



# Helsesykepleieres erfaring med helsetilbudet til barn med fedme – læringspunkter etter covid-19-pandemien

## Public health nurses' experience with health care services for children with obesity – learning points after the Covid-19 pandemic.

Kjersti Førland Sjøvold

*Helsesykepleier, Stord Kommune*

*Avdeling for folkehelse, Det helsevitenskapelige fakultetet, Universitetet i Stavanger*

[kjersti\\_fs@hotmail.com](mailto:kjersti_fs@hotmail.com)

Kirsten Gudbjørg Øen

*Dosent Emerita, Avdeling for folkehelse, Det helsevitenskapelige fakultetet, Universitetet i Stavanger*

[kirsten.g.oen@uis.no](mailto:kirsten.g.oen@uis.no)

### Sammendrag

Hensikten med studien er å gi kunnskap om hvordan barn med fedme ble fulgt opp i skolehelsetjenesten under covid-19-pandemien som et bidrag i vurderingen av kommuners evne til å tilpasse seg utfordringer og endringer for å opprettholde høy kvalitet på omsorgen for disse barna.

Vi analyserte syv intervju med helsesykepleiere med kvalitativ innholdsanalyse. Det kom frem to hovedtema: 1) Det tyngende ansvaret med å gi tilbud til barna med fedme under covid-19 pandemien, og 2) ansvaret for kvalitet i tilbudet må hvile på kommunen. Helsesykepleiere erfarte at barn med fedme var ekstra sårbare og risikoutsatte under pandemien. Gapet mellom behov for hjelp og mulighet til å hjelpe økte. Pandemiarbeid tok ressurser fra skolehelsetjenesten, og oppfølging av barn med fedme ble nedprioritert.

Under pandemier bør sårbare barn med helseutfordringer prioriteres. Skolehelsetjenesten kan bidra til å følge opp og forebygge langvarige og alvorlige helsekonsekvenser for disse barna. Da må kommunens ledelse tilrettelegge med nødvendige faglige ressurser, strukturer for tverrfaglig samarbeid, et støttende arbeidsmiljø, dialog og veiledning og en plan for prioriteringer.

### Nøkkelord

resilient, skolehelsetjeneste, behandling, oppfølging, overvekt, kvalitativ

### Abstract

The purpose of the study is to provide knowledge about how children with obesity were followed up in the school health service during the Covid-19 pandemic as a contribution to the assessment of municipalities' ability to adapt to challenges and changes in order to maintain high-quality care for children with obesity.

Seven interviews with public health nurses were analyzed with qualitative content analysis. Two main themes emerged: 1) The burdensome responsibility of providing services to children with obesity during the Covid-19 pandemic, 2) responsibility for the quality of the service must rest with the municipality. Nurses learned that children with obesity were extra vulnerable and at risk during the Covid-19 pandemic. The gap between the need for help and the opportunity to help had increased. Pandemic work took resources from the school health service, and follow-up of children with obesity was not given priority.

During pandemics, vulnerable children identified with health challenges should be prioritized. The school health service can contribute to follow-up and prevent long-term and serious health consequences for these children, and to social inequality in health. It is necessary for the municipality to provide the necessary professional resources, structures for interdisciplinary cooperation, a supportive working environment, dialogue and guidance, and a plan for priorities.

#### Keywords

resilient, school health, treatment, follow-up, obesity, qualitative.

#### Hva vet vi allerede om dette emnet?

- Covid-19 pandemien var en krevende situasjon for barn og ungdommer med fedme fordi atferdsmønsteret med mer stillesitting og økt matinntak under nedstengingen forverret fedmen.
- Nasjonale helsemyndigheter ville unngå alvorlig sykdom med innleggelses og unngå et sammenbrudd i spesialisthelsetjenesten på grunn av høy arbeidsbelastning.

#### Hva tilfører denne studien?

- Denne studien tilfører kunnskap om hvordan helsesykepleiere erfarte at skolebarn med fedme ble fulgt opp under koronapandemien.
- Muligheter for kommuner til å tilrettelegge for en resilient helsetjeneste for barn med fedme.

## Innledning

Overvekt og fedme hos barn er et alvorlig og helseproblem både globalt (WHO, 2021) og i Norge (Júlíusson et al., 2010). Gjennomsnittlig andel av niåringer med overvekt inkludert fedme i 2018 var 20 prosent blant norske gutter og 23 prosent blant jenter, mens tallene for fedme var 3 prosent for både gutter og jenter (Folkehelseinstituttet, 2021). Barns vektkategori klassifiseres med bakgrunn i kroppsmasseindeks (KMI) justert for alder og kjønn (Iso-KMI) hvor Iso-KMI-grenseverdier er 25, 30 og 35 for henholdsvis overvekt, fedme og alvorlig fedme (Júlíusson et al., 2009).

Barn med fedme har dårligere livskvalitet enn barn som er normalvektige (Rankin et al., 2016). Med økende fedmegrad øker risikoen for somatiske forandringer som vil kunne gi alvorlige konsekvenser for folkehelsen (Caprio et al., 2020), og økt risiko for alvorlige metabolske og kardiologiske sykdommer og psykososiale følgetilstander som kan forkorte livet (Faienza et al., 2020; Jebeile et al., 2022). Barn med fedme har høyere skolefravær enn normalvektig barn (An et al., 2017), som kan bidra til sosial ulikhet.

I mars 2020 oppstod et alvorlig smitteutbrudd med SARS-COV-2-virus, som førte til store konsekvenser for samfunnet og helsetjenestene. Norske myndigheter stengte ned samfunnet 12. mars, noe som medførte skolestenging og/eller hjemmeundervisning og påbud om å jobbe hjemmefra. Skolene åpnet gradvis igjen i mai 2020, men med sterke restriksjoner og reduserte undervisningstimer for mange av barna (Regjeringen, 2021).

Ifølge Helland og kollegaer førte endringene til en stressende situasjon for foreldre med økte bekymringer for jobbsituasjonen, økonomien og sin egen og andres helse. Med stengte skoler og barnehager ble i tillegg ansvaret for opplæring og omsorg for barna overført til foreldrene, og muligheter for avlastning forsvant (Helland et al., 2021).

For barn og unge er påvirkningen av covid-19 på den psykiske helsen bekymringsverdig (Meherali et al., 2021). Negative innvirkninger kan være av både fysisk, psykologisk, peda-

gogisk, utviklingsmessig, atferdsmessig og sosial art og kan særlig ramme de barna som allerede har utfordringer på disse områdene (Irwin et al., 2022).

Browne og kollegaer vurderer at sammenfall mellom covid-19 og fedme og de påfølgende endringene i miljøet har gitt barn og unge økt risiko for å utvikle fedme og forverre alvorlighetsgraden av fedmen. Forholdet mellom stress, psykisk helse og fedme hos barn er kompleks, og barn med fedme har høy risiko for depresjon på grunn av stigma og isolasjon. Mange spiser mer for å håndtere stresset, og sosial isolasjon truer barnets følelse av sikkerhet og kan forverre en sårbarhet for angst og/eller depresjon (Browne et al., 2021). Rutiner i hverdagen ble endret, og vi så en økning av matinnkjøp og mer bruk av skjerm og sosiale medier (Khan & Moverley Smith, 2020; Zemrani et al., 2021). Mange trøstespiste (Welling et al., 2022), åt usunn mat og reduserte den fysiske aktiviteten (Camp-Spivey et al., 2021; Valenzise et al., 2021). Foreldre opplevde vansker med å kontrollere barnas fedme under pandemien (Razi & Nasiri, 2022), og foreldre med lite utdanning utgjorde en økt risiko (Valenzise et al., 2021).

Barn med fedme trenger hjelp og støtte til å normalisere vektutviklingen (Pretlow, 2009; Øen et al., 2018). Med den høye og økende fedmeforekomsten i den voksne befolkningen i Norge er det ikke gitt at barna får den nødvendige hjelpen og støtten de trenger i hjemmet.

På lokalplanet har helsesykepleiere ifølge nasjonale faglige retningslinjer et stort ansvar for å identifisere og følge opp barn med overvekt og fedme. Fedme hos barn krever langsiktig oppfølging i et tverrfaglig samarbeid med fastlegen som ansvarlig behandler. Helsesykepleiere har ansvar for at det utnevnes en koordinator for oppfølging av barnet. En individuell plan bør settes i verk ved alvorlig fedme, og da har spesialisthelsetjenesten ansvaret for behandling (Helsedirektoratet, 2010).

Kravene til helsetjeneste for barn med fedme foreligger i flere nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet, 2010, 2017). Samtidig har oppfølging av barn med fedme vist seg å være vanskelig å utføre for helsepersonell (Serban et al., 2021; Sjunnestrand et al., 2019; van der Voorn et al., 2022), og det er et sårbart tema for foreldre (Eli et al., 2022). Mødre har erfart sviktende oppfølging av sine barn med fedme hos både fastleger og helsesykepleiere (Akselbo & Ingebrigtsen, 2015). Helsesykepleiere i Norge har erfart mange barrierer ved implementering av den nasjonale retningslinjen for oppfølging av barn med fedme. For eksempel var kommunikasjon med foreldre om vektresultat krevende (Helseth et al., 2017; Nordstrand et al., 2016), men samtidig ble slike samtaler utført med omsorg for både foreldre og barn (Støles et al., 2019).

Vi vil drøfte våre funn ut fra robustheten (resiliens) i helsetjenesten til barn med fedme da samfunnet ble stengt ned på grunn av covid-19. Ifølge Wiig og kollegaer betyr resilient helsetjeneste å levere helsetjenester med høy kvalitet og med god pasientsikkerhet. Helsetjenestens resiliens defineres som «evnen til å tilpasse seg utfordringer og endringer på ulike systemnivåer, for å opprettholde høy kvalitet på omsorgen» (Wiig et al., 2020).

I helsetjenesteloven fremgår det at helse- og omsorgstjenester som tilbys, skal være forsvarelige. Tjenestene skal ligge på et visst nivå, og forsvarligheten gjelder både for det enkelte helsepersonellet og for virksomheten. For det enkelte helsepersonellet innebærer forsvarlighetskravet en plikt til å opptre i samsvar med de til enhver tid gjeldende faglige normene og lovbestemte kravene til yrkesutøvelsen og forventninger om at nasjonale veiledere og retningslinjer følges. Kravet til forsvarlighet som rettes mot virksomheter, omfatter en plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasienten eller brukeren gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2018).

## Om studien og dens hensikt

Studien utforsker situasjonen til barn med fedme under covid-19-pandemien ut ifra norske helsesykepleieres erfaringer. Helsesykepleiere følger opp barn med fedme (Iso-KMI > 30), ved skolestart samtaler, ved måling av høyde og vekt på 3. trinn eller dersom foreldre tar kontakt med ønske om oppfølging.

Hensikten med studien er å utvikle ny kunnskap om hvordan barn med fedme har blitt fulgt opp i skolehelsetjenesten under covid-19-pandemien, og vurdere kommuners evne til å tilpasse seg utfordringer og endringer med å opprettholde høy kvalitet på omsorgen til disse barna.

## Forskningsspørsmål

Hvordan erfarer helsesykepleiere at skolehelsetjenestens helsetilbud til barn med fedme var under covid-19-pandemien?

Hvordan kan helsetilbudet til barn med fedme etableres som en faglig forsvarlig og robust helsetjeneste i kommunen?

## Metode

### Design

Denne studien har et kvalitativt design med et fenomenologisk hermeneutisk vitenskapsteoretisk perspektiv. Fenomenologien søker å forstå sosiale fenomener ut ifra livserfaringer, mens i hermeneutikk fortolkes erfaringer (Van Manen, 1990). Det samles data om helsesykepleieres erfaringer gjennom intervju (Kvale & Brinkmann, 2015), som deretter fortolkes ved hjelp av analysemetoden kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004).

### Rekruttering og datasamling

Vi benyttet en strategisk rekrutteringsmetode med e-postforespørsel til ledere av skolehelsetjenesten i 14 kommuner. Inklusjonskriterium var at informantene hadde minimum tre års arbeidserfaring med skolehelsetjenesten og kunne forstå og snakke norsk. Rekrutteringen av helsesykepleiere viste seg å bli vanskelig. Forespørsel om deltakelse ble derfor sendt til en av regionlederne for Landsgruppen av helsesykepleiere (LaH), som videresendte denne til sine 127 medlemmer. Etter en 16 ukers rekrutteringsperiode fra oktober 2021 til januar 2022 hadde syv informanter sagt seg villig til å delta i studien.

På grunn av koronapandemien ble det benyttet telefonintervju, og samtalene ble tatt opp via Nettskjema.no. Lydfilene ble sendt direkte til server ved Universitetet i Stavanger for sikker datalagring. Stikkord med egne refleksjoner ble notert før intervjuene umiddelbart ble transkribert. Førsteforfatteren gjennomførte alle intervjuene og transkriberingene. De erfarne helsesykepleierne viste stor motivasjon for å snakke om situasjonen til barna med fedme under pandemien og gav fylldige svar. De syv informantene viste seg å sikre studien med tilstrekkelig informasjon i henhold til studiens hensikt, jf. Malterud og kollegaer (Malterud et al., 2016).

### Analyse av data

Den transkriberte teksten ble analysert av begge forfatterne. De bærende meningsenhetene ble identifisert og deretter kondensert og gitt en kode som reflekterer innholdet sett i sammenheng med konteksten. Kodene ble deretter sortert i kategorier som delte et fellestrekk. Etter sortering av det manifeste innholdet i informantenes utsagn ble den latente, underlig-

gende meningen i kategoriene tolket, og gjennom likheter og ulikheter ble de koblet sammen i tema og undertema (Graneheim & Lundman, 2004). I tabell 2 viser vi en oversikt over dataanalysen.

### Forskningsetikk

Vi innhentet samtykke fra alle deltakerne med bakgrunn i at de hadde fått skriftlig informasjon om studiens hensikt, at informasjonen de gav, ble anonymisert, og at de kunne trekke seg uten grunn eller negative konsekvenser for dem. Norsk senter for forskningsdata (NSD) godkjente prosjektet. Referansenummeret er 120613.

### Funn

Informantene hadde 6–26 års arbeidserfaring fra skolehelsetjenesten. Flertallet av informantene kom fra små kommuner. Se tabell 1 for oversikt over informantene.

**Tabell 1** Informasjon om informantenes alder, arbeidserfaring og kommunenes størrelser.

INFORMANT	ALDER	ANTALL INNBYGGERE	ARBEIDSERFARING SOM HELSESYKEPLEIER
1	50–60 år	140 000	26 år
2	50–60 år	20 000	13 år
3	50–60 år	3 000	20 år
4	30–39 år	12 000	6 år
5	30–39 år	3 000	10 år
6	40–49 år	20 000	8 år
7	30–39 år	9 000	8 år

### Resultat fra den kvalitative innholdsanalysen

Gjennom analysen kom det frem to tema: 1. Det tyngende ansvaret med å gi tilbud til barna med fedme under covid-19-pandemien, og 2. ansvaret for kvalitet i tilbudet må hvile på kommunen. De to temaene hadde henholdsvis tre og to undertema.

Tabell 2 gir en oversikt over tema, undertema, kategorier og koder. Resultatene blir først presentert overordnet og deretter i tråd med de to temaene og de tilhørende undertemaene.

**Tabell 2** Resultat, oversikt over tema, undertema, kategori og koder.

Tema	Det tyngende ansvaret med å gi tilbud til barna med fedme under Covid-19 pandemien			Ansvaret for kvalitet i tilbudet må hvile på kommunen			
<b>Under-tema</b>	Barna med fedme trenger hjelp	Så sårt og vanskelig å snakke om fedme	Det mangelfulle helsetilbudet til barna med fedme under Covid-19 pandemien	Det viktige men mangelfulle tverrfaglige arbeidet	Forslag om tiltak for å øke kvaliteten i tilbudet til barn med fedme		
<b>Kategori</b>	HS ser at det er vanskelig for barna med fedme under Covid-19-pandemien	Det viktige, men vanskelige foreldresamarbeidet	Koronapandemien tok helsesykepleier sine ressurser fra barna med fedme	Mangelfulle ressurser til oppfølging av barn med fedme	Tverrfaglig team	Øke ressurser til arbeid med fedme hos barn	Å arbeide mer forebyggende for et bedre tilbud
<b>Koder</b>	Fedme som ekstrabelasting for barnet. Pandemien øker behov for hjelp med fedme Endret livsstil Stillesitting Økt foreldrestress Psykososiale utfordringer i familien	Foreldresamarbeid er avgjørende Komplisert, sårbart og tabubelagt arbeid. Foreldre kjenner på skyld- og skamfølelse Foreldre er avvisende og umotiverte Foreldre med fedme, kan oppleve kritikk Endringsarbeid er krevende for foreldre. Foreldre mangler kunnskap.	Barn med fedme blir nedprioritert under pandemien. Økt stress hos HS på grunn av pandemi HS har ikke fulgt opp barna slik som de ønsket, noen barn glipper.	HS følte seg alene med ansvaret. Endringsarbeid er tidkrevende for HS Underbemanning Mangler tid og kunnskap Mangelfull bruk av individuell plan	Fastlegesamarbeidet Familieveiledere Bruk av individuell plan  Redusere risikofaktorer Omsorgsevne i krise Brukermedvirkning Fysioterapi Psykiatrisk sykepleier Ernæringsfysiolog Frisklivssentral Samarbeid med Spesialisthelsetjeneste	Lederansvar Kompetanse om kommunikasjon om fedme Være ydmyk  Veilede og ivareta den profesjonelle Arbeids glede og arbeidskapasitet Arbeidstilholdighet	Gruppeundervisning, Økt fysisk aktivitet Økt undervisning Mer samarbeid med skole Hjelp til aktivitet på skole og fritid Stressreduksjon

Det som var fremtredende, var at helsesykepleierne så at barna med fedme led under pandemien, og at de hadde et stort behov for hjelp. Informantene pekte på foreldrene som nøkkelpersoner når de skal hjelpe barn med fedme. Når helsesykepleierne skulle informere om barnets vekt, var de redd for å ødelegge relasjonen på grunn av frykten for foreldrenes reaksjoner. Det ble utfordrende å skape et samarbeid med foreldrene på grunn av det sårbare og tabubelagte temaet fedme.

Helsesykepleierne følte på et stort ansvar for å hjelpe barna med fedme og deres familier, men erkjente at for å lykkes krevde det tid og kunnskap. Barna i skolen fikk ikke hjelpetilbud under covid-19-pandemien, og det førte til at barna med fedme ble forsømt.

Informantene uttrykte et ønske om at flere yrkesgrupper engasjerer seg sterkere i denne sårbare gruppen av barn.

Det tyngede ansvaret med å gi tilbud til barn med fedme under covid-19-pandemien

### **Barna med fedme trenger hjelp**

Informantene mente at barn med fedme hadde en ekstrabelastning med stor vekt, spesielt under pandemien med redusert fysisk kontakt med andre, isolering, mer skjermbruk og inaktivitet samt trøstespising. Helseesykepleierne bekymret seg for at disse barna hadde en økt risiko for å få redusert sin helsetilstand, både psykisk og fysisk, på grunn av manglende hjelp. De mente at hverdagene ble forandret under pandemien; barna manglet struktur og rammer da det ble hjemmeskole, og det var mindre hjelp fra ulike instanser som var pliktet til å hjelpe barna. «Pandemien har vært veldig uheldig for disse, de kunne trengt mye mer hjelp fra oss i skolehelsetjenesten» (Informant 2).

Helseesykepleierne erfarte at barna med fedme også hadde andre utfordringer i tillegg til overvekten.

«Jeg kan ikke endre de psykososiale tingene som er utfordrende, det er så forskjellige ting, det handler om ressursene i familien» (Informant 6).

«[...] mange av barna har en type sårbarhet, ja, livskrise, i forhold til trivsel på skolen, ekskludering og mestring. Min erfaring er at de trenger å bli sett, å få frem ting de synes er kjekt og mestrer» (Informant 3).

### **Sårt og vanskelig å snakke om fedme**

Helseesykepleierne var samstemte om at temaet barn med fedme er vanskelig og sårbart for de involverte. De var usikre på hvordan de skulle ta opp bekymringen om stor vekt hos barn, da de erfarte å møte på vonde følelser hos foreldrene til disse barna. Helseesykepleierne observerte at foreldrene ofte var overvektige selv, og at de derfor kunne oppleve en følelse av skam.

«Foreldrene føler at de har gjort noe feil, at det er noe de ikke får til, en skyldfølelse, ja, jeg tror det er tabu. Det er lettere å komme og si at jeg tror barnet mitt har ADHD, kan du hjelpe meg [...]» (Informant 5).

Informantene mente at det var viktig at foreldrene deltok i prosessen, og at de forstod fedme-problematikken. De mente at helseesykepleierne måtte unngå ekspertrollen overfor sårbare familier. Informantene vektla at det var viktig å holde barna utenfor samtalen om fedme, slik at de ikke ble påvirket og kjente på skam, lavt selvbilde og redusert selvfølelse.

Informantene mente at det var sjelden at foreldrene var klar for å gjøre endringer for å bedre helsetilstanden. De følte at de angrep foreldrene når de ringte hjem og informerte om vektutviklingen etter undersøkelsen.

«Noe av det vanskeligste jeg gjør, er å ta de telefonene der jeg skal ringe og snakke om vekten, du prøver å gå frem på en skånsom måte, det er lett for at det går i lås, og da er det låst, føler jeg. De får ikke den oppfølgingen de har behov for» (Informant 6).

Helseesykepleierne ønsket å hjelpe barna med fedme ved å veilede foreldrene om hvordan de kan ta gode valg for helsen, men dette var krevende å gjennomføre for familiene. Informantene pekte på foreldrenes manglende evne til å ta innover seg kunnskap og forståelse samt motivasjon til å gjøre endringer i sin hverdag.

Helsesykepleierne hevdet at det var redusert kapasitet både hos dem selv og foreldrene på grunn av mange stressfaktorer. De vurderte omsorgssituasjonen i familien da de møtte barnet og foreldrene. Noen av helsesykepleierne mente at dersom det kom frem at barnas vekt og inaktivitet fikk negative helsemessige konsekvenser for barnet, vurderte de å sende en bekymringsmelding til barnevernstjenesten. Flere pekte på at dersom familien ble meldt til barnevernet, ble det en større barriere for samarbeid.

#### **Det mangelfulle helsetilbudet til barna med fedme under covid-19-pandemien**

Flere av helsesykepleierne sa at de ble borte fra skolen. De rakk ikke å måle og veie barna på tredje klassetrinn og heller ikke følge opp barn med stor vekt. «Jeg har avvik på oppfølging av dette og burde nok prioritert dette mer [...]» (Informant 5).

Helsesykepleierne fortalte om en fortvilet arbeidshverdag. «Vi har ikke klart å følge godt nok opp, sånn som vi ønsket ... noen glipper nok, dessverre (Informant 7). Vi har måttet velge vektkontroller vekk fordi det har blitt så mye vaksinerings, så det er forsømt arbeid [...]» (Informant 2).

«Innenfor mengden ansatte i helsesykepleiere på skolene, så er det ikke mulig å følge barna opp, det blir bare en slags brannsløkking, vi konstaterer vekten, og så tar vi en telefon, og så får vi som svar at 'vi vil ikke snakke med deg, det er greit, takk, ha det'» (Informant 1).

Flere av informantene kjente på en mer krevende arbeidshverdag under pandemien på grunn av omorganisering av tjenesten. De erfarte at arbeidsfellesskapet manglet, og det reduserte arbeidskapasiteten for flere av helsesykepleierne.

#### **Ansvar for kvalitet i tilbudet må hvile på kommunen – Det viktige, men mangelfulle tverrfaglige arbeidet**

Noen helsesykepleiere sa at de hadde samarbeidet litt med fysioterapeuter, en helsesykepleier hadde samarbeidet med en psykiatrisk sykepleier, og to samarbeidet med frisklivssentralen, som de mente hadde god kompetanse på hvordan man kan veilede om livsstilsendring. Flere av informantene ga uttrykk for at de følte seg alene.

Helsesykepleierne mente at skolehelsetjenesten ikke var rustet godt nok for å ivareta barna med fedme alene, og de ønsket seg et sterkere lag rundt de sårbare barna og et tettere og bedre samarbeid med andre instanser. Informantene opplevde at fastleger og spesialisthelsetjenesten ikke kontaktet helsesykepleieren tilbake når et barn hadde blitt identifisert med fedme. «Det er vanskelig å få resultat ... det er ønskelig at fastlegene kommer mer på banen, kanskje en ernæringsfysiolog, at det blir mer tverrfaglighet i det [...]» (Informant 6).

Individuell plan ble nevnt som et hjelpemiddel ved fedme hos barn, men helsesykepleierne sa at de ikke hadde kapasitet og kunnskap nok til å drifte slike planer. «Barn med fedme trenger gjerne hjelp med det som går på det faglige eller funksjon i skolehverdagen» (Informant 7). Helsesykepleierne pekte på behovet for en familieveileder for at barna og familiene kunne få mer hjelp til alle sine utfordringer i hverdagen.

#### **Forslag om tiltak for å øke kvaliteten i tilbudet til barn med fedme**

Informantene mente at det var et lederansvar å prioritere barna med fedme, at temaet ble satt på dagsordenen, og at det ble satt av ressurser til forebygging.

Helsesykepleierne ønsket mer opplæring i hvordan de kan bli trygge i rollen som behandlere av barn med fedme. «Det hadde vært lettere om det hadde vært en standard på hvordan en skal sette i verk tiltak. Jeg har lite å bidra med, rent praktisk» (Informant 7).



Helsesykepleierne beskrev skolehelsetjenesten som en lite tilgjengelig tjeneste for barn og familier generelt – og spesielt under pandemien. De erfarte lite samarbeid med skolen, men ønsket imidlertid å være mer tilgjengelig på skolen.

Informantene sa at de ønsket å jobbe annerledes fremover. De ville arbeide forebyggende i skolen, slik at færre barn utviklet fedme. De sa de ønsket mer gruppeundervisning med fysisk aktivitet på skolen eller i nærmiljøet. «Jeg er glad i å hjelpe større grupper enten i undervisning eller i prosjekter i skolegården, og skape litt alternative aktiviteter» (Informant 4). Helsesykepleierne sa de ønsket å tilby et aktiv- og helsefremmende lavterskeltilbud, og foreslo deltakelse i faget mat og helse. «Vi ønsker mer tid i skolen, men vi må ha folk i tjenesten til å gjøre dette arbeidet» (Informant 5).

## Diskusjon

I denne studien har vi undersøkt hvordan helsesykepleiere erfarte skolehelsetjenestens helsetilbud til barn med fedme under covid-19-pandemien, og hvordan helsetilbudet kunne bli etablert som en faglig forsvarlig og robust helsetjeneste i kommunen.

### Den viktige, men sviktende oppfølgingen av barn med fedme

Det viste seg i studien at helsesykepleierne ikke fikk fulgt opp barna med fedme slik de mente de burde. Covid-19-pandemien tok arbeidskapasitet og ressurser som helsesykepleierne ellers ville brukt på disse barna, fordi de ble omdisponert av kommunen til vaksinerings og smittesporing. I tillegg ble kapasiteten i tjenesten ytterligere redusert på grunn av høyt faglig stress og økt sykefravær. Gapet mellom behovet for hjelp og de mulighetene helsesykepleierne hadde til å hjelpe disse barna, økte derfor under covid-19-pandemien.

En av oppgavene til helsesykepleierne er å tilby samtale med foreldre om livsstilsendring (Helsedirektoratet, 2010). Informantene erfarte en frykt for å skape negative følelser som skam og skyld hos foreldrene og slik sett ødelegge relasjonen foreldrene hadde til dem. Helsesykepleierne erfarte at det var vanskelig å få til et nødvendig samarbeid med foreldrene. Samarbeidsutfordringer med foreldre synes å ha vart over tid og har blitt erfart av ulike yrkesgrupper, uavhengig av pandemitider (Eli et al., 2022; Serban et al., 2021; Sjunnestrand et al., 2019; van der Voorn et al., 2022).

Den utilstrekkeligheten informantene kjente på når det gjaldt oppfølgingen av de sårbare barna med fedme, ser ut til å bunne i at de erfarte at barna hadde udekkede behov for å ivareta helsen. Disse barna hadde en dobbel sårbarhet ved kombinasjonen av miljøendring på grunn av korona og deres fedmeproblem (Khan & Moverley Smith, 2020). Samtidig har helsesykepleierne som yrkesgruppe forpliktelser de skal fylle, som er nedfelt i nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2010; Helsedirektoratet, 2017).

Under covid-19-pandemien ble hele samfunnet inkludert helsetjenesten satt under press, og det ble gjort mange nødvendige nasjonale prioriteringer hvor tiltak ble veid opp mot hverandre, både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. Pandemien har vist svakheter i primærhelsetjenesten i alle land. Hovedfaktoren for effektivitet handler om de tilgjengelige menneskelige ressursene (Abilkaiyr et al., 2021). Når ressurser ble tatt fra skolehelsetjenesten, ser det ut til at noen barns helse har blitt ofret under pandemien for å forebygge koronasykdom hos andre grupper i samfunnet. Regjeringens strategi for covid-19-pandemien var imidlertid at barn og unge skulle prioriteres, og skolehelsetjenesten skulle utgjøre et sikkerhetsnett for barn med behov for hjelp og oppfølging (Helsedirektoratet, 2022). Under pandemien burde alle sårbare barn bli prioritert med helsetilbud fordi de gjerne sliter på ulike områder, og manglende hjelp kan få store, langtidsvirkende, negative

konsekvenser for livet de har fremfor seg. Negative innvirkninger kan være av både fysisk, psykologisk, pedagogisk, utviklingsmessig, atferdsmessig og sosial art og kan særlig ramme de barna som allerede har utfordringer på disse områdene (Irwin et al., 2022).

Kommuner bør i fremtiden sørge for at helsesykepleiere ikke blir tatt bort fra oppfølging av sårbare barn, noe som kan gi langvarige og alvorlige helsekonsekvenser. Det vil være mye å vinne på å unngå sosial ulikhet i helse ved at disse barna blir ivaretatt under en pandemi fordi fedmeutvikling har vist seg å forverres hos barn med fedme (Maggio et al., 2022). Covid-19-relatert stress har vært den mest vanlige negative påvirkningen på vektutvikling hos barn og ungdom (Kappes et al., 2021). Ifølge Folkehelseinstituttet er det noen bakenforliggende faktorer helsetjenesten ikke kan gjøre noe med for å fremme likhet i helse, mens det kan gjøres noe med å tilby hjelp med levevaner og å følge opp barn som sliter med helseutfordringer (Folkehelseinstituttet, 2022). Under en pandemi må også skolehelsetjenesten prioritere *bør- og skal*-oppgaver. Helsesykepleiere utfører mange rutinemessige screeninger for å oppdage avvik fra normalutvikling. De aller fleste barn utvikler seg imidlertid normalt. Rutinekontroller er også et viktig arbeid, men under en pandemi bør gjerne de sårbare barna som allerede er identifisert med helseutfordringer, prioriteres for å unngå alvorlige helsekonsekvenser, som for disse barna kan være resten av livet, og bidra til sosial ulikhet.

Denne studien viser at mange av årsakene til manglende forsvarlig helsetjeneste var knyttet til kommunens prioriteringer, noe som den enkelte helsesykepleieren ikke kunne gjøre noe med. Når helsesykepleierne opplevde at helsetjenesten ikke var forsvarlig, hviler det på den enkelte medarbeideren å varsle om avvik til overordnede, jf. helsepersonelloven § 4 (1982).

### Kommunen, faglig forsvarlig og resilient helsetjeneste ved barnefedme

Kravet til forsvarlighet i denne studien handler mye om hvordan kommunen utførte sin plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at personalet som skal utføre tjenestene, ble i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Faglig usikkerhet, manglende tidsressurs og tilstrekkelig kompetanse til å følge opp barna og foreldrene viste seg å utgjøre en stressfaktor for informantene. Dette er mangler som har vært beskrevet tidligere, før pandemien, av helsesykepleiere både i Norge (Helseth et al., 2017; Nordstrand et al., 2016) og internasjonalt (Sjunnestrand et al., 2019). I Norge ser det ut til å være et gap mellom forventninger til helsehjelp fra både foreldre og skolebarn (Akselbo & Ingebrigtsen, 2015; Øen et al., 2018) og kapasiteten i de øremerkete helsetjenestene.

Helsesykepleiere er pliktet til å samarbeide og samhandle med mer kvalifisert personell dersom barnets behov krever det (Pasientrettighetsloven, 1999). Våre informanter mente at det var behov for et lag rundt barna med fedme, men de erfarte det manglet et samarbeid med fastleger i kommunen og med spesialisthelsetjenesten. Covid-19-pandemien har synliggjort mangler i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og lokalt folkehelsearbeid samt at det er behov for bedre samarbeid og kommunikasjon mellom organisasjonene og ytterligere reduksjon i barrierer for digital kommunikasjon for å bedre omsorgen for de mest sårbare populasjonene (Dawson et al., 2021).

Informantene etterlyste at flere relevante yrkesgrupper som fysioterapeuter og ernæringsfysiologer ble tilgjengelige i tverrfaglige team slik at fedme hos barn kunne bli håndtert som den komplekse tilstanden det er, med en helhetlig tilnærming. Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett på en individuell plan (Helsepersonelloven, 1982). Ingen av helsesykepleierne i studien nevnte at individuell plan ble brukt. De var usikre på hvordan de skulle bruke slike planer og hadde heller ikke kapasitet til å drifte dette ansvaret. Ifølge nasjonalfaglige retningslinjer er koordinatorens langsiktige hovedoppgave å involvere

og koordinere fagpersoner til tverrfaglig samarbeid og involvere blant annet barnevernstjenesten, som kan bistå familien med foreldreveiledning, og at det kan gjøres en vurdering av barnets omsorgssituasjon (Helsedirektoratet, 2010). Helsepsykepleierne i studien gjør en etisk vurdering av om det er hensiktsmessig å melde familien til barnevernet eller ei. Dersom de melder om bekymring, kan tilliten til helsepsykepleieren i skolehelsetjenesten bli brutt. Dette beskrev helsepsykepleierne som lite ønskelig. Med det manglende tverrfaglige samarbeidet ble de mer alene med ansvaret for de sårbare barna.

Samarbeid med fastlege var etterspurt. I pandemien stod også fastlegene i et stort arbeidspress, hvor de måtte gjøre prioriteringer. De stod i fronten med koronasyke pasienter og pandemiarbeid. Både i pandemien og etterpå har vi sett redusert kapasitet hos fastleger, og det var slitasje i tjenestene som møtte barn og unge (Helsedirektoratet, 2022). Det er rapportert at fastleger opplevde flere kilder til stress, inkludert endret arbeidspraksis, pandemiberedskap og manglende samhörighet på tvers av sektorer, noe som viste en innvirkning på deres psykologiske velvære med opplevd stress, utbrenthet, angst, depresjon, frykt for covid-19, lavere arbeidstilfredshet og fysiske symptomer (Jefferson et al., 2022).

Det fremgikk i denne studien at helsepsykepleierne var fortvilet over å ikke kunne gi barna med fedme oppfølging slik de mente at de burde, fordi de manglet både tid og kompetanse til å utføre dette arbeidet. Det er en risiko for at helsepsykepleiere kan bli utmattet og utbrente når de over tid står i et ansvar og har plikter de ikke har mulighet til å ivareta. Informantene rapporterte om økt sykefravær og at de følte seg alene og savnet støtte. En studie rapporterte at helsepersonell som har stått i frontlinjen under pandemier, og organisasjonene de har arbeidet i, ikke har vært bevisst på hva de har trengt av støtte. For å forbedre dette vektlegges det å sørge for effektiv kommunikasjon, både formell og sosial, å ha et trygt og støttende læringsmiljø (Pollock et al., 2020) og at det gis støtte til helsepersonellet som står i arbeidet (Dawson et al., 2021).

Selv om den norske skolehelsetjenesten har fått flere årsverk gjennom mange år, har arbeidsoppgavene likevel økt mer enn de ekstra ressursene som er tilført. Forskning har vist at selv i en normal situasjon uten pandemi er det vanskelig å følge opp pliktene som er nedfelt i Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge, og at mangel på faglige ressurser har vært en viktig årsak (Helseth et al., 2017; Nordstrand et al., 2016).

Ifølge Sintef er det stor mangel på utdannede helsepsykepleiere i Norge. I henhold til Helsedirektoratets normtall fra 2010 manglet det 2078 helsepsykepleiere i 2021 (Lassemo & Melby, 2021). Etter at normtallene ble utarbeidet, har helsepsykepleiere fått flere pålagte arbeidsoppgaver, deriblant helsesamtale på 8. trinn og flere vaksinedoser som skal settes, noe som har medført at de må velge bort andre viktige oppgaver som faglig oppdatering og helsefremming i grupper (Lassemo & Melby, 2021). Informantene i denne studien mente at oppfølging av barn med fedme var både et tidkrevende og vanskelig arbeid, som de nedprioriterte, selv om de ønsket å arbeide helsefremmende i grupper gjennom skoleaktiviteter og på den måten bidra til å forebygge at flere barn får fedme.

Helsepsykepleiere er opptatt av at forebyggende og helsefremmende arbeid er deres viktigste arbeidsfelt (Aglen et al., 2018), og det er nedfelt i forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Der er også nedfelt at skolehelsetjenesten skal forebygge sykdom og utjevne sosiale helseforskjeller, som innbefatter helseopplysning, helseundersøkelser av enkeltelever, veiledning og rådgivning med oppfølging og henvisning ved behov. Her kommer også oppfølging av barn med fedme inn. Fedme hos barn krever tett oppfølging (Epstein et al., 2021; Wilfley et al., 2007), som betyr at familiene må få hjelp der de bor,

noe som også er nedfelt i nasjonal faglig retningslinje allerede ved overvekt (tiltaksnivå 2, ved Iso-Kmi > 25). Dersom foreldre og ungdommer ønsker det, bør helsesykepleieren eller fastlegen tilby oppfølging med søkelys på motivasjon og endring av levevaner. Når barnet er identifisert med fedme (Iso-KMI > 30), vektlegger nasjonal retningslinje i tiltaksnivå 3 i tillegg at fastlegen må involvere en helsesykepleier, og at helsesykepleieren har ansvar for at det utnevnes en koordinator, som har ansvar for å involvere øvrige faggrupper (Helsedirektoratet, 2010). Vi ser av dette at det hviler et tungt ansvar på helsesykepleieren for barn med fedme i kommunen. Dersom det ikke er utviklet en lokal kommunal plan for oppfølging av barn med fedme hvor det er klargjort hvilke andre faglige ressurser en har å spille på, blir resultatet at helsesykepleierne blir sittende med et ansvar de på grunn av hyppig manglende tverrfaglig samarbeid, tidsressurs og kompetanse ikke har mulighet til å følge opp. Mange barn med fedme kan derfor mangle helsehjelp. En pandemi vil forsterke svikten i helsehjelp til denne sårbare gruppen.

Uten økte generelle tids- og fagressurser til kommunal helsetjeneste for barn med fedme vil det bli vanskelig å gjøre helsetjenesten til denne sårbare gruppen robust (resilient).

### Styrker og svakheter med studien

Studien bringer ny kunnskap som kan gi læringspunkter for kommunen for å utvikle en bærekraftig helsetjeneste for barn med fedme.

Telefonintervjuene var en hensiktsmessig måte å samle data på da det var smittevernregler. Syv informanter er ikke et stort materiale. De fyldige fortellingene informantene gav, at de kom fra ulike kommuner, og at det etter syv intervju ikke kom ny informasjon, sikret informasjonsstyrke, jf. Malterud (2016). Det kan ikke utelukkes at informantene som meldte seg, var de som var mest engasjert i denne sårbare barnegruppen. En årsak til at rekruttering var vanskelig, kan henge sammen med at helsesykepleiere kan ha opplevd at de ikke har gjort et godt nok arbeid for disse barna, og ikke ønsket å stå frem med det eller det arbeidsstresset denne yrkesgruppen stod i, nettopp på grunn av pandemien.

For å øke troverdigheten i studien har vi forklart forskningsprosessen og analysestegene og synliggjort i tabell 2 hvordan vi sorterte i kategorier og kom frem til undertema og tema. Det har vært en styrke at det har vært to forskere som har gjennomarbeidet resultatene, diskutert og til slutt kommet frem til konsensus om analysen.

## Implikasjoner for praksis og fremtidig forskning

For at kommuner skal yte faglig forsvarlig helsehjelp til barn med fedme under en pandemi, kreves det økt bemanning og kompetanseheving i kommunehelsetjenesten som gjør det mulig for personalet å utføre arbeidet på en tilfredsstillende måte. Ledelsen bør sørge for stabile samarbeidsstrukturer slik at kompetent og tverrfaglig kompetanse blir tatt i bruk. Helsesykepleiere må rapportere avvik til ledelsen når de ikke får fulgt opp sine forpliktelser. Under krisesituasjoner i helsetjenestene er det viktig at ledelsen sørger for at den enkelte helsearbeideren får tilbud om veiledning og støtte. Fremtidig forskning bør utforske norske barn med fedme og deres foreldres erfaringer under pandemien samt tverrfaglig samarbeid om denne sårbare gruppen barn.

## Konklusjon

Helsesykepleierne følte ansvar for, men fikk ikke fulgt opp barn med fedme under covid-19-pandemien på grunn av ressursmangel i et vanskelig arbeid. Pandemien tok ressurser fra en allerede presset skolehelsetjeneste, slik at de sårbare barna med fedme ble valgt bort for å hindre smittespredning i befolkningen. Helsesykepleiere trenger kompetanseheving og tidsressurser for å utføre de pliktene som fremgår i de nasjonale retningslinjene. Helsesykepleierne har plikt til å melde avvik når de ikke kan følge nasjonale retningslinjer og å respektere sine egne kompetansebegrensninger. Skal kommuner kunne tilby en resilient, forsvarlig helsetjeneste til barn med fedme og deres foreldre, kreves det tilstrekkelig faglige ressurser og at skolehelsetjenesten og kommunens ledelse sammen utvikler en beredskapsplan, der det er reflektert over hvilke arbeidsoppgaver en kan sette på vent i krisetider. I en slik vurdering må en vektlegge helserisikoen det vil være for spesielle sårbare grupper, slik som barn med fedme. Helsesykepleierne må være en selvsagt yrkesgruppe til å delta i arbeidet med å utvikle beredskapsplan for fremtidige pandemier.

*Vi vil rette en takk til informantene som deltok med å dele sin erfaring.*

*Studien har ikke hatt finansiering.*

*Det foreligger ingen interessekonflikter.*

## Referanser

- Abilkaiyr, N., Sabyr, N., Tazhiyeva, A. & Satybaldin, A. (2021). Comparative analysis of primary health care indicators security standing in Belgium and Norway: Lessons from readiness to COVID-19. *Journal of Medicine and Life*, 14(6), 816–822. <https://doi.org/10.25122/jml-2021-0111>
- Aglen, B. S., Olufsen, V. & Espnes, G.-A. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging er ikke to sider av samme sak. *Sykepleien*, 106, (70809). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70809>
- Akselbo, I. & Ingebrigtsen, O. (2015). Mødre til barn med overvekt – erfaringer og utfordringer. *Nordisk sygeplejeforskning*, 5(4), 453–463. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2015-04-12>
- An, R., Yan, H., Shi, X. & Yang, Y. (2017). Childhood obesity and school absenteeism: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 18(12), 1412–1424. <https://doi.org/10.1111/obr.12599>
- Browne, N. T., Snethen, J. A., Greenberg, C. S., Frenn, M., Kilanowski, J. F., Gance-Cleveland, B., Burke, P. J. & Lewandowski, L. (2021). When Pandemics Collide: The Impact of COVID-19 on Childhood Obesity. *Journal of Pediatric Nursing*, 56, 90–98. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.11.004>
- Camp-Spivey, L. J., Newman, S. D., Stevens, R. N. & Nichols, M. (2021). «We've Had to Build the Plane as We Flew It.»: Impacts of the COVID-19 Pandemic on School-Based Weight Management Interventions. *Childhood Obesity*, 17(8), 497–506. <https://doi.org/10.1089/chi.2021.0037>
- Caprio, S., Santoro, N. & Weiss, R. (2020). Childhood obesity and the associated rise in cardiometabolic complications. *Nature Metabolism*, 2(3), 223–232. <https://doi.org/10.1038/s42255-020-0183-z>
- Dawson, W. D., Boucher, N. A., Stone, R. & CH, V. A. N. H. (2021). COVID-19: The Time for Collaboration Between Long-Term Services and Supports, Health Care Systems, and Public Health Is Now. *Milbank Q*, 99(2), 565–594. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12500>
- Eli, K., Neovius, C., Nordin, K., Brissman, M. & Ek, A. (2022). Parents' experiences following conversations about their young child's weight in the primary health care setting: a study within the STOP project. *BMC Public Health*, 22(1), 1540. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13803-8>

- Epstein, L. H., Schechtman, K. B., Kilanowski, C., Ramel, M., Moursi, N. A., Quattrin, T., Cook, S. R., Eneli, I. U., Pratt, C., Geller, N., Campo, R., Lew, D. & Wilfley, D. E. (2021). Implementing family-based behavioral treatment in the pediatric primary care setting: Design of the PLAN study. *Contemporary Clinical Trials*, 109, 106497. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2021.106497>
- Faienza, M. F., Chiarito, M., Molina-Molina, E., Shanmugam, H., Lammert, F., Krawczyk, M., D'Amato, G. & Portincasa, P. (2020). Childhood obesity, cardiovascular and liver health: a growing epidemic with age. *World Journal of Pediatrics*, 16(5), 438–445. <https://doi.org/10.1007/s12519-020-00341-9>
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Overvekt og fedme blant ungdom*. <https://www.fhi.no/nettpub/ncd/overvekt/ungdom/>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Sosiale helseforskjeller i Norge*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/sosiale-helseforskjeller>
- 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>
- Helland, M. S., Lyngstad, T. H., Holt, T., Larsen, L. & Røysamb, E. (2021). Effects of Covid-19 lockdown on parental functioning in vulnerable families. *Journal of Marriage and Family*, 83(5), 1515–1526. <https://doi.org/10.1111/jomf.12789>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Forskrift om helsestasjon og skolehelsetjenesten*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>
- Helsedirektoratet. (2010). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten*. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/389/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2018). *§ 4 Forsvarlighet*. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse/-4.forsvarlighet>
- Helsedirektoratet. (2022). *Pandemien – hva har vi lært*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorgstjenesten--aktivitetsutvikling-og-erfaringer-fra-pandemien/pandemien--hva-har-vi-laert/balansen-mellom-hensynet-til-smittevern-og-andre-hensyn>
- Helsepersonelloven. (1982). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-1982-11-19-66). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helseth, S., Riiser, K., Holmberg Fagerlund, B., Misvaer, N. & Glavin, K. (2017). Implementing guidelines for preventing, identifying and treating adolescent overweight and obesity-School nurses' perceptions of the challenges involved. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 4716–4725. <https://doi.org/10.1111/jocn.13823>
- Irwin, M., Lazarevic, B., Soled, D. & Adesman, A. (2022). The COVID-19 pandemic and its potential enduring impact on children. *Current Opinion on Pediatrics*, 34(1), 107–115. <https://doi.org/10.1097/mop.0000000000001097>
- Jebeile, H., Kelly, A. S., O'Malley, G. & Baur, L. A. (2022). Obesity in children and adolescents: epidemiology, causes, assessment, and management. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 10(5), 351–365. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(22\)00047-x](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(22)00047-x)
- Jefferson, L., Golder, S., Heathcote, C., Avila, A. C., Dale, V., Essex, H., van der Feltz Cornelis, C., McHugh, E., Moe-Byrne, T. & Bloor, K. (2022). GP wellbeing during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 72(718), e325–e333. <https://doi.org/10.3399/bjgp.2021.0680>

- Júlíusson, P. B., Eide, G. E., Roelants, M., Waaler, P. E., Hauspie, R. & Bjerknes, R. (2010). Overweight and obesity in Norwegian children: prevalence and socio-demographic risk factors. *Acta Paediatrica*, 99(6), 900–905. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01730.x>
- Júlíusson, P. B., Roelants, M., Eide, G. E., Moster, D., Juul, A., Hauspie, R., Waaler, P. E. & Bjerknes, R. (2009). [Growth references for Norwegian children]. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129(4), 281–286. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.32473>
- Kappes, C., Stein, R., Körner, A., Merckenschlager, A. & Kiess, W. (2021). Stress, Stress Reduction and Obesity in Childhood and Adolescence. *Hormone Research in Paediatrics*, 281–289. <https://doi.org/10.1159/000519284>
- Khan, M. A. & Moverley Smith, J. E. (2020). «Covibesity,» a new pandemic. *Obesity Medicine*, 19, 100282. <https://doi.org/10.1016/j.obmed.2020.100282>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lassemo, E. & Melby, L. (2021). *Helsesykepleiere i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Status, utvikling og behov*. Sintef. Hentet 03.02.23 fra: <https://www.sintef.no/siste-nytt/2021/norge-mangler-over-2000-helsesykepleiere/>
- Maggio, A. B. R., Gal-Dudding, C., Martin, X. & Chamay-Weber, C. (2022). Evaluation of the impact of the COVID-19 lockdown on BMI in children and adolescents with or without obesity. *BMC Pediatrics*, 22(1), 509. <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03565-y>
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Meherali, S., Punjani, N., Louie-Poon, S., Abdul Rahim, K., Das, J. K., Salam, R. A. & Lassi, Z. S. (2021). Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph18073432>
- Nordstrand, A., Fridlund, B. & Sollesnes, R. (2016). Implementation of national guidelines for the prevention and treatment of overweight and obesity in children and adolescents: a phenomenographic analysis of public health nurses' perceptions. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11, 31934. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.31934>
- Pasientrettighetsloven. (1999). *Pasient- og brukerrettighetsloven*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pollock, A., Campbell, P., Cheyne, J., Cowie, J., Davis, B., McCallum, J., McGill, K., Elders, A., Hagen, S., McClurg, D., Torrens, C. & Maxwell, M. (2020). Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 11(11), Cd013779. <https://doi.org/10.1002/14651858.Cd013779>
- Pretlow, R. (2009). *Overweight. What Kids Say*. BookSurge.
- Rankin, J., Matthews, L., Copley, S., Han, A., Sanders, R., Wiltshire, H. D. & Baker, J. S. (2016). Psychological consequences of childhood obesity: psychiatric comorbidity and prevention. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 7, 125–146. <https://doi.org/10.2147/ahmt.S101631>
- Razi, M. & Nasiri, A. (2022). Concerns of parents about children's overweight and obesity during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing*, 63, 111–116. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.11.012>
- Regjeringen. (2021). *Tidslinje: myndighetenes håndtering av koronasituasjonen*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/Koronasituasjonen/tidslinje-koronaviruset/id2692402/>
- Serban, C. L., Putnoky, S., Ek, A., Eli, K., Nowicka, P. & Chirita-Emandi, A. (2021). Making Childhood Obesity a Priority: A Qualitative Study of Healthcare Professionals' Perspectives on Facilitating Communication and Improving Treatment. *Front Public Health*, 9, 652491. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.652491>

- 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), 1494. <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(2), 128–140. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2019-02-06>
- Valenzise, M., D'Amico, F., Cucinotta, U., Lugarà, C., Zirilli, G., Zema, A., Wasniewska, M. & Pajno, G. B. (2021). The lockdown effects on a pediatric obese population in the COVID-19 era. *Italian Journal of Pediatrics*, 47(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01142-0>
- van der Voorn, B., Camfferman, R., Seidell, J. C. & Halberstadt, J. (2022). Talking with pediatric patients with overweight or obesity and their parents: self-rated self-efficacy and perceived barriers of Dutch healthcare professionals from seven disciplines. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1236. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08520-2>
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: human science for action sensitive pedagogy*. Althouse Press.
- Welling, M. S., Abawi, O., van den Eynde, E., van Rossum, E. F. C., Halberstadt, J., Brandsma, A. E., Kleinendorst, L., van den Akker, E. L. T. & van der Voorn, B. (2022). Impact of the COVID-19 Pandemic and Related Lockdown Measures on Lifestyle Behaviors and Well-Being in Children and Adolescents with Severe Obesity. *Obesity Facts*, 15(2), 186–196. <https://doi.org/10.1159/000520718>
- WHO. (2021). *Obesity and overweight*. World Health Organisation. Retrieved June 9th from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Wiig, S., Aase, K., Billett, S., Canfield, C., Røise, O., Njå, O., Guise, V., Haraldseid-Driftland, C., Ree, E., Anderson, J. E. & Macrae, C. (2020). Defining the boundaries and operational concepts of resilience in the resilience in healthcare research program. *BMC Health Services Research*, 20(1), 330. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05224-3>
- Wilfley, D. E., Tibbs, T. L., Van Buren, D. J., Reach, K. P., Walker, M. S. & Epstein, L. H. (2007). Lifestyle interventions in the treatment of childhood overweight: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *Health Psychology*, 26(5), 521–532. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.5.521>
- Zemrani, B., Gehri, M., Masserey, E., Knob, C. & Pellaton, R. (2021). A hidden side of the COVID-19 pandemic in children: the double burden of undernutrition and overnutrition. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01390-w>
- Øen, G., Kvilhaugsvik, B., Eldal, K. & Halding, A. G. (2018). Adolescents' perspectives on everyday life with obesity: a qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1), 1479581. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1479581>