrene og deres reaksjoner. Blant annet understrekte noen viktigheten av å ikke «buse ut» med beskjednen og flere beskrev en «balansegang» i måten de uttrykte seg på.

«En er nok litt mer «var» på foreldrenes reaksjoner – jeg føler meg nok litt mer frem enn på andre ting, siden jeg vet det er et sensitivt tema».

«Det er jo en balansegang i hvordan man uttrykker seg. Så er det jo litt med hvordan foreldrene reagerer. Hvis en merker at de synes dette er urimelig, så må en jo bruke mer tid på de...».

Å velge ord og formuleringer med omhu, slik som å bruke «stor» istedenfor «tykk», poengterte flere, av hensyn til foreldrenes opplevelse. En av dem beskrev også at hun var svært forsiktig med å si at barnet var «overvektig».

«Det er jo klart at hvordan en ordlegger seg er jo også viktig. At en tenker seg litt om – er litt forsiktig i betegnelser og ordbruk av det en ser».

Noen av helsesykepleierne fortalte at de brukte *skjønn* i vurderingen av barnets overvekt i det første møtet. Overvekt ble betegnet av flere som en sammensatt problemstilling hvor flere faktorer måtte vurderes, slik som kroppssammensetning, matvaner, aktivitetsnivå og et helhetsbilde av barnet og familien. Helsesykepleierne kom med eksempler på at de brukte *skjønn* i sine vurderinger og at de så på det enkelte barnet i sin sammenheng.

«Dersom vekten har steget sakte men sikker ut av kurvene, eller du ser det er på vei i gal retning – det tenker jeg er viktigere å ta enn de som følger sin kurve over tid. Litt kraftige, ja, men så er det kanskje sånn det barnet *er* da».

«En kan jo ofte se på kroppen til barn - er de litt «dvaske» på en måte, at du *ser* at dette er inaktive barn. Da er jeg mer bekymret, selv om de så skulle ligge rett under overvekt, enn om de ligger rett over og du ser at dette er en aktiv unge som du hører at spiser sunn mat. Han spiser litt mye, men han får i seg frukt og grønnsaker, det er ikke bare godteri og brus. Jeg prøver å bruke litt *skjønn* også».

Tre av helsesykepleierne viste til viktigheten av å ikke overfokusere på vekten, men leve rimelig sunt. Flere hevdet at et rigid fokus var lite nyttig i møte med foreldrene, og at en måtte fokusere på det som var «godt nok». En av dem pekte på at en i første møtet burde ha fokus på å finne en middelvei, istedenfor å overfokusere på å være sunn.

«Det er jo alle grøftene en kan falle i – det er fornuftig å finne noe en kan leve med, noe som er rimelig sunt. Vi må heller ikke overfokusere på det, og falle i den andre grøfta».

4.3 Overvekt som et utfordrende tema i første møtet

Det tredje hovedtemaet omhandler *overvekt som et utfordrende tema i første møtet*. Det avspeiler to undertemaer; 1) utfordringer i møte med foreldrenes negative reaksjoner og holdninger og 2) overvekt- et sårt tema for foreldrene, som blir presentert i det følgende.

4.3.1 Utfordringer i møte med foreldrenes negative reaksjoner og holdninger

Flere av helsesykepleierne fortalte om foreldre som ikke ønsket at overvekten skulle snakkes om eller gjøres noe med, eller at de ble provoserte og gikk i forsvar.

«Det var en mor på en 4 årskontroll – det var første gang jeg møtte dem, men hun gikk i protest og var ikke interessert i veiledning eller noen videre oppfølging. Du kunne merke at det var som å tenne fyr på et bål da jeg begynte å vise henne kurven».

At foreldre ikke anså barnet sitt som overvektig fremkom også hos flere.

«Jeg tror veldig mange av dem ikke ser på barna sine som overvektige – de ser jo bare på dem som verdens flotteste. Og det skal de jo få lov til å være!».

Benektelse av at overvekten var et problem viste flere helsesykepleiere til, og de fortalte om argumenter som gikk igjen i flere møter: «Barna vil vokse overvekten av seg» og «slik var foreldrene også da de var små».

«Noen går i forsvar og sier det er «kraftige unger» eller «tung benbygning» – det går igjen noen sånne setninger som en kan høre fra flere».

Foreldrenes holdninger viste også flere til som utfordrende, slik som at de mente at barnas overvekt ikke trengte oppfølging.

«Når jeg sa barnet var stort, svarte foreldre at: Nei, det var bare sånn barnet var og de ville ikke ha noen oppfølging. Og da kommer du egentlig ikke lengre, da har det låst seg der».

Dersom foreldrene ikke ønsket innblanding, kunne oppfølgingen stoppe opp allerede ved første møtet – noe som gjorde videre veiledning vanskelig eller umulig, ifølge fire av helsesykepleierne.

En helsesykepleier fortalte at foreldrenes negative reaksjoner og holdninger kunne oppleves vanskelig, da hun ble stående i en dobbeltrolle:

«En får jo en litt vond følelse.. Vi har et yrke hvor vi skal tenke «barns beste», og fra barnets side. Samtidig som en skal være på lag med foreldrene. Så jeg kunne virkelig ønske at de bare forsto! Hvor *mye* dette betyr for barnet senere i livet».

4.3.2 Overvekt – et sårt tema for foreldrene

Overvekt ble av samtlige helsesykepleiere beskrevet som et svært sårt og vanskelig tema, og noen av dem betegnet det til og med som et *utrolig ømtålig* tema.

«Det er jo helt klart at temaet overvekt er et av de *vanskeligste* temaene, synes jeg!».

En informant sa det kunne være utfordrende å være *tydelig* når hun snakket med foreldre om overvekt, da det var mer sensitivt enn andre tema:

«Hadde det vært en annen fysisk ting jeg var bekymret for, så hadde jeg vært mer tydelig på bekymringen min, som for eksempel hodeomkrets, hørsel eller krabbing. Det er litt fortere å trekke seg litt - spesielt hvis jeg «senser» at foreldrene får piggene ut».

Tre av informantene sa at å ta opp overvektproblematikken kunne vekke såre følelser hos foreldrene. De hevdet at det kunne være ekstra utfordrende i møter med foreldre som selv hadde overvektsproblematikk, da de ofte kjente sterkere på disse følelsene.

«Foreldre som har strevd med overvekt eller som er overvektige selv, de kan gå litt mer i forsvar enn andre..».

«Det er så sårt i seg selv. De har gjerne nok med å takle sine følelser rundt sin overvekt. Og de ønsker jo på en måte ikke at det skal bli lagt over på ungene».

To av informantene viste også til at foreldre til barn som lå høyt oppe på kurvene kunne være stolte og oppleve det som et tegn på at barnet trivdes, og at det derfor kunne være vanskelig å få beskjeden om at barnet var overvektig:

«Det er for mange et litt følsomt tema. For de fleste foreldre er stolte av at barna deres er litt «robuste», og så kan det plutselig oppfattes som kritikk når en sier at barnet er overvektig».

Tre av helsesykepleierne sa det var ekstra vanskelig når barnet var i en lav alder

«En kjenner nok litt på det at jo yngre de er, jo vanskeligere er det på et vis.. Det er på en måte litt sårere i yngre alder».

Flere fortalte at foreldrene ikke synes at en behøvde å være så opptatt av vekta når barna var små, og at det derfor kunne vekke motstand. En informant viste til at foreldre kunne bli overrasket over at helsesykepleiere fokuserte på overvekt hos barn i så ung alder som 2 år:

«De er – ikke akkurat *motstandere* – men de synes ikke at det er noe en trenger å være *så* opptatt av når barna er så små».

5 Diskusjon

Denne studien omhandler hva helsesykepleiere erfarer som viktig i det første møtet med foreldre til barn fra 0-5 år, hvor barnets overvekt tas opp, samt hvilke utfordringer de møter i det første møtet. I dette kapitlet vil jeg diskutere de viktigste funnene opp mot teori og tidligere forskning og søke svar på mine forskningsspørsmål. Diskusjonsdelen er strukturert etter hovedtemaene fra funndelen.

5.1 Å legge til rette for et godt samarbeid med foreldrene

Et hovedfunn viser at det første møtet er en viktig arena hvor helsesykepleierne legger til rette for et godt samarbeid med foreldrene. Funnet indikerer at dette kan gjøres gjennom 1) å bevisstgjøre foreldrene rundt barnets overvekt, 2) å invitere foreldrene inn i samtalen og 3) å anvende vekstkurvene som et konkret redskap i samtalen.

Helsesykepleierne beskriver et godt samarbeid med foreldrene som essensielt, da det er foreldrene som er ansvarlige for barnets helse. Dette er i tråd med Helsedirektoratet (2010) som poengterer at foreldrene er de viktigste premissleverandørene for barna, og at et samarbeid med dem derfor er avgjørende i arbeidet med barnets overvekt. Funnet samstemmer også med forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2018, §4) hvor det står at helsestasjonstjenesten skal legge til rette for et samarbeid med brukere og deres pårørende. At det legges til rette for et godt samarbeid med foreldrene rundt barnets overvekt på et tidlig tidspunkt, når barnet er i en lav alder, er vesentlig ifølge flere helsesykepleiere. Dette begrunnes med at barnet da lettere vil kunne normalisere vekten sin, og er i samsvar med anbefalinger fra Helsedirektoratet (2010). De viser at normalisering av barnets vekt, eller bremsing av vektøkningen tidlig, er betydningsfullt for at barnet lettere kan vokse av seg overvekten.

Funnet indikerer at helsesykepleierne tilbyr å arbeide sammen med foreldrene for å finne en felles strategi i oppfølgingen av barnets overvekt. Dette kan trolig sees i sammenheng med det Glaser (2018) skriver om foreldresamarbeid, hvor partene arbeider sammen mot et felles mål: barnets beste. Samarbeid mellom to likeverdige parter er også et viktig element ved brukermedvirkning og i det helsefremmende arbeidet (Tveiten, 2016), noe helsesykepleier skal arbeide i tråd med (Helsedirektoratet, 2019). Derfor var funnet også forventet.

Et vesentlig funn i forbindelse med å legge til rette for et godt samarbeid, er helsesykepleiernes vektlegging av *bevisstgjøring av foreldrene rundt barnets overvekt*. Dette gjøres allerede i det første møtet hvor barnets overvekt tas opp. Informantene formidler kunnskap og informasjon til foreldrene om hvorfor de er opptatt av å følge barnets vekt, betydningen av å gjøre noe med overvekten tidlig, samt tilbyr videre oppfølging. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har foreldrene krav på informasjon, og ifølge helsepersonelloven (1999) er det helsesykepleier som plikter å gi den. Bevisstgjøring rundt barnets overvekt kan trolig sees på som et viktig moment for foreldrenes brukervedvirkning. En forutsetning for brukervedvirkning er nemlig at brukeren har nok kunnskap til å ta informerte valg, ifølge Tveiten (2016). Formidlingen av kunnskap og informasjon kan antagelig også sees som et ledd i veiledningen, for å påvirke foreldrenes holdninger, kunnskaper og ferdigheter rundt barnets overvektproblematikk. Helsesykepleiers informasjon og formidling av kunnskap til foreldrene, kan trolig styrke foreldrekompetansen, noe som gjør dem i stand til å kunne ta valg som er viktige for barnets helse (Mæland, 2016).

Funnet viser også at måten helsesykepleierne formidler kunnskapen på, har betydning for om foreldrene ser verdien av, og får lyst til, å gjøre endringer. De forteller at de gir enkle råd, tilpasset familien. Muligens kan rådene sees i sammenheng med det Tveiten (2016) skriver om at helsepersonell har et ansvar for å hjelpe brukerne til å se muligheter for å håndtere situasjonen sin. At helsesykepleier tilpasser rådene til familiens situasjon, kan reflektere en handling som bidrar til at foreldrene opplever barnets overvektproblematikk som håndterbar i sin hverdag. Dette kan sees i sammenheng med Antonovsky (2012) som hevder at håndterbarhet omhandler den andres evne til å se at han har ressurser til å takle krav han stilles overfor.

Et annet funn som ser ut til å ha betydning for tilrettelegging av et godt samarbeid, er at helsesykepleierne *inviterer foreldrene inn i samtalen*. Funnet viser at det er viktig at forslagene til endring kommer fra foreldrene selv. Helsesykepleierne beskriver at de etablerer en dialog med foreldrene hvor de lytter til dem og forsøker å få frem og forstå deres perspektiv. De vektlegger en åpen, spørrende og nysgjerrig tilnærming til foreldrenes tanker og erfaringer, hvor de bruker åpne spørsmål for å stimulere foreldrene til refleksjon. Dette funnet er i tråd med Tveiten (2016) som hevder at å lytte til den andre og være åpen for den andres perspektiv er viktig i dialogen. Funnet kan reflektere at helsesykepleierne legger til rette for aktivisering av brukeren selv, noe som beskrives som vesentlige elementer i veiledningen (Tveiten, 2016). Tveiten (2016)

skriver at hensikten med veiledningen er at brukeren får styrket sin mestringskompetanse. Dette kan oppnås gjennom å reflektere, oppdage og lære – og målet er at brukeren selv skal finne svarene på sin situasjon. Mæland (2016) poengterer at innenfor helsefremming og empowermentttenkning, betraktes den andre som en aktiv samarbeidspartner, noe også mitt funn indikerer. Funnet er i tråd med Mikhailovich & Morrison (2007) som hevder at det i samtaler om barnets vekt med foreldrene er nyttig å invitere foreldrene til å fortelle om sitt syn og forståelse. Funnet kan også sees i sammenheng med Harder et al. (2019), som fant at helsesykepleiere brukte dialogen til å styrke foreldrene til å mestre foreldrerollen gjennom å komme frem til en felles strategi.

Funnet om å invitere foreldrene inn i samtalen indikerer også at helsesykepleierne anser det som viktig å formidle en ydmyk holdning overfor foreldrene, og få frem at foreldrene selv er eksperter på sine barn. Et viktig prinsipp innenfor veiledning og empowermentttenkningen er at bruker ansees som eksperten på sitt liv (Tveiten, 2016), noe helsesykepleiers ydmyke holdning muligens kan reflektere. Dette er i tråd med Glaser (2018) som viser til at et likeverdig forhold hvor en anerkjenner hverandres kunnskaper, er viktig i foreldresamarbeid. Funnet mitt reflekterer at en slik holdning er viktig for at foreldrene skal oppleve at barnets vekt er *deres* ansvar. Dette kan sees i sammenheng med Manger & Wormnes (2015) som hevder at et vesentlig poeng er at hjelperne ikke er bedrevitende, og at en god dialog preget av aksept, anerkjennelse og respekt kan virke positivt på personens opplevelse. Tveiten (2016) hevder at selv om helsepersonellet er de som har fagkunnskapen, må også brukerens kompetanse anerkjennes. Funnet mitt samsvarer med Bradbury et al. (2018) som fant at en ikke-dømmende holdning i samtaler med foreldre om barnets overvekt var viktig. Helsesykepleiernes ydmyke holdning i mitt funn skiller seg imidlertid fra Edvardsson et al. (2009). De fant at forholdet mellom helsesykepleier og foreldre ble beskrevet som «ekspert- mottaker» relasjon, hvor helsesykepleier overleverte «eksperttråd» til foreldrene.

Funnet mitt antyder dessuten at budskapet erfares å «nå lettere inn» til foreldrene, og dermed at de ser muligheter for endringer, dersom dialogen er åpen og har fokus på deres medvirkning. Dette kan reflektere at helsesykepleier gjennom å anerkjenne foreldrene som eksperter på sine barns helse, og lytte til deres perspektiv i dialogen, kan bidra til at foreldrene ser på det som *meningsfullt* å engasjere seg i tiltak som kan

fremme barnets helse, ifølge Antonovsky (2012). Han viser til meningsfullhet som en opplevelse av at det er verdifullt å engasjere seg i noe, eller at en finner mening i det.

Et tredje funn viser at *vegstkurvene er et viktig redskap* for å legge til rette for et godt samarbeid med foreldrene i det første møtet. Funnet indikerer at anvendelse av vekstkurvene er en god måte å komme inn på barnets overvekt i samtalen, og at de er nyttige som innfallsport for videre veiledning på området. Funnet samsvarer med Regber et al. (2013) som fant at vekstkurvene var nyttige verktøy som grunnlag for dialog. Helseesykepleierne i min studie beskriver at de inviterer foreldrene til refleksjon ved hjelp av vekstkurvene, samt inkluderer foreldrene i tolkningen av barnets vekstutvikling gjennom dem. Slik kan bruk av vekstkurvene i samtalen muligens sees i sammenheng med en viktig funksjon ved veiledningen, slik Tveiten (2016) beskriver - at brukeren stimuleres til refleksjon.

Helseesykepleierne beskriver vekstkurvene som et redskap som tydeliggjør vektutviklingen for foreldrene, og at de bidrar til å øke deres forståelse. Dette er i tråd med Bradbury et al. (2018) og Regber et al. (2013) som fant at vekstkurvene kunne hjelpe å øke foreldrenes forståelse av vektutviklingen. Funnet antyder dessuten at foreldre som ikke har sett på barnet som overvektig, gjennom kurven kan få innsikt i barnets overvekt. Dette kan reflektere at bruk av vekstkurvene som redskap i samtalen, kan bidra til at situasjonen blir mer begripelig for foreldrene, slik at endringer knyttet til barnets overvekt blir forståelig for dem. Ifølge Antonovsky (2012) kan situasjonen oppleves begripelig når denne settes inn i en forståelig sammenheng.

Funnet indikerer at vekstkurvene kan være nyttige for å oppfylle viktige elementer i veiledningen ved å bidra til oppdagelse, samt at foreldrene inkluderes i refleksjon rundt barnets vekt. Foreldrene får slik mulighet til selv å finne svarene, og de gjøres i stand til å få medvirkning videre i prosessen gjennom å få økt *innsikt* og *kunnskap* om barnets vekstutvikling, noe som er i tråd med viktige elementer i veiledning (Tveiten, 2016).

5.2 Å bygge en god relasjon

Det andre hovedfunnet viser at helseesykepleierne erfarer det som viktig å bygge en god relasjon til foreldrene i det første møtet, noe som innebærer 1) å opparbeide tillit hos foreldrene, 2) å møte foreldrene på en støttende måte og 3) å bruke skjønn i møtet.

Funnet om at helsesykepleierne anser det som viktig å bygge en god relasjon i det første møtet med foreldre til overvektige barn, er i tråd med Øen (2012, s. 195-205). Hun hevder at den første fasen i arbeidet med barnets overvekt, er viktig for å bygge relasjon til foreldrene. Funnet er også i samsvar med Eide & Eide (2007), som hevder at en god relasjon er spesielt viktig i forandringsveiledning, og at relasjonen i seg selv kan påvirke resultatet av veiledningen.

For å kunne etablere en god relasjon, er det viktig å *opparbeide tillit hos foreldrene* i det første møtet. Dette er i tråd med Øen (2012) som hevder at det første møtet hvor overvekten tas opp er utslagsgivende for opparbeidelse av tillit til hjelperen, og for om familien ønsker å ta imot hjelp videre. Helseth (2007a) påpeker dessuten at i etableringsfasen i helsesykepleiers tilnærming til familien, er opparbeidelse av et tillitsforhold et viktig moment for å *nå inn* til familien med sitt budskap. Selv om opparbeidelse av tillit i det første møtet ikke fremkommer i tidligere forskning, vises tillit og en sterk relasjon fra tidligere møter til, som viktige faktorer i arbeidet med foreldrene til overvektige barn (Edvardsson et al, 2009).

Funnet tyder på at måten helsesykepleier tilnærmer seg foreldrene på, både verbalt og nonverbalt, har betydning for opparbeidelse av tillit. Hvordan helsesykepleier fremtrer og «er» i det første møtet, beskrives som viktig for at foreldrene skal føle seg trygge på henne. Drugli & Onsøien (2010, s.34-36) påpeker at kommunikasjon er selve grunnlaget for å etablere relasjoner, og at det kan innebære språk, mimikk, øyekontakt m.m. Funnet indikerer at helsesykepleieren gjennom sitt nonverbale språk viser at «hun vil foreldrene vel», er «skrudd på», interessert og henvendt mot foreldrene. Noe som beskrives som vesentlig for foreldrenes opplevelse. Dette kan sees i sammenheng med Helseth (2007b) som peker på helsesykepleiers innlevelse og engasjement som viktig for opparbeidelse av et tillitsforhold. Eide & Eide (2007) hevder at å være henvendt mot, og interessert i den andre, er viktig for å skape fortrolighet. Funnet antyder at dersom helsesykepleier viser usikkerhet gjennom hennes væremåte og nonverbale uttrykk, vil det kunne føre til at foreldrene blir utrygge på henne. Dette kan sees i sammenheng med Eide & Eide (2007) som hevder at det nonverbale språket er betydningsfullt med tanke på opparbeidelsen av trygghet og tillit, og for om den andre opplever seg godt ivaretatt eller ikke.

At foreldrene opplever seg sett og møtt, fremkommer i funnet som viktig for tillitsforholdet mellom partene. Dette er i tråd med Tveiten (2016) som hevder det er betydningsfullt for opparbeidelse av tillit i relasjonsbyggingen, å møte vedkommende

der han er, og *se* ham. Helsesykepleierne forteller at måten de «ser på» foreldrene er av betydning for forholdet til foreldrene, og at det påvirker om foreldrene føler seg respektert og føler seg vel. Drugli & Onsøyen (2010) hevder at *måten* beskjedne gis til foreldrene ofte er av større betydning enn selve innholdet. Mitt funn viser dog at det er viktig for foreldrenes tillit til helsesykepleier at hun signaliserer at hun har kunnskap og erfaring rundt oppfølgingen av overvektige barn. Samtidig indikerer det at hennes trygge og oppmerksomme kroppsspråk og fremtoning er betydningsfull. Tidligere forskning peker også på den faglige kunnskapen helsesykepleier formidler som vesentlig for foreldrenes opplevelse av tillit og et godt tillitsforhold mellom partene (Harder et al., 2019).

Et annet funn som ser ut til å være viktig for å bygge en god relasjon, er at helsesykepleierne *møter foreldrene på en støttende måte*. Funnet indikerer at dersom foreldrene opplever helsesykepleier som en støttespiller i det første møtet, er det positivt for relasjonen videre. Dette er i tråd med Øen (2012) som hevder at en støttende relasjon er viktig i endringsarbeidet når barnet er blitt overvektig.

Dette funnet tyder på at når helsesykepleier berømmer det positive foreldrene gjør, er det betydningsfullt for støtten de gir, og kan virke positivt på foreldrenes tro på seg selv. Dette indikerer at et positivt fokus kan gi foreldrene et positivt syn på å gjøre endringer, og å gjøre *mer* av det som er bra. En helsesykepleier beskriver fokuset som bidragsytende for at foreldrene blir mer mottakelige for tilbakemeldinger. Dette kan sees i sammenheng med Manger & Wormnes (2015) som hevder at dersom en får annerkjennelse, vil en kunne bli mer mottakelig for rådene som gis. Et slikt fokus kan reflektere at helsesykepleierne er bevisst bruken av vurderingsstøtte. Hvordan de gir tilbakemelding, kan støtte opp under foreldrenes selvfølelse og påvirke hvordan de ser på seg selv, noe som er i tråd med House (1981). Dette er også i samsvar med funn fra Harder et al. (2019), hvor helsesykepleiere anså det som viktig å berømme foreldre til overvektige barn for det gode de allerede gjorde.

Helsesykepleierne i min studie sier at de tilstreber å leve seg inn i foreldrenes individuelle situasjon og forsøker å forstå dem, noe som reflekterer støtte og et uttrykk for empati. To helsesykepleiere beskriver forståelse som viktig for å redusere motstanden hos foreldrene. Flere helsesykepleiere forteller at de formidler til foreldrene at temaet om overvekt hos barnets deres er vanskelig, de kommer med støttende ord til dem, og formidler at de forstår det ikke er enkelt å gjøre endringer. Dette kan reflektere at helsesykepleierne er bevisst betydningen av emosjonell støtte gjennom at de har en

empatisk tilnærming overfor foreldrene. Emosjonell støtte innebærer blant annet å formidle empati, ifølge House (1981). Helsearbeiderens forsøk på forståelse og innlevelse i den andres situasjon beskriver også Aamodt (2014) som viktige faktorer for at klientens skal oppleve støtte. Støtte kan være spesielt viktig i vanskelige situasjoner og for å mestre stressende hendelser (Taylor, 2012; Aamodt, 2014), noe som muligens kan sees i sammenheng med den reduserte motstanden mitt funn viser til. Også tidligere forskning trekker frem at et støttende miljø er viktig i tidlige møter hvor overvekt hos barnet er tema, samt at samtaler med foreldrene kan lettes ved å vise omtanke, empati og støtte (Mikhailovich & Morrison, 2007). At helsesykepleierne erfarer støtte som viktig overfor foreldrene, er i konsistens med retningslinjene fra Helsedirektoratet (2019) som fastslår at helsesykepleiere har som oppgave å støtte foreldrene i å mestre foreldrerollen.

Et tredje funn indikerer at helsesykepleiernes *bruk av skjønn i møtet* er viktig for å bygge en god relasjon. De beskriver viktigheten av å velge ord med omhu, balansere måten de uttrykker seg på, og å tilpasse seg foreldrenes reaksjoner. Bradbury et al. (2018) og Edvardsson et al. (2009) viser også til at det var viktig for helsepersonell å trå forsiktig i kommunikasjonen, ved å bruke nøytrale ord og unngå ord som «overvektig». At helsesykepleier balanserer sin tilnærming overfor foreldrene, samt imøtekommer deres reaksjoner, kan reflektere at helsesykepleier tilpasser seg det særegne i foreldrenes situasjon. Dette kan muligens sees i sammenheng med funn fra Støles et al. (2019) som viser til viktigheten av å sette seg inn i den enkelte familiens situasjon når barnet er overvektig, som ledd i å vise omsorg overfor familien. Helsesykepleierne i min studie beskriver også bruk av skjønn i vurderingen av barnets vekststatus. De beskriver behovet for å ta helheten i betraktning ved vurdering av barnets vekt, samt ha fokus på vaner som er «gode nok» - og ikke ha et for rigid fokus. Dette er i tråd med funn fra Støles et al. (2019) som viser at helsesykepleierne forsøker å ikke engste foreldre til barn i «grenseland». De viser til fokus på sunn mat og aktivitet, og at en ikke skal se seg blind på kurvene, som vesentlig. Funnet mitt kan muligens også sees i sammenheng med det Øen (2009) skriver om at det i profesjonelle samtaler er viktig at hjelperen er tilstrekkelig nærværende og tilstede. Skjønn fordrer ifølge Aamodt (2014) en tilstedeværelse i den individuelle situasjonen, noe helsesykepleiernes beskrivelse om innlevelse reflekterer.

Bruk av skjønn vises til som betydningsfullt i sykepleie, og beskrives av Austgard (2010) som en del av å uttrykke omsorg, gjennom emosjonell involvering og analyse av

den andres situasjon. Øen (2009) hevder at en omsorgsfull atmosfære er viktig i arbeid med barnets overvekt. Tveiten (2016) viser til at det relasjonelle er viktig i veiledning, og at omsorg er et viktig overordnet begrep i veiledningen. Muligens kan helsesykepleiers bruk av skjønn i måten hun vurderer barnets overvekt, velger ord og balanserer sin tilnærming, indikere et uttrykk for omsorg overfor foreldrene, som et element i grunnlaget for en god relasjon.

Funnene om hvordan helsesykepleier opparbeider tillit, møter foreldrene på en støttende måte og bruker skjønn i møtet, kan trolig reflektere viktige handlinger i det første møtet for å legge grunnlaget for en god relasjon med foreldrene.

5.3 Overvekt som et utfordrende tema i det første møtet

Det tredje hovedfunnet viser at det første møtet med foreldrene hvor barnets overvekt tas opp, kan være utfordrende for helsesykepleierne. Funnet omfatter: 1) utfordringer i møte med foreldrenes negative reaksjoner og holdninger og 2) overvekt – et sårt tema for foreldrene.

Det første funnet indikerer at det kan være utfordrende å møte *negative holdninger hos foreldrene* når temaet om overvekt hos barnet blir tatt opp i det første møtet. Flere helsesykepleiere i min studie forteller at foreldrene ikke ser at barnet er overvektig, at de benekter at overvekten er et problem eller ikke ønsker å gjøre noe med det. Liknende funn viser Isma et al. (2012) til, hvor helsesykepleiere anså det som en barriere i kommunikasjonen at foreldrene ikke anså overvekt hos barnet som et problem. Regber et al. (2013) fant at det kan oppleves vanskelig for helsesykepleier å nå inn med informasjon til foreldre som ikke *vil* gjøre noe for å redusere barnets vekt. Dette er i tråd med mine funn som viser at det er utfordrende for helsesykepleierne når foreldrene kommer med gjentakende bortforklaringer om hvorfor barnets vekt er høy. Funnet i min studie kan sees i sammenheng med funn fra Sjunnestrand et al. (2019) og Edvardsson et al. (2009), hvor helsesykepleiere opplevde det utfordrende når foreldre anså høy vekt hos barnet som noe de ville «vokse av seg» med tiden, og kom med unnskyldninger og forklaringer på barnets vekt.

Funnet om å møte foreldrenes negative reaksjoner viser at helsesykepleiere opplever at foreldre går i forsvar, og en av dem beskriver å gi beskjeden om barnets overvekt til foreldrene som å «sette fyr på et bål». Ifølge Drugli & Onsjøen (2010) kan det å snakke med foreldrene om deres barn være vanskelig, og oppleves følsomt for dem da det er et

privat område. De hevder at følelsesreaksjoner hos foreldrene kan komme, slik som benektelse og sinne, og det kan påvirke hjelperen til å oppleve samtalen som vanskelig. Dette funnet var imidlertid forventet i min studie, da flere studier viser til det samme (Edvardsson et al., 2009; Regber et al., 2013; Sjunnestrand et al., 2019). Sjunnestrand et al. (2019) fant at helsesykepleiere blant annet kan oppleve seg angrepet av foreldrenes negative reaksjoner, og kan oppleve det ukomfortabelt å diskutere barnets overvekt med dem. De fant også at helsesykepleiere kan nøle med å ta opp problematikken med foreldrene dersom det kan ødelegge foreldrenes tillit til dem. Dette viser derimot ikke mine funn, hvor helsesykepleierne er tydelige på å formidle beskjeden. Likevel forteller en av helsesykepleierne at det kan oppleves vanskelig å stå i en dobbeltrolle mellom barnet beste og foreldresamarbeidet. Dette understrekes også av Drugli & Onsøien (2010). Når barnet har vansker, kan samarbeidet mellom den profesjonelle og foreldrene settes på prøve. De hevder at foreldre og profesjonelle ofte har ulik oppfatning av barnet, noe som kan by på utfordringer i samtalen. Negative budskap kan komme som et sjokk på foreldrene, noe som kan knyttes til mitt funn der helsesykepleierne beskriver at foreldrene ikke har sett på barnet sitt som overvektig.

Funnet indikerer at foreldrenes negative reaksjoner og holdninger i møtet kan vanskeliggjøre helsesykepleiers veiledning overfor dem. I verste fall kan dette føre til at veiledningen stopper opp og kan være et hinder for den videre veiledningen på området. Dermed vil helsesykepleierne mest sannsynlig ha problemer med å nå målet som ideelt sett skal gjøre foreldrene i stand til selv å ivareta barnets helse.

Det andre funnet viser at helsesykepleierne erfarer det utfordrende å forholde seg til *et sårt tema for foreldrene*, noe som er i tråd annen forskning, (Edvardsson et al., 2009; Isma et al., 2012; Regber et al., 2013; Sjunnestrand et al., 2019; Støles et al., 2019) og derfor var forventet. At overvekt hos barn er et sårbart tema for de fleste det gjelder, kommer også frem i retningslinjene for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge (Helsedirektoratet, 2010). Øen (2012, s.193-195) hevder at samtaler om barnets overvekt kan være vanskelige siden det er et så følsomt tema. Funnet mitt indikerer at helsesykepleierne opplever overvekt som et av de *vanskeligste* temaene å snakke med foreldrene om, og at sårheten i tematikken kan gjøre det vanskelig å være *tydelig* om sin bekymring. Funnene tyder på at utfordringene kan være enda større dersom foreldrene selv har et overvekts problem. Dette blir også beskrevet i andre studier (Edvardsson et al., 2009; Regber et al., 2013; Sjunnestrand et al., 2019). Øen (2012) hevder at negative reaksjoner hos overvektige foreldre kan henge

sammen med deres egne negative mestringserfaringer med å gå ned i vekt eller at de opplever at de ikke har utført foreldrejobben godt nok. Derfor påpeker hun viktigheten av at helsepersonell ikke påfører skam hos foreldrene gjennom sin væremåte i møtet, men viser empati og innlevelse i deres situasjon. Dette kan også sees i sammenheng med funn i min studie.

I funnet om å forholde seg til et sårt tema, forteller helsesykepleierne at temaet er *ekstra* sensitivt å snakke om med foreldre til små barn, og at temaet er sårere jo yngre barna er. Dette er noe overraskende, da jeg ikke har funnet det samme i annen forskning. Mitt funn indikerer at foreldrene kan bli overrasket over fokuset på overvekt i så tidlig alder som 2 år. Helsesykepleierne forteller at de likevel legger vekt på å arbeide med overvekten allerede i en tidlig alder hos barnet. Dette funnet står i motsetning til funn fra Isma et al. (2012) som fant at overvekt hos barn i førskolealder ikke tas alvorlig av helsesykepleierne selv. Få helsesykepleiere så det som nyttig å ta opp tematikken med foreldre til barn under 2,5 år. De så heller ikke på overvekten som et helseproblem før ved skolealder, noe som skiller seg fra mine funn.

5.4 Metodiske overveielser

Jeg valgte et semistrukturert individuelt intervju for å se nærmere på helsesykepleiernes subjektive erfaringer i det første møtet. Min opplevelse er at intervjuene ga et godt grunnlag for å besvare min problemstilling, og samtlige informanter ga rike beskrivelser av sine erfaringer. Samtalen fløt lett, og helsesykepleierne fremsto engasjerte.

Det er trolig flere metoder som kunne vært brukt for å se på helsesykepleieres erfaringer i første møte. Det kunne også vært interessant å se nærmere på helsesykepleieres tilnærming i møter med foreldre gjennom observasjon, kombinert med intervju. Observasjon er godt egnet for å se på hvordan personer forholder seg til hverandre og fremstår i sine omgivelser (Thagaard, 2018, s.53). Grunnet begrensning i tid, og min begrensede erfaring med forskning, ville dette ha blitt for omfattende arbeid i denne omgang. Et fokusgruppeintervju ville muligens også vært interessant ved at deltakerne kunne diskutere seg imellom. Men det kunne trolig bydd på utfordringer da utvalget mitt er lite, da det som regel består av en gruppe fra 6- 10 personer (Kvale & Brinkmann, 2015). En kan også tenke seg at helsesykepleiere lettere kunne dele erfaringer fra spesielle situasjoner når intervjuene ble utført individuelt.

Antallet informanter i studien kan diskuteres. I utgangspunktet var tanken å ha flere informanter, men grunnet manglende respons, selv etter flere forsøk på å rekruttere, ble de 5 som meldte sin interesse inkludert i studien. Flere ledere begrunnet dette med manglende kapasitet i forbindelse med kommunesammenslåing. En kan tenke seg at ved å ha hatt et større utvalg, ville flere erfaringer blitt belyst, noe som kunne gitt et mer nyansert bilde. For meg som er novise som intervjuer, kan det likevel være bra at utvalget ikke var for stort. Dette hevdes også av Kvale & Brinkmann (2015) som skriver at en da kan bruke mer tid på forberedelser og analyse, for å gjøre dette grundig. Ifølge dem er det mulig å se interessante ting også med et mindre antall informanter.

6 Konklusjon

Hensikten med min studie var å utvikle kunnskap om hva helsesykepleiere erfarer som viktig i det første møtet der barn fra 0-5 år sin overvekt tas opp med foreldrene, og hvilke utfordringer et slikt møte kan by på. I dette kapitlet vil jeg oppsummere kortfattet de viktigste resultatene med utgangspunkt i forskningsspørsmålene.

6.1 Hva erfarer helsesykepleierne at er viktig i det første møtet med foreldre til overvektige barn fra 0-5 år, hvor barnets overvekt tas opp?

Et interessant hovedfunn tyder på at det er viktig for helsesykepleierne å legge til rette for et godt samarbeid med foreldrene i det første møtet, som grunnlag for det videre arbeidet med barnets overvekt. Dette gjøres gjennom å bevisstgjøre foreldrene rundt barnets overvekt ved å formidle kunnskap og informasjon for å øke foreldrekompetansen og tilrettelegge for brukermedvirkning. Bevisstgjøringen kan trolig være en viktig del av veiledningen, hvor helsesykepleier kan styrke foreldrenes evne til å ta valg som er gode for barnets helse, noe som er vesentlig innen det helsefremmende arbeidet. Et annet funn i tilretteleggingen av et godt samarbeid, viser betydningen av å invitere foreldrene til en åpen og likeverdig dialog, med fokus på deres perspektiv. Dette funnet om å stimulere brukeren til å være aktiv deltaker og ekspert på barnet, er i tråd med viktige elementer i veiledning. En slik tilnærming kan også synes å kunne påvirke foreldrene til å se muligheter og mening i å gjøre noe med barnets overvekt. Vekstkurvene ser ut til å erfares som et viktig redskap i tilretteleggingen av et godt samarbeid, for å øke foreldrenes kunnskap og innflytelse, samt sette barnets overvektsproblematikk inn i en forståelig sammenheng for foreldrene.

Et annet hovedfunn indikerer at etablering av en god relasjon med foreldrene var viktig for helsesykepleierne i det første møtet. Måten helsesykepleierne kommuniserer nonverbalt på, ved å vise trygghet og at de vil foreldrene vel, samt at de *ser* foreldrene, er vesentlig for å opparbeide seg tillit som grunnlag for en god relasjon. At helsesykepleierne viser at de har kunnskap og erfaring, likeså. Funnet om helsesykepleiers støttende tilnærming, viser viktigheten av denne som basis for en god relasjon i det første møtet. Hvordan helsesykepleierne fokuserer på det foreldrene allerede gjør bra, samt viser forståelse og empati overfor foreldrenes situasjon, beskrives som god støtte for foreldrene. Et aspekt ved funnet indikerer at sosial støtte

kan dempe motstand hos foreldrene, og gi dem tro på seg selv og på å gjøre endringer. Bruk av skjønn i møtet, gjennom skånsomt ordvalg og balansering av tilnærmingen overfor foreldrene, ser ut til å være vesentlig. Også skjønnsmessige vurderinger av barnets vekstutvikling ser ut til å være betydningsfullt. Bruk av skjønn kan muligens ansees som en måte å uttrykke omsorg overfor foreldrene, som gir grunnlag for en god relasjon.

6.2 Hvilke utfordringer møter helsesykepleierne i det første møtet?

Et funn her viser at helsesykepleierne beskriver det utfordrende å møte foreldrenes negative holdninger og reaksjoner i det første møtet. Funnet indikerer at foreldrenes bortforklaringer av barnets vekt og negative holdninger ser ut til å kunne stoppe opp veiledningen allerede i første møtet, noe som kan være et hinder for videre veiledning. Et annet funn tyder på at helsesykepleierne erfarer overvekt hos små barn som et sårt tema å ta opp med foreldrene. Spesielt sårt er temaet om barnets overvekt hvis foreldrene i samtalen selv er overvektige. Funnet antyder at temaet er sårere jo yngre barna er når overvekten tas opp, men at det likevel er viktig å starte dette arbeidet fra en tidlig alder.

Oppsummert indikerer funnene fra min studie at det i det første møtet er viktig å legge til rette for et godt samarbeid med foreldrene, samt å bygge en god relasjon med dem. Funnene kan videre reflektere betydningen av helsesykepleiers første møte med foreldre til overvektige små barn som et viktig grunnlag for videre samarbeid med familien. Men funnene antyder også utfordringer; overvekt ser ut til å være et utfordrende tema å snakke om i det første møtet.

6.3 Implikasjoner

Denne studien bidrar med viktig kunnskap rundt det første møtet, som er lite utforsket tidligere. Studien viser betydningen det første møtet har for tilrettelegging av et godt samarbeid og en god relasjon med barnets foreldre, og aktualiserer det første møtet og dets betydning i helsesykepleiers arbeid med overvekt hos småbarn. Studien viser også at det første møtet kan by på utfordringer. Hovedfunnene kan trolig gi helsesykepleiere nyttig kunnskap om det første møtet og dermed en større forståelse for hva som bør vektlegges, samt gi ideer til praksis.

En liknende studie kunne trolig vært interessant å utføre kombinert med observasjon, for å se nærmere på det første møtet mellom partene. Et fokusgruppeintervju kunne muligens også vært brukt for at helsesykepleiere kunne diskutert med hverandre rundt hva som kan bidra til et godt første møte.

Det fremkommer i studien at foreldrene er barnets viktigste ressurs, og deres motivasjon for endring er trolig derfor av stor betydning for barnets vektutvikling. Et lite aspekt ved funnene tyder på at måten helsesykepleier formidler beskjeden i det første møtet er av betydning for om foreldrene ser nytten av å følge anbefalingene deres. Det kunne på bakgrunn av dette vært interessant å gå nærmere inn i hva som erfares som viktig av *foreldrene* i et slikt første møte. Ved å se på foreldrenes erfaringer i det første møtet sammen med min studie, vil en muligens kunne få en dypere forståelse av viktige aspekter ved det første møtet, noe som kan være nyttig for praksis i møte med små barns overvekt og deres foreldre.

7 Referanser

- Ames, H., Mosdøl, A., Langøien, L. J., Blaasvær, N. & Nøkleby, H. (2019). *Communication of children's weight status to parents and children: What is effective and what are the children's and parents' experiences and preferences? A mixed methods systematic review* (Systematic Review Nr. 122). Hentet fra Norwegian Institute of Public Health website: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/communication-of-childrens-weight-status-to-parents-and-children-rapport-2019.pdf>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Austgard, K. (2010). *Omsorgsfilosofi i praksis: Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien* (2. utg.). Oslo: Cappelen akademisk.
- Bradbury, D., Chisholm, A., Watson, P. M., Bundy, C., Bradbury, N. & Birtwistle, S. (2018). Barriers and facilitators to health care professionals discussing child weight with parents: A meta-synthesis of qualitative studies. *British Journal of Health Psychology*, 23(3), 701–722. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12312>
- de Kroon, M. L. A., Renders, C. M., van Wouwe, J. P., van Buuren, S. & Hirasing, R. A. (2010). The Terneuzen Birth Cohort: BMI Change between 2 and 6 Years Is Most Predictive of Adult Cardiometabolic Risk. *PLoS ONE*, 5(11), 1–6. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013966>
- Drugli, M. B. & Onsjøen, R. (2010). *Vanskelige foreldresamtaler: Gode dialoger*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Edvardsson, K., Edvardsson, D. & Hörnsten, Å. (2009). Raising issues about children's overweight – maternal and child health nurses' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2542–2551. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05127.x>
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (FOR-2018-10-19-1584). Hentet fra

- <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584?q=kommunens%20helsefremmende>
- Glaser, V. (2018). *Foreldresamarbeid: Barnehagen i et mangfoldig samfunn* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Glavin, K., Roelants, M., Strand, B. H., Júlíusson, P. B., Lie, K. K., Helseth, S. & Hovengen, R. (2014). Important periods of weight development in childhood: A population-based longitudinal study. *BMC Public Health*, *14*, 1–8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-160>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, *56*, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Harder, M., Andersson, S. & Golsäter, M. (2019). Child healthcare nurses' encounters with parents whose child is overweight. *Nordic Journal of Nursing Research*, *39*(3), 152–158. <https://doi.org/10.1177/2057158519841315>
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet. (2019, november 11). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Hentet 24. april 2019, fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Hentet 30. april 2019, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Helseth, S. (2007a). En mestringsmodell. I K. Glavin, S. Helseth & L. G. Kvarme (Red.), *Fra tanke til handling: Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (s. 206–219). Oslo: Akribes.

- Helseth, S. (2007b). Teoretisk grunnlag for helsesøstertjenesten. I K. Glavin, S. Helseth & L. G. Kvarme (Red.), *Fra tanke til handling: Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (s. 17–27). Oslo: Akribe.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- Isma, G., Bramhagen, A.-C., Ahlstrom, G., Östman, M. & Dykes, A.-K. (2012). Swedish Child Health Care nurses conceptions of overweight in children: A qualitative study. *BMC Family Practice*, *13*, 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-57>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lekhal, S. & Holme, H. (2016). Overvekt og fedme hos barn. I H. Holme, E. S. Olavsen, L. Valla & M. B. Hansen (Red.), *Helsestasjonstjenesten: Barns psykiske helse og utvikling* (s. 241–256). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lindberg, A. & Hvatum, I. (2016). Møtet med helsestasjonen: Foreldre som aktive deltakere. I H. Holme, E. S. Olavsen, L. Valla & M. B. Hansen (Red.), *Helsestasjonstjenesten: Barns psykiske helse og utvikling* (s. 289–299). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Manger, T. & Wormnes, B. (2015). *Motivasjon og mestring: Utvikling av egne og andres ressurser* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Meyer, H. E., Vollrath, M. E. M. T. & Bøhler, L. (2017, oktober 4). Overvekt og fedme. Hentet 14. oktober 2019, fra Folkehelseinstituttet website: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>
- Mikhailovich, K. & Morrison, P. (2007). Discussing childhood overweight and obesity with parents: A health communication dilemma. *Journal of Child Health Care*, *11*(4), 311–322. <https://doi.org/10.1177/1367493507082757>
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Regber, S., Mårild, S. & Johansson Hanse, J. (2013). Barriers to and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent

- childhood obesity at Swedish child health centers. *BMC Nursing*, 12(1), 27–27. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-27>
- Ruyter, K. W., Solbakk, J. H. & Førde, R. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sjunnestrand, M., Nordin, K., Eli, K., Nowicka, P. & Ek, A. (2019). Planting a seed - child health care nurses' perceptions of speaking to parents about overweight and obesity: A qualitative study within the STOP project. *BMC Public Health*, 19, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7852-4>
- Støles, M., Glavin, K. & Groven, K. S. (2019). Hvilken betydning får omsorg i formidling til foreldre av et barns overvekt – helsesøstres erfaringer. *Nordisk sygeplejeforskning*, 9(02), 128–140. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2019-02-06>
- Taylor, S. E. (2012). *Health psychology* (8. utg.). New York: McGraw-Hill.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Toftemo, I., Glavin, K. & Lagerløv, P. (2013). Parents' views and experiences when their preschool child is identified as overweight: A qualitative study in primary care. *Family Practice*, 30(6), 719–723. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmt056>
- Tveiten, S. (2007). Ulike tilnæringsmetoder i praksis. I K. Glavin, S. Helseth & L. G. Kvarme (Red.), *Fra tanke til handling: Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (s. 173–191). Oslo: Akribe.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- UNICEF. (2019). *The state of the world's children 2019. Children, food and nutrition: Growing well in a changing world*. Hentet fra <https://www.unicef.org/media/63016/file/SOWC-2019.pdf>
- World Health Organization, Commission on Ending Childhood Obesity. (2016). *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity*. Hentet fra https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789241510066_eng.pdf?sequence=1
- Øen, G. (2009). Familiefokus ved overvekt og fedme hos barn: Gode møter kan gjøre en forskjell. *Helsesøstre*, 2009(2), 10–15. Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/150734>

- Øen, G. (2012). Samhandling og kommunikasjon om overvektspromblematikk. I G. Øen (Red.), *Overvekt hos barn og unge: Forstå, forebygge, behandle og fremme helse* (s. 193–212). Bergen: Fagbokforlaget.
- Øen, G. (2016). Forebygge overvekt hos barn og unge: Et økologisk perspektiv. I H. Holme, E. S. Olavsen, L. Valla & M. B. Hansen (Red.), *Helsestasjonstjenesten: Barns psykiske helse og utvikling* (1. utg., s. 481–494). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aamodt, L. G. (2014). *Den gode relasjonen* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Vedlegg 1: Intervjuguide

Bakgrunn:

Hvor lenge har du arbeidet som helsesykepleier?

Hvor lenge har du arbeidet i helsestasjon?

1. Kan du fortelle meg litt om dine opplevelser i et første møte hvor overvekten til barnet tas opp med foreldrene etter veiing og måling i helsestasjonen?

- *Gjerne ta utgangspunkt i et eller flere konkrete møter*

Oppfølgingsspørsmål;

- Opplevde du at noe var bra/ fungerte i møtet? Hva gjorde at det ble bra?
- Opplevde du barrierer eller utfordringer? Hva gjorde at det ble utfordrende?
- Hvordan opplevde du det første møtet?
Hvilken rolle tenker du det første møtet har? Noe viktigere enn andre møter?

2. Hva opplever du at er viktig for å skape et *godt* første møte?

- Hva er viktig i møter som omhandler overvekt?
- Opplever du at det er noe du kan gjøre for at møtet skal bli godt?
- Er det noe du kan gjøre for at foreldrene skal bli mer mottakelige?
- Hva tenker du er viktig for å «nå» foreldrene?
- Hva tenker du er viktig for å skape en god kontakt med foreldrene?

3. Hvordan opplevde du at du best kunne tilnærme deg foreldrene i en slik situasjon?

- Hva er viktig i måten du tilnærmer deg dette overfor foreldrene?
- Kommuniserer du på noen annen måte i slike situasjoner enn i andre?
Hvordan?
- Hvordan formidler du sårbare tema – forskjell fra andre tema?
- Hvordan «er du» i møtet?
- Hva vil du formidle til foreldrene, og hvordan gjør du det?
- Din egen påvirkning - noen tanker rundt det? Hvilke tanker har du om overvekt?

4. Er det noen grupper foreldre du har erfart at det forekommer større barrierer eller utfordringer i møte med?

- Hvilke og på hvilken måte?
- Tenker du det er noe som er ekstra viktig i møte med ekstra sårbare grupper foreldre?

Til slutt:

Noe du vil tilføye?

Vedlegg 2: Invitasjonsbrev



Vil du delta i forskningsprosjektet:

Hvilke erfaringer har helsesykepleiere i det første møtet med foreldre på helsestasjonen etter at veiing og måling viser overvekt hos barnet?

I forbindelse med mitt masterprosjekt i helsesykepleie ved Universitet i Stavanger, ønsker jeg å invitere deg til å delta ved å dele dine erfaringer og opplevelser rundt overstående tema.

I dette skrivet vil du få informasjon om hensikten med studien og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg ønsker med dette å se nærmere på, og få kunnskap om, erfaringer helsesykepleiere har i møtet med foreldre/foresatte til barn som viser seg å være overvektige etter rutinemessig veiing og måling i helsestasjonen. Hvordan oppleves det første møtet hvor tematikken tas opp? Gjennom din jobb som helsesykepleier i helsestasjon har du interessante erfaringer og opplevelser rundt temaet, som kan være nyttige for andre i

liknende situasjoner å få innblikk i. Videre vil jeg også se på tidligere forskning og teori som allerede finnes på området.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Stavanger, ved universitetslektor Nina Egeland (veileder for student).

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å intervju helseyskepleiere ved flere helsestasjoner, og jeg ber deg ta kontakt dersom du kunne tenke deg å delta.

Det er ønskelig at helseyskepleierne har minimum 0.5 års erfaring med arbeid på området for å delta i studien.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du velger å delta, vil det bli foretatt et individuelt intervju på ca. 30- 45 minutter (kan variere), til avtalt tidspunkt som passer for deg. Opplysninger som samles inn er ditt navn (på samtykkeskjema), hvor lenge du har arbeidet som helseyskepleier, samt dine erfaringer og opplevelser som du velger å dele. Samtykkeskjemaene vil oppbevares nedlåst, og opplysningene du deler vil ikke kunne kobles til person etter bearbeiding av materialet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Dette kan gjøres på mail eller telefon til undertegnende student. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Som deltaker i dette prosjektet har du krav på å være anonym, og alle opplysninger om

deg vil bli anonymisert. Filene vil bli lagret med fiktive navn, slik at en ikke kan spore opp hvem opplysningene kommer fra.

Undertegnede og veileder har taushetsplikt, og alt som sies i intervjuene vil følgelig ikke bli videreformidlet til uvedkommende uten å bli behandlet og anonymisert.

Opplysningene om deg vil kun bli brukt til formålene jeg har opplyst om i dette skrivet. Opplysningene behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket, og vil bli oppbevart utilgjengelig for andre enn undertegnede og veileder.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 20.06.2020. Lydfilene vil bli slettet så snart arbeid med prosjektet er ferdig, dette senest innen 20.12.2020.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

Dersom du ønsker å delta, har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med en av oss:

Universitetet i Stavanger ved Nina Egeland (veileder):

Telefon: 51834153

E-post: nina.egeland@uis.no

Student Hilde Ousland Glomsaker:

Mobil: 93433572

E-post: hglomsaker@gmail.com

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Nina Egeland

Hilde Ousland Glomsaker

Prosjektansvarlig

Student

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet: «*Hvilke erfaringer har helsesykepleiere i det første møtet med foreldre på helsestasjonen etter at veiing og måling viser overvekt hos barnet?*»

og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju*
- at mine opplysninger brukes, aidentifisert, i prosjektet*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca.

20.12.2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

27.2.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Helsepsykepleiers erfaringer i møtet med foreldre til overvektige barn etter veiing og måling på 4- årskontroll

Referansenummer

219101

Registrert

09.07.2019 av Hilde Ousland Glomsaker - ho.glomsaker@stud.uis.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Nina Egeland, nina.egeland@uis.no, tlf: 51834153

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Hilde Ousland Glomsaker, hglomsaker@gmail.com, tlf: 93433572

Prosjektperiode

19.08.2019 - 20.12.2020

Status

10.09.2019 - Vurdert

Vurdering (2)

10.09.2019 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 09.09.2019.

Vi har nå registrert 20.12.2020 som ny sluttdato for forskningsperioden. Vi gjør oppmerksom på at ytterligere forlengelse ikke kan påregnes uten at utvalget informeres om forlengelsen.

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til videre med prosjektet!

27.2.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Kontaktperson hos NSD:

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

11.07.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 11.07.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

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

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.07.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

TAUSHETSPLIKT

Informantene i prosjektet har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner eller avsløre taushetsbelagt informasjon.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d),

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5d0b4454-d356-44d0-90e2-b13e97216e7a>

2/3

27.2.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 4: Oversikt over søkeord og forskningsartikler

Eksempler på søkeord som ble brukt for å finne relevante forskningsartikler:

Child health nurse, public health nurse, nurs*, experience*, perceptions, encounter, meeting, parent*, overweight children, social support, relation, communication, barriers.

FORFATTERE, LAND, TITTEL OG TIDSSKRIFT	HENSIKT	METODE	SENTRALE FUNN FOR MIN STUDIE
Bradbury et al. (2018) Storbritannia «Barriers and facilitators to health care professionals discussing child weight with parents: A meta-synthesis of qualitative studies» The British Psychological Society	Se på helsepersonells erfaringer med å snakke med foreldre om barnets vekt.	Metasyntese av 13 kvalitative studier.	Fant at de fleste styrkende og begrensende faktorene omhandler mellommenneskelige forhold, enten faktorer ved personen selv, med foreldrene, eller forholdet mellom helsepersonell og foreldre. Barrierer på systemnivå kommer også frem. Noen av de styrkende faktorene i forholdet mellom profesjonell og foreldre som trekkes frem er: forsiktig språkbruk, en god relasjon, bruk av vektskurvene som hjelpemiddel. Noen av utfordringene som vises til er frykt for foreldres reaksjoner på beskjeden og

			foreldrenes egen overvekt.
Edvardsson, Edvardsson & Hörnsten (2009) Australia «Raising issues about children's overweight – maternal and child health nurses' experiences». Journal of advanced nursing	Beskrive helsesykepleieres erfaringer med å kommunisere rundt og ta opp barnets overvekt med foreldre	Intervju av 10 helsesykepleiere som arbeider i helsestasjon	Beskrives som et vanskelig tema å ta opp med foreldrene, spesielt hvis foreldrene er overvektige. Benektelse, forsvar og unnskyldninger vises til som vanlige reaksjoner hos foreldrene som erfares vanskelige å håndtere. Styrkende faktorer i samtalene var et sterkt sykepleier-foreldre forhold. Opparbeiding av tillit og å tilnærme seg på en sensitiv måte til tematikken vises til som betydningsfullt. Vekstkurven beskrives som et essensielt verktøy i samtalen om barnets overvekt.
Harder, Andersson & Golsäter (2019) Sverige «Child healthcare nurses' encounters with parents whose child is overweight». Nordic Journal of Nursing Research	Beskrive helsesykepleieres kliniske praksis når de møter foreldre til barn som er overvektige.	Kvalitative intervju med 10 helsesykepleiere	Funn de trekker frem som viktige i møtet er blant annet: Viktigheten av å tilpasse seg den enkelte familien og lytte til dem. Skape tillit og relasjon vises til som viktig, blant annet gjennom å vise at de har kunnskap om barnets utvikling og vekst. Samt bidra med støtte overfor foreldrene. En dialog med fokus på den individuelle familiens behov fremkommer også som betydningsfullt. Dokumentasjon og bruk av kurver vises også til.

<p>Regber, Mårild & Hanse (2013)</p> <p>Sverige</p> <p>«Barriers to and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers».</p> <p>BMC Nursing</p>	<p>Undersøke helsesykepleieres opplevelse av sykepleier- foreldre interaksjonen på helsestasjon, samt styrkende faktorer og barrierer i interaksjon med hensikt å fremme sunn vektutvikling og forebygge fedme.</p>	<p>Semi-strukturerte intervju av 15 helsesykepleiere som arbeider i helsestasjon</p>	<p>Vekstkurvene oppleves som et godt verktøy i vurdering av vekt og i samtalen med foreldrene. Overvekt betraktes som et sensitivt tema, noe som gjør det vanskeligere å ta opp med foreldrene. Holdninger hos foreldrene beskrives også som barrierer.</p>
<p>Sjunnestrand, Nordin, Eli, Nowicka & Ek (2019)</p> <p>Sverige</p> <p>«Planting a seed-child health care nurses' perceptions of speaking to parents about overweight and obesity: a qualitative study within the STOP project».</p> <p>BMC Public Health</p>	<p>Å se nærmere på helsesykepleieres opplevelse av å snakke med foreldre om barnets overvekt eller fedme og deres rolle i henvisning videre til behandling. Prosjekt innad i EUs STOP prosjekt.</p>	<p>Semistrukturerte intervju med 17 helsesykepleiere som arbeider i helsestasjon</p>	<p>Helsesykepleiers relasjon til foreldrene og opparbeidelse av tillit vises til som viktig i samtaler om barnets overvekt. Skånsom kommunikasjon og en åpen dialog med foreldrene vises til som betydningsfullt. Overvekt ansees som et sensitivt tema, og derfor utfordrende å samtale med foreldrene om. Foreldres negative reaksjoner og holdninger erfares som utfordrende, spesielt hos overvektige foreldre.</p>
<p>Støles, Glavin &</p>	<p>Hvilke erfaringer</p>	<p>Kvalitativt</p>	<p>Helsesykepleiere utøver</p>

<p>Groven (2019)</p> <p>Norge</p> <p>«Hvilken betydning får omsorg i formidling til foreldre av et barns overvekt – helsesøstres erfaringer».</p> <p>Nordisk sykepleieforskning.</p>	<p>helsesykepleiere har med veiing av barn og formidling av måleresultatet</p>	<p>dybdeintervju av 6 helsesykepleiere som jobber i helsestasjon og skolehelsetjeneste</p>	<p>omsorg i måten de bruker faglig skjønn på, forsøker å sette seg inn i barnets og foreldrenes situasjon. Ærlighet og åpenhet rundt måleresultatet, samt å møte foreldrene «der de er» og anvende ord som de kjenner seg igjen i vises til som viktig.</p>
--	--	--	---