



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet
Institutt for helse- og omsorgsfag

Overvekt og fedme hos barn - et komplekst og sensitivt tema

En litteraturstudie av omsorgens betydning i samtalen med foreldre om et barns overvekt.

Mariell Iversen

Masteroppgave i helsefag studieretning helsesykepleie.

Hel-3964

Mai 2022

Antall ord: 21670

Forord

Endelig var man ved veis ende.

Veien hit har vært krevende, men svært lærerik. Dette har vært en lang prosess som jeg er glad for at jeg kastet meg ut i, selv om det noen dager har vært fristende å legge til kai.

Takk til UIT Norges Arktiske Universitet som har gitt meg muligheten til å studere helsesykepleie og til å avslutte min grad som masterstudent.

Takk til Hilde Laholt for veiledning og samarbeid. Du har vært til stor hjelp for å klare å holde tråden i et stort og komplekst tema.

Takk til Grete Overvåg for god veiledning i søk etter litteratur.

Tusen takk til mamma og pappa for gode og oppmuntrende ord og barnepass underveis i prosessen.

Takk til svigermor og svigerfar for lån av kontor plass på Sommarøya. Spesielt takk til svigerfar for at du tok deg tid til korrekturlesing.

Takk til mine to små jenter på 8 måneder og 3 år som har gitt masse kjærighet og glede gjennom denne prosessen.

Takk til min mann, Eirik. For at du er den du er, og for at du har støttet meg og hjulpet meg til å komme i mål med dette prosjektet.

Sammendrag

Bakgrunn: Helsestasjon og skolehelsetjenesten har en viktig rolle i å forebygge og fremme et barns utvikling av overvekt eller fedme. Helseesykepleier skal gjennom denne tjenesten tilby vekt og høydemålinger av barn og unge regelmessig de første leveårene. Helseesykepleier har et faglig ansvar i å følge opp barn og unge som opplever overvekt gjennom retningslinjer og lover. Samtidig er helseesykepleier en sykepleier der omsorg og helsefremming har betydning i møte med familier og i deres relasjon. Med utgangspunkt i dette har det skapt et ønske om å belyse funnene opp imot det relasjonelle som foregår i samtalen mellom foreldrene og helseesykepleier. Der omsorgen tydeliggjøres gjennom tillit, skjønn og makt.

Problemstilling: Hvordan samtaler helseesykepleier om et barns overvekt og fedme med foreldre i helsestasjon og skolehelsetjenesten?

Teori: Teorigrunnlaget er litteratur knyttet til omsorgstenkning i relasjonen og samtalen der tillit, makt og skjønn vektlegges i møte med den andre. Med bakgrunn i dette har jeg latt meg inspirere av Knut E. Løgstrup, Kari Martinsen og Anne Clancy.

Metode: Dette er en kvalitativ litteraturstudie med en systematisk tilnærming i henhold til Aveyard (2014) sitt utgangspunkt for bruk av denne metoden som masterstudent. Det er gjort litteratursøk i databasene Cinahl, Svemed+ og Pubmed. Totalt er 7 artikler inkludert. Artiklene er analysert ved tematisk analyse inspirert av Aveyard (2014).

Funn: Funn viser at de fleste tar utgangspunkt i vekstkurven, og den videre tilnærmingen i samtalen avhenger av foreldrenes reaksjoner. Helseesykepleiere er opptatt av å handle etter det som vil være til barnets beste i samtalen, samtidig som hele familien ivaretas på en helsefremmende måte. Utfordringene som belyses er at det er et komplekst og sensitivt tema å samtale om.

Konklusjon: Ut ifra funnene i denne studien tyder det på at det å samtale om et barns overvekt med foreldre er et komplekst og sensitivt tema. Omsorgen i samtalen om et barns overvekt med foreldre kommer frem ved at helseesykepleier er bevisste sin maktposisjon og sitt ansvar, samtidig som de tilstreber å møte foreldrene på en helsefremmende og omsorgsfull måte der det å vise skjønn står sentralt.

Nøkkelord: Overweight, obesity, child, children, communication, conversation, talking, dialogue, encounter, challenges, barriers

Abstract

Background: The health station and the school health service have an important role in preventing and promoting a child's development of overweight or obesity. Through this service, the health care nurse shall offer weight and height measurements of children and young people regularly during the first years of life. The health care nurse has a professional responsibility in following up children and young people who experience obesity through guidelines and law. At the same time, a health care nurse is a nurse where care and health promotion are important in meetings with families and in their relationship. Based on this, it had created a desire to shed light on the findings against the relational that takes place in the conversation between the parents and the health care nurse. Where care is clarified through trust, judgment and power.

Issue: How does a health care nurse talk about a child's overweight and obesity with parents in the health station and the school service?

Theory: The theoretical basis is literature related to caring thinking in the relationship and the conversation where trust, power and judgment are emphasized in meeting the other. Based on this, I have been inspired by Knut E. Løgstrup, Kari Martinsen og Anne Clancy.

Method: This is a qualitative literature study with a systematic approach according to Aveyard (2014) starting point for using this method as a masters student. A literature search has been performed in the databases Cinahl, Svemed+ and Pubmed. A total of 7 articles are included. The articles are analyzed by thematic analysis inspired by Aveyard (2014).

Findings: Finding show that most are based on the growth curve and the further approach in the conversation depends on the parent's reactions. Health care nurses are concerned with acting on what will be in the child's best interest in the conversation, at the same time as the whole family is taken care of in a health – promoting way. The challenges that are highlighted are that it is a complex and sensitive topic to talk about.

Conclusion: Based on the findings of this study, it suggests that talking about a child's overweight with parents is a complex and sensitive topic. The care in the conversation about a child's overweight with parents is revealed by the health care nurse being aware of his or her position of power and responsibility, while at the same time striving to meet the parents in a health-promoting and caring way where judgment is central.

Keywords: Overweight, obesity, child, children, communication, conversation, talking, dialogue, encounter, challenges, barriers

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål	2
1.2 Formål og hensikt med forskningsprosjektet	2
1.3 Avgrensning og spesifisering	3
1.4 Begrepsavklaringer	3
1.5 Oppgavens oppbygning.....	4
2. Kunnskapsgrunnlag før datainnsamlingen.....	6
2.1 Et komplekst, sårt og utfordrende tema.....	6
3. Teoretisk utgangspunkt	9
3.1 Hva er omsorg?.....	9
3.2 Omsorgstenkning fra et helsesykepleiefaglig perspektiv	10
3.3 Omsorgens grunnlag	12
3.3.1 Livsytringer.....	13
3.3.2 Tillit.....	15
3.3.3 Urørlighetssonen.....	16
4. Metode	18
4.1 Litteraturstudie som metode	18
4.1.1 Hermeneutikk	19
4.1.2 Forforståelse.....	20
4.2 Beskrivelse av søkestrategi	21
4.2.1 Formulering av problemstilling	21
4.2.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier	22
4.2.3 Prøvesøk og veiledning.....	23
4.2.4 Valg av databaser	24
4.2.5 Valg av søkeord	24
4.2.6 Inkludering og ekskluderingsprosess	25
4.3 Kvalitetsvurdering av inkludert datamateriale	28
4.4 Forskningsetiske hensyn	29
4.5 Studiens validitet og reliabilitet.....	30
5. Analysing av data.....	32
5.1 Analyseprosessen.....	32
6. Resultater	34
6.1 Samtalens utgangspunkt.....	35
6.1.1 Møte foreldrene der de er	35
6.2 Hvordan samtale for å bidra til barnets beste	36
6.2.1 Helsefremmende samtale	37

6.2.2 Barnets talsperson	38
6.3 Samtalens utfordringer	38
6.3.1 Kompleks tematikk	39
6.3.2 Sensitivt tema	40
7. Diskusjon.....	41
7.1 Samtalens utgangspunkt.....	41
7.1.1 Møte familien der de er	41
7.2 Hvordan samtale for å bidra til barnets beste	44
7.2.1 Helsefremmende samtale	44
7.2.2 Barnets talsperson	46
7.3 Samtalens utfordringer	47
7.3.1 Kompleks tematikk	48
7.3.2 Sensitivt tema	50
7.4 Oppsummering	52
8. Avslutning	54
8.1 Videre forskning	54
8.2 Metodediskusjon.....	54
Referanser	56
Vedlegg 1: Søkelogg.....	64
Vedlegg 2: Artikkelmatrise.....	65
Vedlegg 3: Kvalitetsvurdering.....	68

1. Innledning

Overvekt og fedme er et økende problem på verdensbasis. Fra 2000-2016 gikk det fra å være 1 av 10 barn som var overvektige til å bli 1 av 5 barn i alderen 5- 19 år (Unicef, 2019). I Norge ser man at det blant 8-9 åringer (3.klassinger) er 14 % av jentene og 11% av guttene som kategoriseres som overvektig, og at 3% av jentene og 2% av guttene er i kategorien fedme (Folkehelseinstituttet, FHI, 2017b). Helseundersøkelser viser at samlet sett har 15-20% av barn overvekt eller fedme, noe som tilsvarer 1 av 6 barn (FHI, 2017a; FHI, 2017b; Juliusson et al, 2007). Til sammen kan 25% av ungdommen kategoriseres som overvektig eller fedme, og denne andelen ser ut til å være økende (FHI, 2017a).

Helsestasjon og skolehelsetjenesten har en viktig rolle i å forebygge og fremme et barns utvikling av overvekt eller fedme (Helsedirektoratet, 2022). Helseesykepleier skal gjennom denne tjenesten blant annet tilby vekt og høydemålinger av barn og unge regelmessig de første årene, samt ved skolestart, 3. klasse og 8. klasse, og ellers ved oppfølging på indikasjon eller forespørsel fra foreldrene. Barnets vekt og temaer knyttet til kosthold og fysisk aktivitet er noe som tas opp på konsultasjoner både i helsestasjon og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2022). Det hviler et ansvar på helseesykepleier om å følge opp dersom det er vektavvik ut ifra anbefalte retningslinjer. Dette ansvaret følger av at det er helseesykepleier som ofte er den eneste av offentlige instanser som veier og måler barnet og gir råd og veiledning knyttet til den enkelte families behov (Helsedirektoratet, 2010a; Helsedirektoratet, 2010b; Helsedirektoratet, 2022). Gjennom veiledning, rådgivning og helseopplysninger til barn, unge og deres foreldre er målet at tjenesten skal bidra til å fremme barn og unges fysiske og psykiske helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold rundt den enkelte, samt forebygge sykdom og skade (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018 § 1; Helse og omsorgstjenesteloven, 2011; Helsedirektoratet, 2022).

I møte med foreldre som opplever at deres barn er overvektige eller har fedme skal helseesykepleier tilby råd, veiledning og helseopplysninger til foreldrene som bidrar til at barnets helse fremmes gjennom samtale (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018 § 1; Helse og omsorgstjenesteloven, 2011; Helsedirektoratet, 2022). I denne samtalen hviler det et juridisk og etisk ansvar helseesykepleier skal forholde seg til. Retningslinjer, forskrifter og lovene forteller oss hva som er vårt juridiske ansvar i denne samtalen. (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018; Helse og omsorgstjenesteloven, 2011; Helsedirektoratet, 2022). De yrkesetiske retningslinjene bidrar til hva vårt etiske ansvar er.

Der grunnlaget for utøvelse av sykepleie skal være respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet bygget på omsorg, barmhjertighet og respekten for menneskerettighetene (NSF, u.å). I samtalen med foreldre som opplever at deres barn er overvektige skal helsesykepleier finne en balanse mellom å forholde seg til retningslinjer, forskrifter og lover på den ene siden, og helsefremming og omsorg på den andre siden.

Tidligere forskning viser at det å skulle samtale om overvekt og fedme er komplekst og sårt, og mange opplever det svært krevende å skulle samtale om det med familier (Bradbury et al, 2018; Castor et al, 2021; Edvardsson et al, 2009; Øen, 2012c).

Med bakgrunn i dette dagsaktuelle og utfordrende temaet, har jeg et ønske om å tilegne meg mer kunnskap om hvordan helsesykepleiere samtaler om overvekt og fedme med foreldre i helsestasjon og skolehelsetjenesten. Dette for å få en større forståelse av samtalens betydning i relasjonen mellom foreldrene og helsesykepleier. Denne kunnskapen vil være nyttig for helsesykepleiere i møte med overvektige barn og deres foreldre.

1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

Med utgangspunkt i det som er nevnt ovenfor har jeg gått ut ifra følgende problemstilling:

Hvordan samtaler helsesykepleier om et barns overvekt og fedme med foreldre i helsestasjon og skolehelsetjenesten?

Forskningsspørsmålene jeg har tatt utgangspunkt i for å besvare min problemstilling er:

- *Hva vektlegger helsesykepleier i samtalen?*
- *Hvordan ivaretas familien i samtalen?*
- *Hvilke utfordringer møter helsesykepleier på i samtalen?*

1.2 Formål og hensikt med forskningsprosjektet

Formålet med denne studien er å få ny kunnskap om hvordan helsesykepleier samtaler om overvekt og fedme med foreldre i helsestasjon og skolehelsetjenesten. Hensikten med studien er å finne ut hva allerede gjennomført forskning sier om hvordan helsesykepleier samtaler om dette temaet med foreldre, og belyse disse funnene opp mot omsorgstenkingens betydning i denne samtalen. Studien kan bidra til en innsikt i de mellommenneskelige forholdene i samtalen mellom helsesykepleier og foreldre som opplever at deres barn er overvektig. Studien kan også bidra til refleksjon knyttet til hvor komplekst og utfordrende det faktisk er å skulle samtale med foreldre som opplever at deres barn er overvektig. Det har ikke vært et

mål å komme til noen konklusjon, men belyse samtalen i lys av omsorgstenkningen, som er sentral i enhver helsesykepleiers praksisvirke.

1.3 Avgrensning og spesifisering

Studien er begrenset til å se på forskning som omhandler hvordan helsesykepleier samtaler om et barns overvekt og fedme i helsestasjon og skolehelsetjenesten med foreldrene. Forskningen som er inkludert tar utgangspunkt i helsesykepleiers samtale med foreldrene, men med barnets tilstedeværelse. Bakgrunnen for denne begrensningen er at i de fleste veiesituasjoner som gjennomføres i helsestasjon og skolehelsetjeneste er både foreldrene og barna til stede.

1.4 Begrepsavklaringer

Overvekt og fedme er sentrale begreper som benyttes gjennom denne oppgaven, med bakgrunn i det velger jeg å redegjøre for disse. Det redegjøres også for begrepet samtale, og hvilken betydning samtalen har i denne konteksten.

Helsedirektoratet (2010a) definerer overvekt og fedme ut fra kroppsmasseindeks (KMI). Dette beregnes ved å dividere vekten (kg) med kvadratet av høyden (m²): $KMI = Kg/m^2$. Det er anbefalt å bruke en kjønns- og aldersjustert grense for overvekt og fedme for barn og unge fra 2 til 18 år (Helsedirektoratet, 2010a; Helsedirektoratet, 2022). Bakgrunnen for at det er anbefalt å bruke egne mål for barn er at barn har redusert muskel og skjelettmasse før puberteten, men også med bakgrunn i at jenter ofte er tidligere utviklet enn gutter.

Grenseverdiene presenteres i kurver eller tabeller, der barnets KMI plasseres mot alder. Hvilken kategori barnets vekt kommer under avgjøres gjennom å vurdere KMI verdiens plassering i forhold til grenseverdiene som vises (Helsedirektoratet, 2010a). Det er viktig å påpeke at selv om KMI viser overvekt eller fedme er ikke det tilfelle i alle situasjoner. KMI er et kartleggingsverktøy som alltid må kombineres med klinisk undersøkelse (Helsedirektoratet, 2010b). I møte med familier som opplever overvekt vil målet være å forebygge eller fremme videre utvikling av overvekt for å unngå fedme, eller å fremme helsen til et barn som er i kategorien fedme. Da fedme kan gi uheldige helsekonsekvenser på kort og lang sikt (Helsedirektoratet, 2010a).

I denne oppgaven brukes ordet samtale mellom det som skjer når helsesykepleier og foreldre møtes i helsestasjon eller skolehelsetjenesten der de snakker om et barns overvekt eller fedme. Samtalen mellom helsesykepleier og foreldrene skal bidra til at foreldrene får støtte, informasjon og råd tilpasset deres ønsker og behov slik at de selv kan bidra til å gjøre

endringer som fremmer barnets helse (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018 § 1; Helse og omsorgstjenesteloven, 2011; Helsedirektoratet, 2022). I denne samtalen er det sentralt at helseesykepleier evner å finne balansen mellom sin maktposisjon ut ifra retningslinjer, lover og forskrifter på den ene siden (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018 § 1; Helse og omsorgstjenesteloven, 2011; Helsedirektoratet, 2022), og en helsefremmende og omsorgsfull tilnærming på den andre. Der den enkeltes verdighet ivaretas gjennom omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskets rettigheter (NSF, u.å), og brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2022; Pasient og brukerrettighetsloven, 1991 § 3-1). Utgangspunktet for at ordet samtale er benyttet er med bakgrunn i min valgte teori og hvordan samtalen beskrives av Løgstrup (Løgstrup, 1991; Løgstrup, 1996). Han skriver at i ethvert møte mellom mennesker våger en seg frem. Det å henvende seg til en annen handler om å utlevere noe av seg selv til den andre. Det å ta imot en slik henvendelse fører til en makt overfor den som henvender seg til deg. Både utleveringen og makten kan være begrenset, men den kan også ha stor betydning for deres liv. Våre liv består av et samspill med og mot hverandre i relasjoner der makt og avhengighet står sentralt. I møte med hverandre har en to alternativer, enten å bruke sin makt til å fremme hans eller hennes liv til det som vil være til det beste for den andre, eller å gjøre det motsatte (Løgstrup, 1996). På den måten kan en si at menneskers handlinger og forståelser begrunnes i en avhengighet av hverandre, noe Løgstrup kaller, *interpendens* (Løgstrup, 1991). Martinsen (2005) skriver at samtalen Løgstrup beskriver kan forstås som en treleddet relasjon der det handler om deg, meg og saken det snakkes om. Der det talende subjektet (mennesket) defineres ut ifra skapelsesteologi og fenomenologi, og der mennesket blir sett på som et sansende og mottakende vesen (Martinsen, 2005). Kommunikasjon og samtale handler om å våge seg frem for å bli imøtekommen. Det å imøtekomme den andre handler om å møte den andre der den andre ønsker ved å lytte, forsøke å forstå og handle ut ifra det som vil være til det beste for den andre og på den måten ivareta og verne den enkeltes integritet (Løgstrup, 1991; Martinsen, 2005).

1.5 Oppgavens oppbygning

I kapittel 2 presenteres mitt kunnskapsgrunnlag før datainnsamling. Kunnskapsgrunnlaget før datainnsamling belyser hvilken forskning og litteratur som fantes om temaet før datainnsamlingen. I kapittel 3 presenteres mitt teoretiske utgangspunkt som er av relevans for denne oppgavens tema og problemstilling. Teorien som er valgt omhandler menneskers evne til omsorgstenkning i samtalen med andre der tillit, skjønn og makt er av betydning. Det er

tatt utgangspunkt i Knut E Løgstrup, Kari Martinsen og Anne Clancys fremstilling av denne teorien.

I kapittel 4 beskrives metoden. Metodekapittelet inneholder presentasjon av valgt forskningsmetode og vitenskapsteoretisk utgangspunkt for oppgaven. Kapittelet inneholder også beskrivelse av min søkestrategi der inklusjons- og eksklusjonskriterier, databasevalg og søkeord presenteres. Videre beskrives det hvilke kvalitetsvurderinger som er gjort, forskningsetiske hensyn og studiens validitet og reliabilitet.

I kapittel 5 beskrives analyseprosessen.

I kapittel 6 redegjøres det for studiens funn, først i tabell så i tekst. I tillegg presenteres det en temaoversikt over de temaene som framkom i de ulike artiklene.

I kapittel 7 diskuteres studiens funn opp mot kunnskapsgrunnlag før datainnsamling og teoretiske utgangspunkt. Videre oppsummeres hovedfunnene. Avslutningsvis presenteres forslag til videre forskning og til slutt en metodediskusjon.

2. Kunnskapsgrunnlag før datainnsamlingen

Hvordan en samtaler om overvekt og fedme med familier er et tema det finnes en del forskning på. Denne forskningen og litteraturen finnes i forskjellige type kilder. I denne oppgaven er det tatt utgangspunkt i tidligere litteratur og forskning fra forskningsartikler, bøker og retningslinjer som omhandler hvordan helsepersonell samtaler om overvekt og fedme med familier. Videre presenteres mitt kunnskapsgrunnlag før gjennomført datainnsamling.

2.1 Et komplekst, sårt og utfordrende tema

Danielsen (2014) skriver at overvekt og fedme er et sammensatt og komplekst tema med bakgrunn i at det er flere faktorer som påvirker ens utvikling av overvekt og fedme. Fedme hos barn blir sett på som en bevegende prosess der faktorer som biologi, genetikk, fødselsregulering, omgivelser, tanker og adferd påvirker hverandre. I samtale med familier er det nyttig å lytte til deres tanker og forklaringer. I samtalen er det viktig å vise respekt for deres opplevelser og oppfatninger, og være bevisst at det er mye vi ikke vet om årsakene til hvordan fedme utvikler seg.

Hvordan den enkelte velger å tilnærme seg samtalen om overvekt har betydning for mottakerens reaksjoner og motivasjon til endring (Hanssen-Bauer og Knutsen, 2017; Helsedirektoratet, 2010a). Forskning viser at mange tar utgangspunkt i vekstkurven når de skal samtale om barnets overvekt med foreldrene. Flere mente at vekstkurven var et nyttig verktøy i denne samtalen som viser fakta (Castor et al, 2021; Edvardsson et al, 2009; Toftemo et al, 2013; Bradbury et al, 2018). Noen påpekte at det er av betydning for samtalen at man handler profesjonelt og er tydelig i sin tilnærming i kommunikasjonen (Edvardsson et al, 2009). Andre uttrykte at de var bevisste sitt ordvalg i samtalen for å unngå å si noe som kunne såre eller skape negative reaksjoner hos foreldrene (Edvardsson et al, 2009; Farnesi et al, 2012).

Øen skriver (2012c) at når en skal hjelpe familier der et barn er overvektig handler det om å etablere en god relasjon til hele familien. En må tilnærme seg på en sensitiv måte, og tilpasse seg familiens ønsker og behov. I hovedsak vil det være foreldrene som må ta ansvar for den videre utviklingen, og brukermedvirkningen må rettes mot dem i stor grad. Det å ha medvirkning i egen behandling er forankret i loven (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999 § 3-1). Dersom helsepersonell skal kunne hjelpe familier med deres overvekt må de ha kunnskapen som trengs for å kunne bidra til dette, men vel så viktig er måten denne

kunnskapen blir formidlet på til familien. Denne kommunikasjonen vil ha betydning for maktforholdet mellom helsepersonell og familie. Når en skal samtale med noen om endringer som burde gjøres i forhold til livsstil vil det å være god på relasjonsbygging, kommunikasjon og vite hva som gir mestring og motivasjon, være nødvendig (Øen, 2012c). Edvardsson et al (2009) skriver at når en skal samtale om et barns overvekt er det nødvendig å tilnærme seg på en respektfull måte. Det handler om å ta opp problemet på en måte som ikke skyver foreldrene til siden, men finne en måte som bidrar til at de ønsker å komme tilbake til deg. Tidligere forskning av Edvardsson et al (2009) og Gothilander og Johansson (2021) skriver at relasjonen mellom helsesykepleier og foreldre er viktig i denne samtalen, og er av stor betydning for deres samarbeid. Et forhold bygget opp over tid mente noen var en fordel for å ha opparbeidet seg tillit til den jobben som gjøres og til tjenesten (Edvardsson et al, 2009).

Overvekt og fedme er et komplekst og sammensatt problem (Danielsen, 2014). Noe som kan føre til at mange opplever det utfordrende å skulle samtale om det (Edvardsson et al, 2009; Bradbury et al, 2018). Øen (2012c) skriver at det å være overvektig kan gi en opplevelse av å miste kontroll over sin egen kropp, og dens utvikling. Det kan være stressende, frustrerende og gi en negativ kroppsfølelse og et dårlig selvbilde. Overvekt og fedme kan være et sårt tema for mange, noe helsepersonell må ta hensyn til i møte med disse menneskene (Furunes, Dysvik og Ueland, 2020; Hanssen-Bauer og Knutsen, 2017; Toftemo et al, 2013). Andre grunner til at overvekt og fedme er komplekst og krevende å samtale om, er at det i noen tilfeller kan være andre bakenforliggende årsaker til problemet (Castor et al, 2021; Danielsen, 2014).

Bradbury et al (2018) beskriver helsesykepleiere sin frykt for å si noe som kan såre familien, og som kan ødelegge deres relasjon. De frykter hvordan foreldrene vil reagere når de skal fortelle at deres barn er overvektig. Andre opplevde det vanskelig når barnet også var til stede, i frykt for at barnet skal føle seg stigmatisert. Helsesykepleiere uttrykker at det å skulle samtale om overvekt og fedme med foreldre er et stort og komplekst tema som ikke alle helt vet hvordan de skal håndtere ut ifra den kunnskapen de har.

Forskning av Edvardsson et al (2009) viser at helsesykepleier er seg bevisste sitt ansvar i å ta opp dette temaet med foreldrene, samtidig som det var vanskelig å vite hvordan man skulle gå frem for å unngå å såre dem.

Øen (2012b) skriver at fedme er et tema det har vært forsket på i over 40 år. Fedme har visst seg å være et komplekst felt som har resultert i mye forskningsresultater. Likevel er fedme

fortsatt et økende problem i verden. Hva som kan være årsakene til at man ikke er kommet frem til en løsning kan være flere. De fleste som jobber med familier som sliter med fedme opplever nok at det å skulle samtale om et slikt tema er etisk utfordrende. Dette kan være en medvirkende årsak til at man ikke har kommet frem til en løsning på denne negative utviklingen.

3. Teoretisk utgangspunkt

Formålet med denne masteroppgaven er få en ny forståelse av hvordan helsesykepleier samtaler om et barns overvekt og fedme med foreldre i helsestasjon og skolehelsetjeneste. Jeg har gjennom systematisk søk i databaser hatt et ønske om å finne forskning som kan belyse og diskutere min problemstilling.

Hvordan helsesykepleier samtaler om overvekt og fedme med foreldre har ført meg til teori knyttet til omsorgstenkning. Jeg har med bakgrunn i det valgt litteratur og forskning utført av Knut E. Løgstrup, Kari Martinsen og Anne Clancy. Litteraturen og forskningen er knyttet til omsorgstenkningen i relasjonen og samtalen, der tillit, skjønn og makt vektlegges i møtet med den andre.

3.1 Hva er omsorg?

I denne oppgaven er det tatt utgangspunkt i Martinsens (2003a) beskrivelse av hva omsorg er. Hun skriver at omsorg er et relasjonelt, et praktiske og et moralsk begrep.

Omsorg er et ord en forbinder med å hjelpe noen eller ta hånd om noe. Omsorg handler om å bry seg om andre, og ikke bare seg selv. På den måten kan en relatere omsorg til den gyldne regel som handler om at du skal gjøre mot andre som du ønsker andre skal gjøre mot deg.

Omsorg kan gi en følelse av å være nær noen. Ut ifra dette kan en si at omsorg er et *relasjonelt* begrep. Der en tar utgangspunkt i et felles menneskesyn der det er grunnleggende at vi mennesker er avhengige av hverandre (Martinsen, 2003a).

Det at vi tar utgangspunkt i at vi mennesker er avhengige av hverandre, kan forstås på den måten at i en relasjon er vi avhengige av at vi er der for hverandre (Løgstrup, 1991). Løgstrup (1991) skriver at vi taler og lytter om hverandre og om en sak. Det handler om å møte den andre og ta imot det den andre ønsker samtale om. Der man er til stede i samtalen gjennom sitt talende språk og holdninger. På den måten kan man si at det å være avhengig av hverandre kan forstås som at man engasjerer seg i den andres liv der omsorgen for den andre er sentral.

Omsorg handler om å gjøre ting for andre som gjør at alle kan få de samme mulighetene til å leve et best mulig liv ut ifra sitt utgangspunkt. Der en viser omsorg gjennom å gjøre praktiske ting for den andre som trenger det for å kunne leve sitt liv ut ifra sitt beste utgangspunkt. På den måten kan en si at omsorg også er et *praktisk* begrep (Martinsen, 2003a).

Omsorg handler også om hvordan en tilnærmer seg relasjonen gjennom det praktiske arbeidet sitt (Martinsen, 2003a). Der kvaliteten i relasjonen er det som er av betydning. Hvordan dette

gjøres må en lære gjennom praksis. I vår jobb tar vi moralske beslutninger ut ifra et grunnleggende menneskesyn. Denne omsorgsmorale har også noe med hvordan den enkelte lærer å bruke sin makt i relasjonen. For i alle relasjoner er det også makt. I slike situasjoner må en tilstrebe å handle etter det en tror vil være til den beste for den andre, der man selv forsøker å tenke hva man hadde ønsket om man var pasient. På den måten er omsorg også et *moralsk* begrep (Martinsen, 2003a). Løgstrup (1991) skriver at i møte med hverandre må en finne en balanse mellom makten og tilliten i relasjonen og i samtalen med en annen. Det handler om å møte den andre der den andre ønsker ved å imøtekomme det den andre ønsker samtale om der en er bevisst sin maktposisjon i relasjonen. Her vil både livsytringene og bruk av skjønn være sentralt (Løgstrup, 1991).

3.2 Omsorgstenkning fra et helsesykepleiefaglig perspektiv

Grunnlaget for all sykepleie handler om at man i møte med den enkelte skal vise respekt og en iboende verdighet. Sykepleie skal i sitt praksisvirke bygge på begrepene omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskers rettigheter (NSF, u.å).

Helsesykepleier er en sykepleier med videreutdanning innen forebyggende og helsefremmende arbeid for barn, unge og deres foreldre (Helsedirektoratet, 2019).

Helsesykepleier skal i møte med barn og deres familie være en støttende fagperson som foreldre kan føle seg sett og hørt av. Gjennom samtale og samarbeid er målet at foreldrene selv skal finne løsningene som passer best for deres situasjon (Clancy, 2015).

I møte med familier har helsesykepleier et ansvar i å vurdere og utføre ulike handlinger uten å vite hvordan dette kan påvirke foreldrene eller deres framtid. Helsesykepleier må vise ansvarsfølelse i møte med familier der man må finne en balansegang mellom retningslinjer og regler på den ene siden og involvering og nærhet på den andre siden. Tidligere erfaringer vil påvirke helsesykepleiers ansvarsfølelse i møte med den andre. Det kreves en innsikt i å forstå at det ikke er alt helsesykepleier kan eller bør fikse. Helsesykepleier må akseptere sitt ansvar i møte med den enkelte ved å gi rom for usikkerheten, håpet og frykten. Disse følelsene henger sammen med at det ikke er mulig å mestre alle situasjoner (Clancy og Svensson, 2007).

I møte med den enkelte må helsesykepleier observere, forsøke å forstå og respondere (Clancy, 2020). Man må i møte være åpen for å forstå flere sider av livet til den enkelte som ikke alltid lar seg forklare. Man må forsøke å se hele personen, ikke en kropp med ulike egenskaper. Ved å møte en person flere ganger over tid, vil det kunne gi en tydeligere forståelse og innblikk i personen sitt liv. Helsesykepleier må se den enkelte ut ifra sitt liv, og ikke bare på bakgrunn

av den enkeltes livserfaringer. For å klare å forstå og sette seg inn i den andres liv og erfaringer krever det at helsesykepleier utvider sin forståelsesramme. Denne rammen innebærer at helsesykepleier har de evnene som trengs for å forstå den andre, og handle på en faglig og forsvarlig måte til dem man møter i sitt praksisvirke. For at helsesykepleier skal klare å forstå den andre, må man ta imot før man kan tolke det som kommer, og forsøke å forstå det. Om helsesykepleierens forståelsehorisont er smal, er det mye han eller hun ikke vil få innblikk i eller vil komme til å forstå. Dette vil påvirke muligheten til å hjelpe den man står i relasjon til (Clancy, 2012).

Helsesykepleier sitt ansvarsområde er ikke alltid like enkelt å definere (Clancy og Svensson, 2007). Oppgavene som helsesykepleier skal gjøre, endres og utvides i takt med samfunnets behov. Med bakgrunn i det kan noen av oppgavene helsesykepleier har, oppfattes som usynlige (Clancy, 2007). Det kan være utfordrende for en helsesykepleier å beskrive hva det er som skjer i en konsultasjon når man bruker sin kunnskap i møte med den enkelte, og den enkelte får med seg noe verdifullt hjem. Det som ligger imellom disse møtene, og som er taust, er der skjønnet ligger (Clancy, 2020). Det å ha et faglig skjønn handler om å ha en etisk forståelse og innsikt i hvordan man viser omsorg i møte med den andre og behandler den andre hensynsfullt. Dette kan bety at i møte med den andre skal vi handle etter det som vil være til det beste for den andre. Der en viser omsorg og respekt for den enkelte. Skjønnets kjerne handler i stor grad om forholdet mellom etikken og kunnskapen. Etikkk og fagkunnskap er viktig i utøvelsen av sykepleie, men etikken kan ikke underordnes kunnskapen. Etikken har likevel stor betydning i praksis, der sykepleieren skal utøve sitt fag ut ifra lært fagkunnskap (Clancy, 2020).

Det å ha en faglighet kan bety at en har respekt for menneskerettigheter og det enkelte menneskets iboende verdighet. Helsesykepleier kan ikke alltid ha svaret klart, noe som fordrer at man er åpen og undrende. I møte med mennesker kommer skjønnet til uttrykk når praktikerens vurderer og tilpasser kunnskapen ut ifra dem man møter, med en åpenhet knyttet til alt helsesykepleier ikke har kunnskap om. Det relasjonelle forholdet mellom partene vil påvirke det som skjer i møtet, og menneskene helsesykepleier møter på i sitt arbeid må sees på som ressurser. Dette fordrer at helsesykepleier i noen situasjoner må se bort i fra sin kunnskap for å klare å rette oppmerksomheten mot det som er viktig for personen som oppsøker helsesykepleier. Et faglig skjønn basert på respekt for det enkelte menneske vil kunne bidra til at helsesykepleier ivaretar sykepleieretiske verdier samtidig som menneskene hun møter i sin praksis blir ivaretatt (Clancy, 2020).

Skjønn handler om å føle på, akte og behandle hensynsfullt. Skjønn vil alltid være knyttet til en situasjon og vil alltid være i sammenheng med noe (Clancy, 2020). Gjennom refleksjon av sin praksis vil en etter hvert utvikle sine erfaringer og kunnskaper som vil styrke helsesykepleiers evner til å se variasjoner i de ulike situasjonene man kommer i. Helsesykepleier vil med tiden klare å forstå sin egen begrensning og tilpasse seg ulike måter å tilnærme seg den enkelte på (Clancy, 2012).

3.3 Omsorgens grunnlag

Knut E. Løgstrup (1905-1981) var en dansk teolog og filosof. Han har arbeidet som sogneprest og vært professor innenfor etikk og religionsfilosofi ved det teologiske fakultet på Aarhus Universitet. Hans forfatterskap har vært til stor inspirasjon for veldig mange (Løgstrup, 1991), deriblant sykepleier og filosof Kari Martinsen (Martinsen, 2005).

Løgstrup skriver at etikken er universell. Etikk handler om det enkelte menneskes verdi og hvordan man handler i forhold til det. Hans etikk beskrives som ontologisk etikk der han analyserer de vilkårene som foregår i den menneskelige tilværelsen som er bestemmende for etikken (Løgstrup, 1991). Omsorgens grunnlag beskriver Løgstrup (1996) slik:

Fra det grundvilkår, vi lever under, og som det ikke står til os at ændre, nemlig at den enes liv er forviklet med den andens, får den etiske fordring sit indhold, idet den går ud på at drage omsorg for det af den andens liv, som forviklingen prisgiver een.
(Løgstrup, 1996. s.20)

Det kan forstås som at våre liv er smeltet sammen med hverandre. Det er her den etiske fordring får sitt innhold, da den går ut på å vise omsorg for den andres liv. Den etiske fordringen er til stede i alle relasjoner, der vi står i forhold til hverandre, enten som ektefelle, foreldre og barn, elever og lærere eller arbeidere og arbeidsgivere. Det er i disse forholdene den etiske fordring får sitt innhold (Løgstrup, 1996).

Den etiske fordringen er taus. Fordringens taushet kan kalles «*det ubestemte*» i kommunikasjonen. Den etiske fordring er taus fordi det er menneskets ansvar å tenke og handle på en måte som tjener den andre best (Løgstrup, 1991). Han skriver at vi blir ansvarlige når det er noe som avhenger av at utførelsen av en oppgave blir gjort i henhold til det ansvarsområdet man er skikket til å ta hånd om (Løgstrup, 1996). Samtidig må en ta hensyn til at ethvert menneske er et selvstendig og ansvarlig individ. Ansvar for den andre skal aldri overgå den andres eget ansvar for seg selv. Vi må bli klar over hva den andre er best

hjulpet med, og handle på en slik måte at den andre er herre over sitt eget liv. På den måten vil det å hjelpe og ta vare på et annet menneske aldri bety å endre eller å overta deres ansvar. Ivaretagelsen av den andre skal skje på den andres premisser og ønsker ut ifra det som vil være til det beste for den enkelte. Det hører fordringen til at den enkelte uavhengig av sin forståelse, innsikt eller fantasi skal forstå hva den går ut på (Løgstrup, 1991).

Løgstrup skriver at som utgangspunkt i kommunikasjonen står mennesket i forhold til hverandre, og i møte med andre handler det om å våge seg frem for å bli imøtekommen. Det å bevege seg frem for å bli imøtekommen er nerven i kommunikasjonen, det er det etiske livs grunnfenomen (Løgstrup, 1991). Dette kan forstås som at i relasjonen og i samtalen med hverandre våger vi oss frem mot hverandre for å bli imøtekommen av den andre. I denne imøtekommenheten ligger det en etisk fordring som handler om å ta imot, lytte, forsøke å forstå og handle etter det en tror vil være til det beste for den andre. Omsorgen vil her ligge til grunn i relasjonen og i samtalen med den andre (Løgstrup, 1991).

3.3.1 Livsytringer

I ethvert møte mellom mennesker våger en seg frem. Det å henvende seg til en annen handler om at en utleverer noe av seg selv til den andre. Det å ta imot en slik henvendelse fører til en makt ovenfor den som henvender seg til deg. Både utleveringen og makten kan være begrenset, men den kan også være omfattende og avgjørende for deres liv. Våre liv består av et samspill med og mot hverandre i relasjoner der makt og avhengighet står sentralt. I møte med hverandre har en to alternativer, enten å bruk sin makt til å fremme hans eller hennes liv til det som vil være til det beste for den andre, eller å gjøre det motsatte (Løgstrup, 1996). På den måten kan en si at menneskers handlinger og forståelser begrunnes i en avhengighet av hverandre, noe Løgstrup kaller, *interpendens* (Løgstrup, 1991). Martinsen (2003a) skriver at omsorg er et relasjonelt begrep der en tar utgangspunkt i et felles menneskesyn der vi mennesker er avhengige av hverandre. En avhengighet som innebærer å ta vare på den andres liv ut ifra den tanken om at en skal gjøre som mot andre som du selv ønsker at andre skal gjøre mot deg (Martinsen, 2003a). Denne avhengigheten fører med seg en etisk fordring som handler om å ta vare på hverandre. Denne fordringen kommer fra kjensgjerningen om at vi er henvist til hverandre. Henvisningen til hverandre består av det Løgstrup presenterer som livsytringene. Livsytringene består av fenomenene *tillit*, *kjærlighet* og *talens åpenhet*. Disse fenomenene er helt grunnleggende for at menneskets samvær kan utfolde seg og bestå i menneskers liv. Livsytringene vil være ulikt til stede i de ulike situasjonene. Livsytringene

krever at en oppfører seg, handler og tar relasjonelle hensyn i møte med en annen (Løgstrup, 1991).

Tillit. Det hører vårt menneske til at vi i normale situasjoner møter hverandre med en naturlig tillit til hverandre. Dette gjelder både personer vi kjenner godt, og vilt fremmende. Det skal særlige omstendigheter til for at vi på forhånd står ovenfor noen med en mistillit. Da skal det ha vært gjort eller sagt noe som har påvirket tilliten til den andre. Det hører til vårt liv som menneske å møte hverandre med tillit. Dersom vi ikke hadde møtt hverandre med tillit ville vi ikke klart å leve, våre liv ville visnet. Dette fordi det hadde blitt for vanskelig å leve et liv der vi møtte hverandre med en mistillit (Løgstrup, 1991).

Kjærligheten. Kjærligheten er noe vi har naturlig til hverandre. Den naturlige kjærligheten kan oppstå i erotiske forhold mellom voksne, eller mellom barn og foreldre. Uten kjærligheten ville alt sosialt og biologisk gått til grunne. Det nyfødte barnet eksempelvis er helt avhengig av foreldrenes kjærlighet til dem (Lomborg, 1997). Det er gjennom kjærligheten at relasjoner blir til (Martinsen, 2003b).

Talens åpenhet. Å tale handler om å snakke ut. Det ligger i talens natur at den er rettet mot den andre i åpenheten. Om det er noe vi ikke ønsker å snakke om, for eksempel å skjule en sannhet eller lyge, må vi i samtalen anstrenge oss (Lomborg, 1997).

Livsytringen kan oppfattes som etiske normer (Løgstrup, 1991). Martinsen (2005) skriver at livsytringene er etiske, men våre moralske handlinger krever overveielser og skjønnsmessige vurderinger. Dette for å finne ut hvordan en best kan handle ut ifra livsytringen. Hvordan vi skal handle i den enkelte situasjonen i forhold til livsytringene må læres og vurderes gjennom opparbeidet erfaring, innsikt, forståelse og klokskap. Det handler om personens sensitivitet og oppmerksomhet til å finne ut hvilke fordringer møtet med den andre krever. Handlingene våre skal begrunnes, det trenger ikke livsytringene. Livsytringene inneholder vår grunnleggende verdiforutsetning. Livsytringenes bevissthet kommer frem i komplekse situasjoner. Ut ifra den enkelte situasjons kompleksitet er det nødvendig å bruke skjønn for å finne ut hvordan man kan handle på best mulig måte i forhold til livsytringene (Martinsen, 2005). Det faglige skjønn handler om den praktisk-moralske handlingen man gjør ut ifra sin kunnskap om faget og omsorg for den andre. Det faglige skjønn sier noe om det omsorgsfulle og reflekterte sykepleien som uttrykkes i sykepleierens handlinger. Det faglige skjønn kan knyttes opp til det konkrete. Skjønn skal uttrykke fagkunnskapene gjennom de naturlige sansene. Gjennom

åpenhet for sansene vil skjønnnet kunne gi sykepleieren en mulighet i å ta imot pasientinntrykket, og deretter tolke og strukturere disse uttrykkene gjennom faglige ferdigheter, egne holdninger og handlinger til det beste for pasienten. Skjønn handler om å tyde noe, og som på sitt beste setter livsytringene i bevegelse mellom oss (Martinsen, 2003b).

3.3.2 Tillit

I vår henvisning til hverandre er tilliten grunnleggende og bærende. Tillit er et etisk fenomen og er sentralt i sykepleiers omsorg. I omsorgen er tilliten bærende. Omsorg handler om den enkeltes engasjement og innlevelse i den andres liv (Martinsen, 2005). Løgstrup (1991) skriver at tilliten er grunnleggende i enhver samtale og i vår holdning til den andre. Det å vise tillit betyr å utlevere seg og våge seg frem for å bli imøtekommen. I samtalen med hverandre utleverer man seg. Utleveringer har sitt utgangspunkt i tillit og i en forventning om å bli tatt imot, akseptert og forstått. Det å utlevere seg i samtalen krever en bestemt fordring av den andre. Fordringen går ut på å ta imot det den andre ønsker samtale om. Hvordan du møter den andre, måten du formulerer og prater, bruker hender og blick på er avgjørende for om den andre oppfatter at du plukker opp essensen i det som blir utlevert (Løgstrup, 1991). Dette sier Løgstrup er med på å gi den andres liv toner. Videre skriver han at det er gjennom vår holdning at vi setter farger eller toner på den andres verden. Gjennom min holdning kan jeg gjøre den andres liv truende eller trygg (Løgstrup, 1991; Martinsen, 2005). Holdningen til den andre vil kunne påvirke den andres opplevelse av å bli møtt med tillit (Løgstrup, 1991).

Ifølge Løgstrup møter vi hverandre med tillit, så fremt vi ikke har opplevd noe som har påvirket vår tillit i negativ retning, noe som kan føre til mistillit. Med bakgrunn i vår utlevering til den annen kan mistillit skape sterke reaksjoner for den som har utlevert seg. Det som menes med mistillit er at tilliten brukes imot en der en har våget seg fram for å bli imøtekommen, men ikke blitt det (Løgstrup, 1991). Løgstrup skildrer tilliten i en metafor som handler om at den enkelte utleverer seg. Man går ut av seg selv og gir noe av sitt liv til den andre, som man holder i sin hånd, og som vil kunne påvirke den andres liv (Løgstrup, 1991). Dette er en kraft av vår gjensidige avhengighet til hverandre (Martinsen, 2005; Løgstrup, 1991). Metaforen presenteres slik:

Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre uden at holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagthed, man får til at visne, eller som man vækker, en lede man uddyber eller hævner. Men det kan også

være forførende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej (Løgstrup, 1991, s. 25).

Det å ha noe av et annets liv i sin hånd vil være ulikt fra situasjon til situasjon. Det kan være fra en dårlig stemning, til å ha betydning for ens skjebne. Det er en metafor Løgstrup benytter for å beskrive situasjoner der alt er på vippen. Tilstanden er svevende, der det handler om å vippe fra den ene eller andre siden og som vil få den ene eller andre utgangen. Den enkelte situasjon avhenger av den andre. Situasjonen avhenger av den andres holdninger i samtalen. Hva man velger å gjøre eller ikke gjøre vil påvirke hvordan samtalen utspiller seg. Ved å ta i bruk denne metaforen i disse situasjonene, gjør den til en slags følelsesmessig kraft. Det kan forstås som en følelsesmessig kraft med bakgrunn i den betydningen det kan ha ved å holde noe av den andres liv i sin hånd (Løgstrup, 1991). Det er en fordring som handler om å ta vare på den andres liv som tilliten legger i vår hånd (Martinsen, 2005). Det handler om at i relasjonen har vi også en makt over det andre mennesket (Løgstrup, 1991). Ut ifra dette har vi egentlig to muligheter. Den ene er å ta vare på den andres liv, det andre er å bryte ned tillitsforholdet. Dette fordi tilliten kan misbrukes dersom man ikke imøtekommer den andres utleverhet (Løgstrup, 1991).

I møte med hverandre er vi utlevert og sårbar. I disse møtene innebærer det alltid en etisk fordring som handler om å ikke misbruke eller utnytte den makten som ligger i relasjonen. Det handler om den kjensgjerningen vi går ut ifra, som kan bety å vende situasjonen i en retning som er ønskelig for den som har *«noget af et menneskets liv i sin hånd»*. Den elementære avhengighet og umiddelbare makten utspringer fra fordringen om å ta vare på et annet menneskets liv. I relasjonen er vi avhengige av hverandre og vi er henvist til hverandre. Forholdene mellom menneskene i relasjonen er umiddelbart et maktforhold. Et maktforhold som kan påvirke den andres følelser eller skjebne. På den måten vil maktforholdet og hvordan makten brukes påvirke møtet og den andres muligheter (Løgstrup, 1991). Makten kan dominere, noe som ikke lar den andre komme til (Løgstrup, 1997). Makten viser seg også i hvordan man lytter, støtter, hjelper, ignorerer eller krenker (Løgstrup, 1991; Løgstrup, 1997).

3.3.3 Urørlighetssonen

Urørlighetssonen er et grunnleggende fenomen i samtalen mellom mennesker.

Urørlighetssonen handler om den enkeltes grenser for avstand og nærhet til andre mennesker eller hvor åpen eller lukket en ønsker være i møte med andre. Den er et elementært fenomen i

vårt liv, og er noe enhver av oss har krav på å ha. Urørlighetssonen er et personlig indre rom for seg selv og sitt (Løgstrup, 1997).

Urørlighetssonen handler om det enkelte menneskets integritet (Løgstrup, 1997). Integritet betyr i denne sammenhengen at noe er urørlig eller bør være urørlig, den sier noe om grenser for inngrep. Dersom noen rører ved andres urørlighetssone, kan det oppleves krenkende for den enkelte. I samtalen med en annen handler det om å møte den andre der den andre ønsker, og la den andre få anledning til å gjøre rede for det som snakkes om. Dersom en velger i samtalen å berøre noens urørlighetssone kan det oppleves som et overfall for den berørte, noe som igjen kan føre til at personen ikke ønsker å samtale med den andre om det (Løgstrup, 1997; Martinsen, 2005).

For å bevare hverandres urørlighetssone fordrer det en åpenhet. Urørlighetssonen og åpenheten er motsetninger av hverandre, men vi er avhengige av dem begge for å holde liv i vår tilværelse. Det handler ikke om å finne en balansegang mellom dem, men om å finne en spenning som fordrer at begge fenomenene ivaretas i samtalen. Det ene fenomenet kan ikke være uten det andre. Om spenningen forsvinner vil både åpenheten og urørlighetssonen forsvinne. Uten åpenheten i samtalen vil urørlighetssonen bli tillukket og man blir hverandre uvedkommen, noe som kan forstås som at det som en tenker en skal snakke om ikke blir snakket om. Motsatt vil åpenheten uten respekt for urørlighetssonen føre til en tankeløs samtale der den enkelte ikke respekterer den andres grenser for nærhet eller avstand eller hvor lukket eller åpen en ønsker være i møte med den andre (Løgstrup, 1997).

I møte med hverandre er det normalt å respektere hverandres urørlighetssone. Det å bryte seg inn i noens urørlighetssone kan påvirke samtalen. Uten å ha en felles respekt for hverandre sine grenser vil samværet mellom hverandre være utholdelig (Løgstrup, 1997).

4. Metode

I dette kapittelet vil jeg beskrive min fremgangsmåte for å besvare min problemstilling og forskningsspørsmål. Videre presenteres litteraturstudie som metode, beskrivelse av søkeprosess, forskningsetiske hensyn, kvalitetsvurdering og til slutt studiens validitet og reliabilitet.

4.1 Litteraturstudie som metode

Problemstillingen min tar utgangspunkt i litteratur som beskriver hvordan helsesykepleier samtaler om overvekt og fedme med foreldre i helsestasjon og skolehelsetjenesten. Gjennom mine forskningsspørsmål ønsket jeg å finne litteratur som beskrev hva helsesykepleiere vektlegger i samtalen, hvordan familien ivaretas i samtalen og hvilke utfordringer helsesykepleier møter på i samtalen. Med utgangspunkt i problemstillingen og mine forskningsspørsmål mener jeg at kvalitativ metode er å foretrekke. Kvalitativ metode er ifølge Aveyard (2014), Malterud (2017) og Polit og Beck (2020) en egnet fremgangsmåte når en ønsker finne ut av noens erfaringer, opplevelser eller holdninger til et gitt fenomen. Jeg har med bakgrunn i det valgt å gjøre en litteraturstudie der jeg innhenter kvalitativ forskning som kan besvare min problemstilling og forskningsspørsmål.

Ifølge Aveyard (2014) har litteraturstudie som metode hatt flere ulike undergrupper og benevnelser gjennom tidene. Fremgangsmåten for alle typer litteraturstudie handler om å innhente litteratur knyttet til et bestemt tema, analysere det og løfte fram de funnene som framkommer (Aveyard, 2014).

Det finnes flere måter å gjøre en litteraturstudie på (Aveyard, 2014; Polit og Beck, 2020). I denne studien er det valgt en litteraturstudie med en systematisk tilnærming. Litteraturstudie med en systematisk tilnærming er en mindre versjon av systematisk litteraturstudie (Aveyard, 2014). Ved en systematisk litteraturstudie stilles det høyere krav til forskningsprosessen for å få en studie av god kvalitet. I tillegg er det en mer omfattende metode der det ofte er flere forskere med i prosjektet, noe som krever mer tid og ressurser (Aveyard, 2014; Polit og Beck, 2020). En litteraturstudie med en systematisk tilnærming er med bakgrunn i ovennevnte valgt i dette prosjektet. Aveyard (2014) skriver at litteraturstudie med en systematisk tilnærming er egnet for studenter på masternivå som er en mindre detaljert litteratur studie, men som likevel er av god kvalitet (Aveyard, 2014).

Prinsippene i disse to metodene er likevel ganske lik. Forskeren(e) skal gå systematisk og detaljert frem for å søke, vurdere og innhente seg all relevant data på et gitt tema, der

fremgangsmåten er nøye planlagt. Ved bruk av denne metoden som masterstudent skal man så langt det lar seg gjøre følge noen fastsatte regler for systematisk litteraturstudie.

Grunnprinsippene er at man utvikler systematiske søkestrategier og tar i bruk disse strategiene i alle søk. Det betyr at man må ta en rekke valg for å kunne innhente den forskningen som best kan svare på aktuell problemstilling. Dette innebærer hvilke litteratur og databaser som skal inkluderes, søkeord, inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt hvilke manuelle søk en gjør underveis. Alt dette er avgjørende for hvorvidt du kommer frem til ny kunnskap (Aveyard, 2014). Litteraturstudie som metode har gitt meg muligheten til å innhente relevant litteratur for å besvare min problemstilling, og på den måten komme frem til ny kunnskap om hvordan helsesykepleier samtaler om overvekt og fedme med foreldre. Hvordan jeg har gått frem i forskningsprosessen, samt hvilke valg og tolkninger jeg har gjort har betydning for hvilke funn jeg har kommet frem til.

4.1.1 Hermeneutikk

For å oppnå ny forståelse om hvordan helsesykepleiere samtaler om overvekt og fedme med foreldre har jeg måttet tolket og analysert resultatdelen til de inkluderte artiklene ut ifra mitt utgangspunkt og min forståelse. Jeg har med bakgrunn i det valgt hermeneutikk som vitenskapsteoretisk utgangspunkt i dette masterprosjektet.

Ifølge Polit og Beck (2020) handler hermeneutikk om spørsmål knyttet til ens forståelse og fortolkninger av et gitt fenomen. Jeg har forsøkt å sette meg inn i og forstå Gadamer (2010) fremstilling av hermeneutikk. Hermeneutikken Gadamer beskriver handler om hvordan forståelsen fungerer. Han skriver at forståelse handler om å stille seg åpen for menneskets formidling eller en tekst, der en åpner opp for at formidlingen eller teksten kan fortelle deg noe. All forståelse utspringer fra et erfaringsgrunnlag man til enhver tid sitter på, forståelsen vil med bakgrunn i det være ulik fra person til person (Gadamer, 2010).

Gadamer skriver at vår forståelse er kontinuerlig under utvikling. Videre skriver han at for å oppnå forståelse må ulike horisonter smelte sammen, «*horisontsammensmelting*». Horisont er et synsfelt som oppfatter og inkluderer alt som er mulig å se ut ifra et bestemt punkt. Gjennom at leseren går dypere inn i tekstmateriale vil han endre sin forståelseshorisont. Dette krever at leseren er bevisst sin forforståelse, og er åpen for det teksten har å fortelle. Gadamer beskriver videre forståelse som en «*hermeneutisk sirkel*». Slik jeg forstår det handler det om at for å oppnå en dypere forståelse av en tekst må en bevege seg fra helheten til del, og tilbake til helheten igjen. Når alle delene stemmer overens med helheten har man oppnådd en ny forståelse, noe Gadamer omtaler som «*den hermeneutiske sirkel*» (Gadamer, 2010).

Funnene i denne oppgaven er påvirket av min gransking av artikler, min tolkning og analysering av forskernes tolkede resultater. Dette var en prosess der jeg re-analyserte artiklenes resultater ut ifra resultatpresentasjonene i resultatkapitlene. Funnene jeg presenterer i denne oppgaven er påvirket av min forståelse av tekstens framstilling i artiklene, forskernes forståelse av sine funn, og en sammensmelting av disse, noe Gadamer kaller horisontsammensmelting (Gadamer, 2010). Hele konteksten rundt horisontsammensmeltingen er knyttet til min og forskernes horisont på aktuelt tidspunkt. Horisontene våre er påvirket av vår forståelse og vår bakgrunn, noe Gadamer sier vi må være bevisst i vår jakt etter å oppnå ny forståelse (Gadamer, 2010).

For å oppnå en ny forståelse av hvordan helsesykepleier samtaler om overvekt og fedme med foreldre har jeg måtte beveget meg mellom oppgavens ulike deler som en dynamisk prosess. Underveis i prosessen har det blitt klarere for meg hvordan min problemstilling skulle presenteres, hvilke funn som har vært hensiktsmessig å løfte frem, og hvilken teori som vil være mest hensiktsmessig å bruke for å diskutere mine funn. Denne prosessen har vært nødvendig for å klare å se helheten i arbeidet. Måten jeg har jobbet meg gjennom denne prosessen kan sammenliknes med det Gadamer beskriver som den hermeneutiske sirkel der en beveger seg mellom helhet, deler av helheten og tilbake til helheten (Gadamer, 2010). Prosessen med å skrive denne masteroppgaven har gitt meg en ny og dypere forståelse av hvordan helsesykepleier samtaler om et barns overvekt og fedme med foreldre i helsestasjon og skolehelsetjeneste, der omsorgen er av stor betydning for samtalens utfall.

4.1.2 Forforståelse

«Den som vil forstå en tekst, er tvert imot åpen for å la den si ham noe. Derfor må en hermeneutisk skolert bevissthet på forhånd være mottakelig for tekstens annerledeshet» (Gadamer, 2010. s. 306).

Slik jeg tolker denne teksten handler det om at for å forstå en tekst, må leseren være åpen for å lære noe nytt og annerledes ut ifra den oppfatningen man hadde om fenomenet på forhånd. Forståelsen mennesket har om et fenomen er påvirket av personens opplevelser, erfaringer, innsikter og oppfatninger, dette preger vår *forforståelse* av et nytt tema (Malterud, 2017; Polit og Beck, 2020). Gadamer (2010) skriver at enhver person som forsøker å forstå noe preges av hvilken tid og kultur man lever i. Slik jeg tolker det Gadamer skriver har blant annet min og forskernes tid på jorda, våre kulturelle likheter eller ulikheter, vår bakgrunn og forforståelse påvirket vår forståelse. Han skriver videre at tiden og kulturen vi lever i gjør oss til bærere av bestemte fordommer. Fordommer er i denne sammenheng ikke noe negativt, men heller noe

vi er avhengig av for å være i stand til å åpne oss opp for å forstå det vi ønsker å forstå (Gadamer, 2010). Jeg forstår fordommer som det samme som forforståelse i denne sammenhengen. Slik jeg har tolket det, inngår vår forforståelse som en del av vår forståelseshorisont, og er utgangspunktet for menneskets forutsetning og erfaringer til å forstå. Det handler om at for å kunne få en ny forståelse av et gitt fenomen, må vi være bevisst vår forforståelse. På den måten åpner man opp for å kunne innhente seg ny forståelse av et gitt fenomen.

Min personlige erfaring og interesser, min utdanning og erfaring som sykepleier, samt min videreutdanning i helsesykepleie har påvirket mitt syn på hva overvekt og fedme er og hvilke tanker jeg har hatt om å samtale om det. Jeg har ikke mye erfaring i å samtale om dette temaet, utenom min praksis som helsesykepleierstudent. Det anser jeg som positivt da min forforståelse av hvordan dette kan gjøres ikke i like stor grad har lagt føringer for hvordan jeg har søkt etter ny kunnskap.

Min erfaring og opparbeidet kunnskap som helsepersonell, helsesykepleierstudent, samt min forståelse av hvordan helsesykepleier samtaler om overvekt og fedme med familier, har påvirket mitt valg av tema til denne masteroppgaven, min valgte problemstilling, datainnsamling og analysing av datamaterialet. I dette prosjektet har jeg forsøkt å stille meg åpen for å få en ny forståelse av temaet, samt komme frem til ny kunnskap som kan bidra til fagområdet. Jeg har gjennom denne studien utviklet min forståelse av temaet gjennom å tilegne meg mye litteratur om tematikken, nye perspektiver og syn på hvordan helsesykepleier utfører denne samtalen. I tillegg er jeg blitt mer bevisst på hvor kompleks og utfordrende denne samtalen faktisk er for den enkelte familie og helsesykepleier.

4.2 Beskrivelse av søkestrategi

Søk etter data som kan besvare min problemstilling har vært en viktig prosess for å komme frem til mitt datamateriale i denne oppgaven. Videre vil jeg beskrive hvordan jeg har gått frem i søken etter data til mitt prosjekt.

4.2.1 Formulering av problemstilling

Søkeprosessen startet med å formulere en problemstilling jeg ønsket finne ut av. Aveyard (2014) skriver at for å kunne gjøre en litteraturstudie må en ha problemstillingen klart definert for seg, som en skal basere sine søk på. PICO er et verktøy som kan benyttes som et veiledningsverktøy i utviklingen av problemstilling og forskningsspørsmål, og der en kan tydeliggjøre hvilke søkeord som kan være av relevans (Aveyard, 2014; Helsebiblioteket,

2016a). PICO står for, population or problem, intervention or issue, comparison or context og outcome (Aveyard, 2014; Helsebiblioteket, 2016a). Jeg forsøkte å benytte meg av PICO som et veiledningsverktøy helt i starten av oppgaven primært for å finne ut hva jeg ønsket å forske på og hvilke søkeord som kunne være av relevans for å finne aktuell forskning. Jeg valgte å ikke ta dette videre da jeg hadde større nytte av veiledning, både fra veileder i forhold til formulering av problemstilling og fra bibliotekar ved Universitetsbiblioteket for veiledning i søk av litteratur.

4.2.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Det er nødvendig å lage inklusjons og eksklusjonskriterier ved starten av litteratursøket. Dette bidrar til at en lettere finner den forskningen som omfavner problemstillingen (Aveyard, 2014). Videre presenteres mine inklusjons og eksklusjonskriterier i tabellen nedfor (Tabell 1).

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Forskning publisert mellom 2011- 2021 - Forskningen skal være fagfellevurdert. - Kvalitative studier - Forskning av helsesykepleier, men annet helsepersonell kan vurderes om det kan sammenliknes i denne konteksten. - Forskningen skal inneholde minst ett av temaer som omhandler helsesykepleier/annet helsepersonell i kommunikasjon/samtale om et barns overvekt og/eller fedme med foreldre, hva som vektlegges i samtalen, hvordan familien ivaretas eller hvilke utfordringer samtalen kan ha med seg. - Internasjonal forskning så fremst det er sammenlignbart med norske forhold. - Det skal komme frem av forskningen hvordan de etiske hensynet er ivaretatt. - Artikler eller forskning som finnes av å studere referanseliste til annen forskning, såkalt «<i>snowball sampling</i>» kan vurderes på lik linje som de andre artiklene, så fremst inklusjonskriteriene oppfylles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Forskning som ikke fyller inklusjonskriteriene.

Jeg har valgt å inkludere forskning fra Norge, Sverige og USA, da jeg mener forskning fra disse landene kan sammenliknes med den norske konteksten (Alstveit et al, 2021; Apple, 2017; Murray et al 2008; Thurber et al, 1991; Wettergren et al, 2016; Willgerodt et al, 2018).

Bakgrunnen for at jeg mener Sverige er sammenliknbart med det norske systemet er at deres intensjon og oppfølging i helsestasjon og skolehelsetjenesten er tilnærmet lik det norske systemet og den norske helsesykepleier som profesjon (Wettergren et al, 2016). USA og det amerikanske samfunnet har ut ifra det jeg har lest en mer forebyggende og biomedisinsk tilnærming til barn og familier. Samtidig er overvekt og fedme et tema som er svært dagsaktuelt i USA. Det er mye i denne samtalen jeg tenker er likt, og har derfor valgt å inkludere artikler fra USA da jeg mener at forskningen som er gjort knyttet til dette temaet kan sammenliknes (Apple, 2017; Murray et al, 2008; Thurber et al, 1991; Willgerodt et al, 2018). Det er likevel viktig å påpeke at ingen land har lik oppbygning og struktur av helsestasjoner som Norge (Glavin et al, 2007).

Det framkommer av mine inklusjonskriterier at jeg inkluderer helsepersonell som kan sammenliknes med den norske helsesykepleieren. I artikkelen til Andersen og Thompson (2020) er informantene barneleger, barnesykepleiere og legeassistenter som utfører barnekonsultasjoner minst 1 gang per uke med barn under 2 år. Mediantallet på informantenes barnekonsultasjoner per uke var 25. Jeg har valgt å ta med denne studien med bakgrunn i deres erfaringer med å samtale om et barns overvekt under to år med foreldre, og at de har mange konsultasjoner i uken med barn. Det er leger og sykepleiere med en helsefaglig kompetanse der funnene viser at de opplever noen av de samme utfordringene som resterende inkluderte studier. Aveyard (2014) skriver at som nybegynner anbefales det å inkludere all litteratur som er relevant for å besvare din problemstilling, så fremst de tilfredsstiller dine inklusjonskriterier. Men en bør kjenne til studienes svakheter og begrensninger og dermed vurdere hvor stor vekt aktuell litteratur skal ha i oppgaven (Aveyard, 2014). Aveyard (2014) påpeker også at ingen studier er «perfekte». Med bakgrunn i at jeg har gjort meg kjent med Andersen og Thompsons (2020) styrker og svakheter, har jeg valgt å inkludere denne studien i oppgaven for å kunne besvare min problemstilling.

4.2.3 Prøvesøk og veiledning

Neste steg i søkeprosessen var å vurdere hvilke databaser og søkeord jeg skulle benytte meg av. Jeg gjorde først søk i databasene Svemed+ og Pubmed da jeg hadde litt kjennskap til disse fra før. Jeg forsøkt å ta utgangspunkt i noen sentrale ord som jeg tenkte var av relevans i forhold til min problemstilling. Eksempler på ord jeg brukte var *helsesykepleier*, *health care nurse/nursing*, *school nurse/nursing*, *communication*, *children*, *overweight*, *obesity* og *parents*. Jeg fant fort ut at jeg behøvde veiledning i søk for å komme meg videre i denne prosessen. Gjennom tre veiledningstimer med bibliotekar ved Universitetsbiblioteket ved UIT

ble det klarere for meg hvordan jeg skulle gå frem i søkeprosessen. Veiledningen har vært helt avgjørende for å forstå kompleksiteten i litteratursøk, og hvordan jeg gjennom denne metoden kan finne frem til forskning som kan besvare min problemstilling.

4.2.4 Valg av databaser

Valget av databaser ble avgjort etter å ha lest deres relevans for mitt fagfelt, samt diskutert med veileder. Valgte databaser er Cinahl, Svemed+ og Pubmed. Cinahl står for «*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*». Cinahl er en biografisk database som inneholder litteratur knyttet primært til sykepleie og tilhørende helseprofesjon. Den inneholder mye kvalitativ forskning og pasienterfaringer (Polit og Beck, 2020; Universitetsbiblioteket, 2020a). Svemed+ er en nordisk database innenfor helse og medisin. Databasen inneholder referanser fra ulike artikler fra cirka 170 nordiske tidsskrifter. Svemed+ oppdateres ikke etter 2019 (Karolinska instituttet, u.åb). Dette var jeg klar over da databasen ble valgt. Den er likevel inkludert da den inneholder relativt ny forskning fra de nordiske landene. Pubmed er en database som inneholder mer enn 33 millioner sammendrag og sitater fra biomedisinsk litteratur. Pubmed er den største biomedisinske databasen, noe jeg mener kan gi meg forskning av relevans (National library of medicine, u.å).

Årsaken til at disse tre databasene er valgt er deres relevans for mitt fagfelt som er sykepleie, helsevitenskap og medisin, og gir meg tilgang på internasjonal og skandinavisk forskningslitteratur som jeg mener kan gi meg dataen jeg trenger for å besvare min problemstilling.

4.2.5 Valg av søkeord

Neste steg i søkeprosessen var å velge hvilke søkeord og søketermer jeg skulle benytte. Underveis i denne prosessen benyttet jeg meg av emneordsystemet Medical subject headings (Mesh). Mesh er databasens egenutviklede søkeord for etterspurte termer som benyttes for å indeksere litteratur. Fordelen ved å ta i bruk dette systemet er at det vil hjelpe meg å fange opp de artiklene med tildelt emneord selv om andre begreper er blitt brukt (Aveyard, 2014). For aktuelle emneord i Cinahl benyttet jeg meg av Cinahl Subject Headings (Universitetsbiblioteket, 2020a). For aktuelle emneord i databasene Pubmed og Svemed+ benyttet jeg meg av MESH ordboken i Pubmed (Universitetsbiblioteket, 2020b).

Aveyard (2014) anbefaler søk i «advanced search». Dette for å kunne kombinere de ulike søkeordene med de boolske operatorene AND, OR og NOT (Aveyard, 2014). Alle mine søk er gjort i advanced search. Her har jeg benyttet meg av de boolske operatorene AND og OR,

da jeg ikke ønsket å ekskludere noen søkeord ved bruk av NOT. Videre skriver Aveyard (2014) at det er hensiktsmessig å kombinere emne- og tekstord for å sikre at man fanger opp den litteraturen som omfavner problemstillingen. Jeg har derfor valgt å kombinere emne- og tekstord i mitt endelige søk etter data. Tekstord er hensiktsmessig å benytte for å unngå å miste data av relevans som ikke er registrert med korrekte Mesh-termer (Universitetsbiblioteket, 2020a; Universitetsbiblioteket, 2020b). Jeg vurderte bruk av trucheringer, men har ikke benyttet meg av dette i denne søkeprosessen da jeg har valgt å kombinere ulike tekstord som jeg mener er av mer relevans for min oppgave (Polit og Beck, 2020), og ikke ønsket å begrense søket mer enn nødvendig (Universitetsbiblioteket, 2020b).

Etter å ha gjennomført flere «prøvesøk» i månedene april, mai og juni, gjorde jeg mitt endelige søk den 26. juni 2021 etter god veiledning fra bibliotekar ved Universitetsbiblioteket. Jeg endte til slutt opp med søkeordene: *overweight, obesity, communication, conversation, dialogue, talking, encounter, challenges, barriers, child og children* tilpasset de enkelte databasene (Se vedlegg 1).

Jeg ønsket å finne forskning som omhandlet hvordan helsesykepleier samtaler om et barns overvekt og fedme med foreldrene. Jeg tilpasset søkene ut ifra de ulike databasenes oppbygning og muligheter for å gjøre søkene så like som mulig.

4.2.6 Inkludering og ekskluderingsprosess

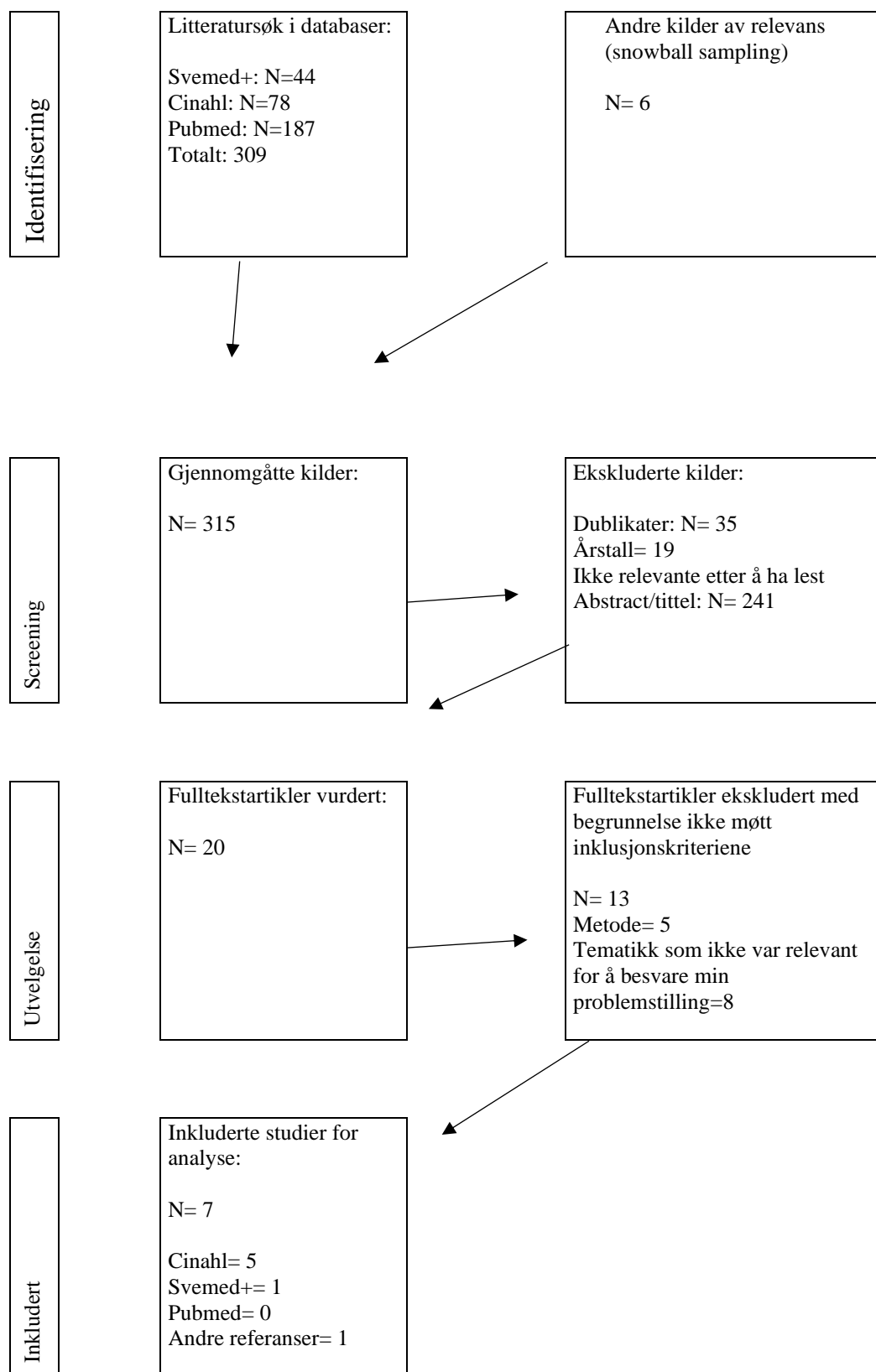
Etter søk i databasene satt jeg igjen med 309 artikler. I tillegg til søk i databaser anbefaler Aveyard (2014) å gjennomføre manuelle søk, såkalt «snowball sampling» i ulike litteraturlister. På den måten vil en kunne sikre at en ikke går glipp av relevant litteratur, og som kan bidra til at oppgaven styrkes. Jeg gjennomførte manuelle søk i referanselister til relevante artikler og fant 6 artikler jeg ønsket ta med videre i prosessen.

Etter søk i databasene og «snowball sampling» satt jeg igjen med 315 artikler som kunne være relevant for min studie. Jeg skrev ut mine søkeresultater fra alle databasene, og inkluderte og ekskluderte manuelt. Dette ble gjort i rekkefølgen Cinahl, Svemed+, Pubmed og «snowball sampling».

Først leste jeg tittel og abstract til alle artiklene, deretter ekskluderte jeg artiklene med bakgrunn i dubligater, årstall og ikke relevant etter å ha lest tittel og abstract. Ekskludering av årstall gjaldt kun Svemed+ da det ikke var mulig å sette årstall som begrensning i litteratursøket. Jeg valgte å gjøre denne prosessen manuelt med bakgrunn i at jeg selv opplever det som mer oversiktlig og systematisk.

Deretter satt jeg igjen med 20 artikler som var klar for fulltekstgjennomgang. Etter vurdering av artiklenes relevans for min problemstilling, inklusjons- og eksklusjonskriterier og diskusjon med veileder ble totalt 7 artikler inkludert etter søk i de ulike databasene og gjennom «snowball sampling». Fem fra Cinahl, en fra Svemed+ og en artikkel etter «snowball sampling». Pubmed var den siste databasen jeg gjennomgikk. På grunn av duplikater og ikke relevans etter gjennomlest tittel og abstract ble ingen artikler fra Pubmed inkludert i denne studien. Artiklene som ble ekskludert etter fulltekstgjennomgang ble ekskludert med bakgrunn i at de ikke innfridde mine inklusjonskriterier eller ble ansett som relevant for min problemstilling. I prisma diagrammet nedenfor presenteres inkluderings og ekskluderingsprosessen.

Prisma diagram



Figur 1: Prisma diagram. Hentet inspirasjon til oppsett ved Prisma (2020) <http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>

4.3 Kvalitetsvurdering av inkludert datamateriale

Ifølge Aveyard (2014) er det viktig å gjøre seg godt kjent med datamaterialet før analysen kan starte. Dette vil gjøre forskeren i stand til å vurdere om dataen man sitter på er av relevans for oppgaven. For å bli kjent med datamaterialet jeg satt med, leste jeg resultatdelene i de ulike artiklene flere ganger. Jeg noterte meg hvorvidt de var relevant i forhold til min problemstilling, inklusjons- og eksklusjonskriterier. Videre anbefaler Aveyard (2014) å benytte seg av sjekklister tilpasset valgt metode. Jeg har i denne studien valgt å bruke helsebibliotekets sjekklister for kvalitative metoder (Helsebiblioteket, 2016b), samt Aveyards (2014) seks punkter for kritisk tenkning. Gjennom bruk av sjekklisten og Aveyards punkter ble jeg godt kjent med studienes likheter og ulikheter, samt deres styrker og svakheter (Se vedlegg 3). Kvalitativ forskning kan være vanskelig å vurdere på bakgrunn av dens fortolkende og utforskende karakter (Aveyard, 2014). Kvalitetsvurderingen gav meg et tydeligere innblikk i studienes innhold og deres relevans for min problemstilling. Ingen studier ble ekskludert etter denne kvalitetsvurderingen med bakgrunn i deres tilfredsstillende av inklusjonskriterier og relevans for besvarelse av problemstilling.

Videre skriver Aveyard (2014) at en burde gjøre seg kjent med kvaliteten på tidsskriftet forskningen er publisert i. For å finne ut av dette har jeg benyttet meg av registeret over vitenskapelige publiseringskanaler som presenteres i Norsk senter for forskningsdata, NSD (Norsk senter for forskningsdata, NSD, u.åa). Publiseringskanalene rangerer tidsskriftene i nivå 1 og nivå 2. Dette er et kanalregister som klassifiserer tidsskrifter inn etter ulike kriterier (NSD, u.åa). Publiseringskanaler vurdert til nivå 1 innfrir minimumskravet til vitenskapelighet. Det innebærer ekstern fagfelleevaluering, vitenskapelig redaksjon og nasjonal forfatterkrets. Nivå 2 er det høyeste nivået, det betyr at de er de mest ledende tidsskriftene i fagsammenheng (NSD, u.åa) og har høyest impact factor (Garfield, 2006). Ut ifra det jeg har forstått sier impact factor noe om hvor mye et tidsskrift er sitert og lest i et fagområde. Impact faktor er likevel ikke et godt verktøy for å måle kvaliteten på artiklene (Garfield, 2006).

Av forskningen som er inkludert i denne studien tilhører tidsskriftene både nivå 1 og nivå 2. Tidsskriftet som har publisert artikkelen av Andersen og Thompson (2020) er ikke vurdert av NSD til noen av nivåene, noe som nødvendigvis ikke betyr at artikkelen er av dårlig kvalitet. Personal ved NSD opplyste om at deres forlag og tidsskrifter oppfyller kravene til nivå 1 (L-C. Linge, personlig kommunikasjon 8.juli, 2021), også informasjon på NSD sine sider viser at utgiveren av dette tidsskriftet er et forlag på nivå 1 (NSD, u.åb). Fossum og Slettebø (2017)

skriver at det kan være viktig å vurdere kvaliteten på forlagene som står bak tidsskriftene. Dersom det er anerkjente forlag er det større sannsynlig at det er seriøse utgivere av tidsskrifter, med klare kvalitetskrav og prosedyrer før publisering (Fossum og Slettebø, 2017). I min kvalitetsgjennomgang av artiklene har jeg vurdert deres kvalitet ut ifra om de er tilfredsstillende for min problemstilling og mine inklusjonskriterier, og etter kriteriene for sjekklister. Jeg har tatt med i vurderingen hvilke tidsskrifter og forlag artiklene er publisert i, men dette har ikke påvirket mitt valg av inkludering.

4.4 Forskningsetiske hensyn

Ved litteraturstudie som metode baseres studien på allerede gjennomført forskning (Aveyard, 2014; Polit og Beck, 2020). Da dette forskningsprosjektet ikke har hatt kontakt med personer, biologisk materiale eller personopplysninger, men av offentlig og tilgjengelig materiale har det ikke vært nødvendig å søke godkjenning fra REK eller NSD (Helseforskningsloven, 2008, § 2; NSD, u.å.; Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, u.å).

Jeg har i mitt søk etter forskning tatt hensyn til hvorvidt de forskningsetiske overveielser er ivarettatt i de inkluderte forskningsprosjektene, noe som også framkommer i mine inklusjonskriterier. Jeg har tatt utgangspunkt i Helsebibliotekets sjekklister som har et punkt som omhandler studiens etiske overveielser for å vurdere dette (Helsebiblioteket, 2016b).

Polit og Beck (2020) skriver at når en skal framstille noen andres resultater i en litteraturstudie bør forskeren gi leseren et objektivt og organisert bilde av det temaet som ønskes belyst ut ifra litteraturinnsamlingen (Polit og Beck, 2020). Det sentrale ligger i å innhente og analysere forskning som allerede er gjort på en redelig og forsvarlig måte der forskeren ikke forsøker å skjule, fordreie eller forfalske noe av det som kommer frem av resultatene (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Jeg har forsøkt å fremstille de faktiske resultatene som framkom i artiklene gjennom å ha nærhet til artiklens resultatdel hele veien. Jeg har vært meg bevisst mitt ansvar for å utøve et forskningsarbeid som er redelig, sannferdig og etterrettelig med de kvalitetskvalifikasjonene som skal ligge til grunn i et masterprosjekt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019).

Malterud (2017) skriver at uavhengig av hvilken forskningsmetode eller forskningsprosjekt som gjennomføres vil forskeren påvirke forskningsprosessen og resultatene som fremstilles. Jeg har i dette prosjektet gått gjennom en forskningsprosess der jeg har tolket, analysert og forsøkt løfte opp noen andres resultater. På min vei kan jeg ha overtolket eller undertolket

noe. Gjennom å lese og reflektere over litteraturen, samt veiledning har jeg forsøkt å ikke fordreie eller legge andre føringer for forskernes resultater.

4.5 Studiens validitet og reliabilitet

Formålet med denne studien var å få ny kunnskap om hvordan helsesykepleier samtaler om et barns overvekt eller fedme med foreldre i helsestasjon og skolehelsetjenesten. Min forforståelse og mine valg har stor betydning for hvilke data som fremstilles, analyseres og presenteres i dette prosjektet. Forskningsprosessen er med bakgrunn i det preget av min person i høy grad, og det har derfor vært viktig å hele tiden gjøre vurderinger i forhold til studiens validitet og reliabilitet (Malterud, 2017).

Validitet handler om hvorvidt valgt metode er egnet til å undersøke det som ønskes undersøkt (Kvale og Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). Validitet er en form for kvalitetskontroll som skal skinne gjennom hele forskningsprosessen (Kvale og Brinkmann, 2015; Polit og Beck, 2020).

Validiteten i min oppgave handler om å beskrive forskningsprosessen så presist som mulig, og på den måten gjøre det enklere for leseren å forstå hvilke valg og vurderinger som er gjort underveis i henhold til valgt metode.

Gjennom metodekapittelet beskriver jeg min forskningsprosess, og begrunner de valgene jeg har tatt. Leseren får et tydeligere innblikk i hvilke vurderinger jeg har gjort for å komme frem til de resultatene som presenteres ut ifra valgt metode. Jeg har vurdert hvorvidt valgte databaser er egnet til å gi meg litteratur av relevans, hvilke søkeord som har vært hensiktsmessig for å finne den forskningen jeg er ute etter, hvilke inklusjons og eksklusjonskriterier jeg har jobbet etter, samt kriterier for vurdering av artiklenes kvalitet. Jeg har også gjort valg i forhold til om inkluderte artikler fra andre land kan sammenliknes med norske forhold og den norske helsesykepleier.

Malterud (2017) skriver at ved å stille seg selv spørsmål underveis om studiens validitet vil vi kunne forebygge systematiske feil i forskningsprosessen. Som ny forsker vil det være en risiko for feilvurderinger i forskningsprosessen. Ved å begrunne mine valg ut ifra valgt metode belyser jeg tydeligere for leseren hvilke styrker og svakheter som framkommer i denne studien.

Reliabilitet handler om resultatenes troverdighet og muligheten til å gjenskape disse (Kvale og Brinkmann, 2015; Polit og Beck, 2020). I en litteraturstudie kan det bety å beskrive

hvordan en har gått frem i forskningsprosessen for å komme frem til resultatene som presenteres. Det skal begrunnes og tydeliggjøres på en slik måte at det er mulig for andre å gjenskape disse (Kvale og Brinkmann, 2015; Polit og Beck, 2020). Ved beskrivelse av min søkeprosess der det fremkommer søkeord, databaser og inkludering- og eksklusjonskriterier har hensikten vært å gjøre det mulig for andre å gjenskape mine resultater og øke resultatenes troverdighet.

5. Analysering av data

Gjennom en litteraturstudie er målet å sette sammen flere forskningsresultater som kan gi en bredere forståelse av et tema (Aveyard, 2014). I denne oppgaven er det gjennomført en tematisk analyse av den innhentede dataen etter Aveyard (2014) sin presentasjon av tematisk analyse.

5.1 Analyseprosessen

I analyseprosessen har jeg sett etter eksisterende forskning som omhandler hvordan helsesykepleier eller annet helsepersonell samtaler om overvekt og fedme med foreldre. Dette ble gjort gjennom grundig analysering og gjennomgang av innsamlede data.

Gadamer (2010) skriver at gjennom å lese et «førstekast» av en tekst, vil man danne seg en mening og forståelse av tekstens innhold. En slik «første» mening og forståelse av teksten viser seg fordi man på forhånd hadde en viss forventning om hva teksten innhold skulle bestå av. For å få en dypere forståelse og en klarere mening med innholdet må man lese gjennom tekstene flere ganger. På den måten vil man åpne opp for en større forståelse av tekstens innhold. Dette er en prosess. Gjennom forskningsprosessen har jeg måttet lese artiklenes resultatdeler flere ganger, der jeg hele tiden har jobbet etter min problemstilling. Gjennom analyseringsprosessen er det blitt tydeligere for meg hvilke funn jeg faktisk har kommet frem til ved å gå frem og tilbake mellom helheten og deler av helheten og tilbake til helheten igjen. Denne prosessen har tydeliggjort hvilke funn som har vært av relevans for å besvare min problemstilling og forskningsspørsmål. Prosessen kan sammenliknes med det Gadamer kaller den «hermeneutiske sirkel» (Gadamer, 2010).

Aveyard (2014) skriver at analyseprosessen er en prosess som foregår over tid. Gjennom kvalitetsvurdering og grundig gjennomgang skal forskeren skape seg et tydelig bilde av dataen som er samlet inn, lage oversikt over artiklenes temaer og undertemaer, og deretter finne nøkkelord som beskriver innholdet i disse temaene. Nøkkelordene blir utgangspunkt for oppgavens diskusjonsdel (Aveyard, 2014). Videre beskrives hvordan denne prosessen har blitt gjennomført.

Det første steget i analyseprosessen er å oppsummere innholdet i alle de inkluderte studiene. Dette gjøres gjennom analysering og kritisk vurdering av den innhentede dataen. Målet er å få oversikt over datamaterialet man sitter på, og lage en oppsummering av det som framkommer av relevans for å besvare problemstillingen (Aveyard, 2014). Gjennom sjekklisten og Aveyards punkter for kritisk tenkning ble artiklenes styrker og svakheter tydeligere (Se

vedlegg 3). Gjennom flere gjennomganger av artiklene ble det tydelig hvilken data jeg satt igjen med. Jeg noterte forfatter, funn og relevans for å besvare min problemstilling i en artikkelmatrise som jeg har jobbet med hele veien (Se vedlegg 2). Artikkelmatrisen bidro til et system der jeg skrev ned mine vurderinger underveis. Aveyard (2014) anbefaler at forskere tidlig i analyseprosessen lager en artikkelmatrise. Dette for å holde oversikt over artiklenes styrker og svakheter. I denne prosessen har jeg også vurdert hvorvidt resultatene og funnene kan sammenliknes med norske forhold og den norske helsesykepleierprofesjonen, da artiklene er fra Sverige, USA og Norge. Engelske artikler er her blitt oversatt til norsk.

Det neste steget i analyseprosessen er å identifisere temaene som framkommer i artiklenes resultatdel (Aveyard, 2014). Dette gjøres gjennom å lese artiklenes resultatdel grundig. Målet er å få oversikt over datamaterialets tema og undertemaer, og velge ut det som er av relevans for å besvare problemstillingen (Aveyard, 2014). Jeg noterte interessante funn og temaer underveis av relevans for besvarelse av min problemstilling. Dette systematiserte jeg inn i et eget dokument der jeg benyttet meg av ulike fargekoder som jeg samlet inn i foreløpige nøkkelord. Artiklene hadde også noen funn som ikke var av relevans for å besvare min problemstilling, jeg farget og kategoriserte disse under aktuelle nøkkelord. Dette gjorde jeg for å bevare helheten i funnene og få forslag til eventuelt nye forskningsprosjekt.

Det neste steget i analysen er å utvikle dine temaer ut ifra de resultatene som framkommer i artiklene (Aveyard, 2014). Etter å ha gjennomgått alle artiklene hver for seg, og kategorisert dem inn i temaer i henhold til min problemstilling opprettet jeg et nytt dokument. Her slo jeg sammen alle funnene fra artiklene. Her ble artiklenes ulikheter og likheter tydeligere. Dette gjorde jeg ved klipp og lim funksjonen i Word. Jeg sikret at referansene til hver enkel artikkel ble bevart. Når det var gjennomført leste jeg gjennom funnene på ny, og sorterte disse inn i ulike nøkkelord som beskrev innholdet. Problemstillingen min har vært nær gjennom hele denne prosessen, dette for å ha fokus på hva det er jeg faktisk trenger svar på for å kunne besvare den. Gjennom dette steget i analysen ble det klarere for meg hva som kom frem av funn og hvilke nøkkelord som kunne være av relevans i den videre prosessen. Ifølge Aveyard (2014) er det viktig å få hjelp når en skal navngi temaene. Nøkkelordene og beskrivelsen av dem har vært diskutert med veileder underveis. Målet har vært å komme frem til temaoverskrifter som oppsummerer hovedpunktene i mine funn. Underveis i prosessen har jeg måtte flyttet på og slått sammen ulike temaer for å spisse de enkelte temaene mot det de faktisk handler om. Gjennom denne prosessen har jeg forsøkt å lage temaoverskrifter som representerer et innhold som besvarer min problemstilling.

6. Resultater

I denne litteraturstudien er det inkludert 7 artikler. Disse er skrevet mellom 2011-2021, og er kvalitative studier. Studiene er gjort i Norge, Sverige og USA.

I de inkluderte studiene er det til sammen 96 informanter. Informantene i de ulike studiene er primært helsesykepleiere eller skolesykepleiere som jobber med barnehelse i helsestasjon og/eller i skolehelsetjenesten. I artikkelen skrevet av Andersen og Thompson (2020) er informantene barnesykepleiere, barneleger og legeassistenter som har kompetanse og erfaring med å ta opp tematikken som omhandler å samtale om overvekt og fedme med barn og deres foreldre, med bakgrunn i dette benevnes informantene fra deres studie som «annet helsepersonell». Gjennom analyse av studiene kom jeg til slutt frem til 3 hovedtemaer og 5 undertemaer. Disse presenteres i tabellen nedfor (Tabell 2). Tabell 3 viser artikler som representerer de ulike undertemaene.

Tabell 2: Temaoversikt

Hovedtema	Undertema
Samtalens utgangspunkt	Møte foreldrene der de er
Hvordan samtale for å bidra til barnets beste	Helsefremmende samtale Barnets talsperson
Samtalens utfordringer	Kompleks tematikk Sensitivt tema

Tabell 3: Artikler som representerer de ulike undertemaene

	Støles, Glavin og Groven (2019)	Andersen og Thompson (2020)	Harder, Anderson og Golsäter (2019)	Regber, Mårild og Johansson Hanse (2013)	Sjunnestrand, Nordin, Eli, Nowicka og Ek (2019)	Steel, Wu, Jensen, Pankey, Davis og Aylward (2011)	Thorstensson, Blomgren, Sundler og Larsson (2018)
Møte foreldrene der de er	X	X	X	X	X		X
Helsefremmende samtale	X	X	X	X			X
Barnets talsperson				X	X		X
Kompleks tematikk	X	X		X	X	X	
Sensitivt tema	X			X	X	X	

6.1 Samtalens utgangspunkt

Funnene viser at det var ulike måter å tilnærme seg foreldrene på, men at de tilstrebet å møte dem på en åpen, men skånsom måte (Harder et al, 2019; Regber et al, 2013; Sjunnestrand et al, 2019; Støles et al, 2019). De fleste tok utgangspunkt i vekstkurven (Andersen og Thompson, 2020; Harder et al, 2019; Regber et al, 2013; Sjunnestrand et al, 2019; Støles et al, 2019; Thorstensson et al, 2018), og den videre tilnærmingen avhengte av foreldrenes reaksjoner (Harder et al, 2019; Regber et al, 2013; Sjunnestrand et al, 2019; Støles et al, 2019).

6.1.1 Møte foreldrene der de er

Funn fra inkluderte studier viser at helsesykepleiere og annet helsepersonell tar utgangspunkt i vekstkurven når de skal starte samtalen om overvekt med familien (Andersen og Thompson, 2020; Harder et al, 2019; Regber et al, 2013; Sjunnestrand et al, 2019; Støles et al, 2019; Thorstensson et al, 2018). Flere gir uttrykk for at vekstkurven er et egnet hjelpemiddel når en skal samtale om et barns overvekt. Vekstkurven åpner for at foreldrene kan komme med sine tilbakemeldinger og forklaringer på hvorfor de tror vekstkurven viser det den viser (Støles et al, 2019), og gjøre dem bevisste på barnets overvekt (Thorstensson et al, 2018). Regber et al, (2013) skrev i sin studie at vekstkurven var noe helsesykepleiere benyttet på alle barn. Vekstkurven viser barnets faktiske vekt og hvor barnet ligger på kurven i forhold til gjennomsnittet. Helsesykepleierne uttalte også at det var fint å ha noe «fakta» å forholde seg til, og ikke helsesykepleiers egen mening om vekten.

Funnene viser at det som avgjorde helsesykepleiers tilnærming i samtalen om barnets overvekt med foreldrene avhengte av familiens situasjon (Harder et al, 2019; Sjunnestrand et al, 2019). I studien til Harder et al (2019) forsøkte helsesykepleiere å tilpasse seg den enkelte familie ved å utforske deres situasjon. Det innebar å ta hensyn til den enkelte families behov og sensitivitet for temaet, men også gjennom å skape selvtillit og bygge en god relasjon. Videre skrev de at helsesykepleier må ta hensyn til og anerkjenne foreldrenes bekymringer knyttet til deres barns overvekt. Man må være sensitiv i møte med foreldrene og bruke sin kunnskap riktig for å hjelpe foreldrene til å fremme barnets overvekt. Helsesykepleier må være følsom for det som ikke blir sagt, og gjøre observasjoner av barnet og familiedynamikken. Funn fra studien til Sjunnestrand et al (2019) viser at helsesykepleiere la stor vekt på god kommunikasjon mellom partene når helsesykepleier skulle tilnærme seg temaet. Det de mente med god kommunikasjon handlet om å stille åpne spørsmål og dele samtalen opp i mindre deler. Et eksempel på et åpent spørsmål helsesykepleier stilte var om foreldrenes tanker om barnets vektutvikling siden sist. Videre kom det frem at foreldrenes reaksjoner på dette avgjorde den videre tilnærmingen og kommunikasjonen knyttet til temaet. Flere helsesykepleiere i studien til Støles et al (2019) og Regber et al (2013) tilstrebet å unngå ordene «*overvekt*» og «*fedme*». Helsesykepleiere fra studien til Støles et al (2019) forsøkte å forklare vekten ved hjelp av vekstkurven der de unngikk ordene overvekt og fedme, men heller sa at barnet hadde vokst seg ut av kurven sin, og det er ønskelig at barnet vokser seg inn igjen. I studien til Regber et al (2013) forsøkte helsesykepleiere å beskrive barnets overvekt ved bruk av ord som ikke ble så direkte. Noen hadde erfart at det kunne føre til at foreldrene trakk seg tilbake eller følte seg presset til å samtale om det. Helsesykepleier påpekte at de var bevisst på at familien var her frivillig, og dersom de ikke ønsket høre på det som ble sagt var det nødvendig å vente.

I studien til Thorstensson et al (2018) og Regber et al (2013) var det noen som tilnærmet seg samtalen ved å benytte seg av ulike spørreskjemaer. Spørreskjemaene omhandlet spørsmål knyttet til den enkeltes helse der måltid, søvn, fritidsaktiviteter og liknende ble kartlagt. Spørreskjemaene ble benyttet for å gjøre det enklere for helsesykepleieren å samtale om temaet der hun tok utgangspunkt i skjemaets spørsmål om overvekt.

6.2 Hvordan samtale for å bidra til barnets beste

Funn viser at helsesykepleiere mente det var deres plikt og ansvar å samtale om et barns overvekt med foreldrene og informere om hvilke konsekvenser det kan få for fremtiden

(Regber et al, 2013; Støles et al, 2019; Thorstensson et al, 2018). Samtidig tilstrebet de å informere uten å kritisere (Støles et al, 2019; Thorstensson et al, 2018), der ønsket var at foreldrene selv skulle finne ut hvordan de kunne fremme videre vektutvikling (Andersen og Thompson, 2020; Harder et al, 2019; Regber et al, 2013; Støles et al, 2019; Thorstensson et al, 2018).

6.2.1 Helsefremmende samtale

Funn fra studiene til Støles et al (2019) og Thorstensson et al (2018) viser at flere helsesykepleiere mener de har en plikt til å informere og gi nødvendig kunnskap til familiene uten å kritisere dem. Det framkom i studien til Regber et al (2013), Støles et al (2019) og Thorstensson et al (2018) at i de situasjoner helsesykepleier oppdager et barns overvekt er det helsesykepleiers ansvar å gi nødvendig og tilpasset informasjon til foreldrene som kan sette i gang en tankeprosess hos dem til å selv se hvilke endringer de må gjøre for at utviklingen ikke skal få fortsette.

Helsesykepleierne i studien til Støles et al (2019) sa det var deres oppgave å informere om barnets vekt. Noen helsesykepleiere forsøkte å ikke snakke for mye om tallene, og unngå å engste foreldrene unødvendig. Samtidig kom det frem at det var viktig å være ærlig og komme med konkrete råd. I de situasjonene der barnet var i grenseland mellom normalvekt og overvekt forsøkte helsesykepleier å trø varsomt. Det kunne være nok å oppfordre til å fortsette som før der sunn mat og fysisk aktivitet bidrar til å holde seg stabilt på vekten der man er. Det er viktig å gi dem nødvendig informasjon slik at de selv kan komme frem til løsninger som passer best for deres situasjon.

Thorstensson et al (2018) skrev at en viktig del av helsesykepleiers jobb er å tilpasse seg familiens meninger og deres hverdag, slik at man kan veilede og motivere dem ut ifra deres utgangspunkt. En viktig del av det å gi tilpasset informasjon handler om å jobbe gradvis med endringer, og støtte familien gjennom denne prosessen. Helsesykepleier kan gjennom å introdusere små og nye endringer gradvis og la familien mestre de nye endringene før nye blir introdusert bidra til å fremme deres helse og mestring. Selv om helsesykepleier opplevde at det måtte gjøres store endringer, måtte de begynne med de små. Små endringer kan bidra til gode resultater på sikt.

Noen av helsesykepleierne i studien til Harder et al (2019) sa de tilpasset samtalen etter familiens behov og etter resultatene av høyde og vekt. Informasjonen familiene får er lik, men den presenteres og tilrettelegges ut ifra familiens situasjon, ønsker og behov. Samtalen skal

skreddersys til å passe den enkelte familie. Ved å gi familien tid til å ta innover seg informasjonen og gjøre endringer skaper helsesykepleier handlingsrom (Harder et al, 2019). Noen tilstrebet å få oversikt over foreldrenes kunnskaper om temaet overvekt, danne en god relasjon, høre hvordan foreldrene opplever sitt ansvar i denne situasjonen og fremme deres kunnskaper til å kunne endre utviklingen (Andersen og Thompson, 2020).

Helsesykepleier tilstreber å samtale på en omsorgsfull måte der barnet og foreldrene beskyttes, samtidig som det er viktig å få frem vektresultatene og motivere til endring (Støles et al, 2019).

6.2.2 Barnets talsperson

Helsesykepleiere i studien til Sjunnestrand et al (2019) sa de ville ta opp barnets overvekt uavhengig av foreldrenes kunnskaper om å diskutere det. Dette fordi helsesykepleierne følte det var deres ansvar. Helsesykepleiere uttalte at de stadig opplevde situasjoner som var ukomfortable å ta opp med foreldrene, men påpekte at det var deres jobb og ansvar å stå opp for barnet hvis en oppdaget noe som avvek fra normalen.

Funn fra studien til Regber et al (2013) viser at helsesykepleiere følte at det var deres plikt å snakke om barnets overvekt, og understreket at det var deres ansvar å være barnets talsmann. Det er viktig at noen ser barnets overvekt, og bidrar til at de kan få en best mulig start på livet.

Thorstensson et al (2018) skriver at overvekt kan svekke barnets trivsel, selvfølelse og selvtillit. Overvektige barn trenger støtte av helsesykepleier. Målet er ikke nødvendigvis vekttap, men å hindre negativ atferd knyttet til mat og aktivitet, og bidra til økt trivsel, selvtillit og selvfølelse hos barnet.

6.3 Samtalens utfordringer

Funn fra Andersen og Thompson (2020), Sjunnestrand et al (2019), Steel et al (2011) og Støles et al (2019) viser at det å skulle samtale om et barns overvekt med foreldre kan være utfordrende. Utfordringene som framkommer i de ulike studiene, er flere. En av dem er at de er redde for å si noe som kan såre foreldrene og som kan skade eller ødelegge relasjonen deres til helsesykepleier (Regber et al, 2013; Sjunnestrand et al, 2019; Steel et al, 2011; Støles et al, 2019). Andre opplever det utfordrende å samtale om overvekt på grunn av dets sensitivitet (Regber et al, 2013; Sjunnestrand et al, 2019; Steel et al, 2011; Støles et al, 2019; Thorstensson et al, 2018).

6.3.1 Kompleks tematikk

Det framkommer i studiene til Andersen og Thompson (2020), Sjunnestrand et al (2019), Steel et al, 2011 og Støles et al (2019) at helsesykepleiere og annet helsepersonell frykter å si noe som kan svekke eller ødelegge relasjonen til foreldrene. I studien til Steel et al (2011) og Støles et al (2019) uttrykte noen usikkerhet i forhold til om de samtaler om barnets overvekt på *den riktige måten*. Det var vanskelig å vite om en samtale om barnets overvekt på den riktige måten på grunn av overvektens kompleksitet (Steel et al, 2011).

Funn fra studien til Steel et al (2011) viser at noen var usikre på hvordan foreldrene og barnet ville reagere når helsesykepleier tok opp barnets overvekt. Det siste de ønsket var at foreldrene skulle føle seg angrepet eller at deres barn var utpekt. Med bakgrunn i dette var det mange helsesykepleiere i studien som hadde negative erfaringer med å formidle vektresultatene til foreldre, fordi mange hadde opplevd at foreldrene ble fornærmet eller ikke ønsket videre oppfølging.

Det kom også frem i studien til Sjunnestrand et al (2019) at det var ukomfortabelt å ta opp barnets overvekt med foreldrene i frykt for å fornærme dem. De kommer med sine barn som de elsker over alt på jord også skal helsesykepleier fortelle at de er overvektige. Det handler om å unngå å fornærme dem. Videre kom det frem at noen helsesykepleiere kunne føle seg misforstått eller angrepet av foreldrene når de tok opp temaet. Den sentrale bekymringen var knyttet til at helsesykepleiere var redde for hvordan samtalen kunne påvirke deres tillitsforhold og det videre samarbeidet.

Helsepersonell fra studien til Andersen og Thompson (2020) skrev at det å samtale om et barns overvekt er ubehagelig og de var redde for hva foreldrene ville si og hvordan samtalen kunne påvirke deres forhold. Helsesykepleiere fra studien til Støles et al (2019) hadde i noen tilfeller opplevd motstand fra foreldrene når en samtale om barnets overvekt, der foreldrene ikke ønsket hjelp og mente det ikke var helsesykepleiers ansvar å samtale om barnets overvekt.

Det framkommer av studiene til Regber et al (2013) og Sjunnestrand et al (2019) at det å skulle samtale om et barns overvekt er et komplekst og sårt tema, noe som gjør det utfordrende for helsesykepleier å samtale om det.

6.3.2 Sensitivt tema

Det kommer frem i flere av de inkluderte studiene at det å samtale om et barns overvekt med barnet og foreldrene er et sensitivt tema (Regber et al, 2013; Sjunnestrand et al, 2019; Steel et al, 2011; Støles et al, 2019; Thorstensson et al, 2018). Helseesykepleierne i studien til Støles et al (2019) tilstrebet å formidle måleresultatet på en diskrete måte. De uttrykte utfordringer når kurven viste tydelig overvekt, og der barnet var til stede. Helseesykepleierne i studien vurderte det som å gå over grensen å si at barnet må drikke vann i stedet for brus i helgene. De betegnet det som å gi råd fra en ovenfra og ned holdning, noe som kunne oppleves ubehagelig og uheldig i møte med foreldrene. Helseesykepleier har en plikt til å informere om barnets vekt og vekst, samtidig som hun ikke må si det på en måte at som kan få barnet og foreldrene til å føle seg mislykkede eller stigmatiserte. Noen helseesykepleiere mente at en for tydelig tilnærming kunne resultere i at foreldrene ikke følte de mestret foreldrerollen, noe som ikke er helseesykepleiers intensjon (Støles et al, 2019). Andre hadde erfaring med at foreldrene kunne bli lei seg og triste når helseesykepleier sa at deres barn var overvektige. Det å samtale om overvekt er et sår og følsomt tema for dem det gjelder, noe helseesykepleier må ta hensyn til i møte med den enkelte familie (Regber et al, 2013).

Det at det er et sensitivt tema gjorde det utfordrende for noen helseesykepleiere å samtale om et barns overvekt når foreldrene også var overvektige (Regber et al, 2013; Sjunnestrand et al, 2019; Thorstensson et al, 2018). Helseesykepleieren kjente at det var ubehagelig fordi de var redd for at foreldrene skulle oppleve det som kritikk mot deres livsstil (Regber et al, 2013). Det å skulle ha en helseesykepleiers øyne på deg hele tiden, mente en helseesykepleier kunne oppleves som mas for foreldrene (Sjunnestrand et al, 2019).

Det kom frem i studien til Thorstensson et al (2018) at noen foreldre kan ha dårlig erfaring med å samtale om overvekt da de selv har opplevd det som barn. Foreldrene kan mistro sin evne til å hjelpe barnet sitt når de selv er overvektige. Helseesykepleier må i møte med familier respektere at overvekten kan være en plagsom faktor i livene deres, og være bevisst i sin fremtoning av temaet da det kan oppleves sår og følsomt for familien. I møte med barnet og foreldrene er det viktig å se hele familien, det er ikke barnets feil at det er overvektig. Noen foreldre kan ha utfordringer med andre ting som gjør at det er utfordrende å takle overvekten.

7. Diskusjon

I dette kapittelet vil mine funn belyses og diskuteres opp mot valgt teori. Dette kapittelet er delt inn i tre underkapittel. Underkapitlene beskriver mine tre hovedfunn etter gjennomført analyse. «*Samtalens utgangspunkt, hvordan samtale for å bidra til barnets beste og samtalens utfordringer*». Disse temaoverskriftene besvarer forskningsspørsmålene: *Hva vektlegger helsesykepleier i samtalen, hvordan ivaretas familien i samtalen og hvilke utfordringer møter helsesykepleier på i samtalen*. Under kapitlene vil jeg presentere mine funn som er knyttet til temaets overskrift. Videre vil jeg diskutere disse funnene opp mot mitt teoretiske utgangspunkt og kunnskapsgrunnlag før datainnsamling. Til slutt kommer en oppsummering.

7.1 Samtalens utgangspunkt

Dette underkapittelet diskuterer forskningsspørsmålet «*Hva vektlegger helsesykepleier i samtalen?*». Det kom frem i den inkluderte forskningen at det var ulike måter å tilnærme seg foreldrene på, men at de fleste strevde etter å gjøre det på en skånsom, men åpen måte der god kommunikasjon var av stor betydning (Harder et al, 2019; Regber et al, 2013; Sjunnestrand et al, 2019; Støles et al, 2019). Vekstkurven var et fint hjelpemiddel og utgangspunkt for å starte samtalen (Andersen og Thompson, 2020; Harder et al, 2019; Regber et al, 2013; Sjunnestrand et al, 2019; Støles et al, 2019; Thorstensson et al, 2018), og den videre tilnærmingen avhengte av foreldrenes reaksjoner (Harder et al, 2019; Sjunnestrand et al, 2019). Ut ifra dette kom jeg frem til underoverskriften «*Møte familien der de er*».

7.1.1 Møte familien der de er

Det framkommer av funnene at helsesykepleier og annet helsepersonell tar utgangspunkt i vekstkurven når de skal tilnærme seg samtalen med foreldrene (Andersen og Thompson, 2020; Harder et al, 2019; Regber et al, 2013; Sjunnestrand, 2019; Støles et al, 2019; Thorstensson, 2018). Vekstkurven åpner opp for at foreldrene selv kan komme med sine tanker og forklaringer på hvorfor de tror den viser det den viser (Støles et al, 2019), samtidig som den gjør foreldrene bevisste på barnets overvekt (Thorstensson et al, 2018). Den videre tilnærmingen avhengte av familiens situasjon (Harder et al, 2019; Sjunnestrand et al, 2019), noe som blant annet innebar å ta hensyn til den enkelte families behov og sensitivitet for temaet (Harder et al, 2019).

Med utgangspunkt i disse funnene kan det virke som at helsesykepleier og annet helsepersonell forsøker å engasjere seg i foreldrenes liv, der de ønsker å møte foreldrene i situasjon gjennom å tilnærme seg vekstkurven og samtalen på en åpen, men samtidig forsiktig

måte. Dette kan sees i lys av omsorgsbegrepet Martinsen (2003a) presenterer som handler om at en bryr seg om den andre og har et ønske om å hjelpe den en står i relasjon med. Der man tar utgangspunkt i at vi mennesker er avhengige av hverandre. Det at vi mennesker er avhengige av hverandre kan i denne konteksten forstås som at helsesykepleier og annet helsepersonell er der for foreldrene i samtalen gjennom sin tilstedeværelse der de snakker og lytter til det foreldrene har å si, og til deres reaksjoner (Martinsen, 2003a). Det handler om å møte foreldrene og ta imot det de ønsker samtale om, og på den måten vise omsorg for dem (Løgstrup, 1991; Martinsen, 2003a). Løgstrup skriver at det å gå inn i en relasjon med en annen handler om å engasjere seg i den andres liv. Det å engasjere seg i samtalen med den andre kan forstås som at man imøtekommer det den andre ønsker samtale om. Den etiske fordring får i denne relasjonen sitt innhold, et innhold som handler om å vise omsorg for den andres liv. Den etiske fordringen vil være taus i relasjonen, dette fordi det er menneskets ansvar å tenke og handle på en måte som tjener den andre best (Løgstrup, 1991; Løgstrup, 1996). Ved at helsesykepleier og annet helsepersonell tar utgangspunkt i vekstkurven og foreldrenes reaksjoner kan det virke som de er varsomme i sin tilnærming, der de viser omsorg ved å bry seg om familiens situasjon og behov (Løgstrup, 1991; Løgstrup, 1996; Martinsen, 2003a). Det kan virke som helsesykepleier ønsker å møte familien der de er å gå frem i samtalen etter deres premisser og ønsker. Det at den etiske fordringen er taus i denne samtalen kan forstås på den måten at det er helsesykepleier sitt ansvar å tenke å handle på en måte som vil være til det beste for foreldrene. Det kan forstås som at helsesykepleiere forsøker å handle til det beste for familien ved å utforske familiens situasjon der de tar hensyn til deres behov og sensitivitet for temaet (Harder et al, 2019), og ved å være seg bevisst hvordan de velger å starte samtalen ved at de tar utgangspunkt i vekstkurven og foreldrenes reaksjoner (Andersen og Thompson, 2020; Harder et al, 2019; Regber et al, 2013; Sjunnestrand et al, 2019; Støles et al, 2019; Thorstensson et al 2018).

På den ene siden kan det å tilnærme seg vekstkurven og foreldrene på en åpen og forsiktig måte forstås som at de engasjerer seg i familiens liv ved å bevisstgjøre dem på barnets overvekt eller fedme, å åpne opp for at foreldrene selv kan komme med sine tilbakemeldinger på hva de tror årsaken til denne utviklingen kan være (Thorstensson et al, 2018). Dette kan bidra til at familien selv ut ifra sine muligheter og ressurser ser hva som må gjøres for at overvekten til barnet ikke skal få fortsette å utvikle seg (Støles et al, 2019). Dette kan forstås som at helsesykepleier engasjerer seg i foreldrenes liv, samtidig som de ikke har til hensikt å endre eller overta foreldrenes ansvar for barnet sitt (Løgstrup, 1991). Dette kan sees i likhet

med det Clancy og Svensson (2007) skriver om at i møte med foreldre har helsesykepleier et ansvar i å vurdere og utføre ulike handlinger uten å vite med sikkerhet hvordan det kan påvirke foreldrene eller deres framtid. Helsesykepleier må ta ansvar for sin ansvarsfølelse i samtalen og finne en balansegang mellom retningslinjer og regler på den ene siden og involvering og nærhet på den andre (Clancy og Svensson, 2007). Ut ifra det kan det forstås som at helsesykepleier og annet helsepersonells intensjon i de ulike studiene var å engasjere seg i barnets overvekt eller fedme med bakgrunn i at dette er et ansvar helsesykepleier har i henhold til retningslinjer og lover, samtidig som de må ta hensyn til at dette er noe foreldrene selv må finne en løsning på ut ifra deres muligheter og ressurser, der helsesykepleier må være bevisst sin nærhet og involvering i samtalen (Clancy og Svensson, 2007).

På den andre siden vil det å engasjere seg i relasjonen og i familiens liv kunne bidra til at foreldrene føler seg sett og hørt. Dette kan sees i sammenheng med at vi i relasjonen er sårbare, og vi våger oss frem for å bli imøtekommen slik Løgstrup (1991) beskriver. Ved at helsesykepleier og annet helsepersonell tilnærmer seg vekstkurven og foreldrene på denne måten kan det bidra til at foreldrene føler seg imøtekommen ved at de blir møtt ut ifra sin situasjon. Dette kan også knyttes til det Clancy (2015) skriver om at helsesykepleier skal i møte med foreldrene være en støttende fagperson som foreldre skal oppleve å bli sett og hørt av. Gjennom samtale og samarbeid er målet at foreldrene kan finne løsninger som passer best for dem og deres familie.

Det kan forstås ut ifra resultatene, at det å skulle tilnærme seg samtalen om et barns overvekt med foreldrene krever en åpen og undrende tilnærming, der helsesykepleier må bruke sin kunnskap for å klare og hjelpe familien til å fremme barnets overvekt (Harder et al, 2019; Sjunnestrand et al, 2019). Dette kan knyttes til urørlighetssonen, noe som ligger til grunn i alle samtaler mellom mennesker (Løgstrup, 1997). Det handler om å møte den andre der den andre ønsker, og la den andre få anledning til å gjøre rede for det som skal snakkes om. Urørlighetssonen handler om den enkeltes grenser for avstand og nærhet til andre mennesker eller hvor åpen eller lukket en ønsker å være i møte med hverandre (Løgstrup, 1997). I denne sammenheng vil urørlighetssonen komme til syne ved at helsesykepleier evner å finne spenningen mellom foreldrenes urørlighetssone og åpenheten i samtalen med dem. Dette kan forstås ved at helsesykepleier forsøker å være seg bevisst at det å samtale om overvekt kan være et følsomt tema for den enkelte der de vektlegger å møte familien der de er ved å utforske deres situasjon og ta hensyn til deres ønsker og behov (Harder et al, 2019; Sjunnestrand et al, 2019). På den måten åpner de opp for at foreldrene kan gjøre rede for det

de ønsker skal snakke om. I likhet med det Edvardsson et al (2009) skriver om at i samtalen med foreldre om barns overvekt er det av betydning for samtalen at man handler profesjonelt og er tydelig i sin tilnærming. Det handler om å tilnærme seg samtalen på en respektfull måte, der en ikke skyver foreldrene til side, men finner en måte å tilnærme seg temaet på som bidrar til at de ønsker komme tilbake til deg. Også Danielsen (2014) skriver at i samtalen med familier som opplever overvekt er det nødvendig å lytte til deres tanker og forklaringer, og der en viser respekt for deres opplevelse og oppfatninger om årsaken til overvekt. Øen (2012c) skriver at det å skulle samtale med familier om et barns overvekt i stor grad handler om å etablere en god relasjon til familien der man tilnærmer seg samtalen på en forsiktig måte der en tilpasser seg familiens ønsker og behov. Dette kan settes i sammenheng med tidligere forskning som viser at måten man velger å tilnærme seg samtalen om et barns overvekt vil påvirke mottakerens reaksjoner og motivasjon til å gjøre endring (Hanssen-Bauer og Knutsen, 2017; Helsedirektoratet, 2010a).

7.2 Hvordan samtale for å bidra til barnets beste

Dette underkapittelet diskuterer forskningsspørsmålet «*Hvordan ivaretas familien i samtalen?*» Det kom frem at helsesykepleiere mente de var pliktige og ansvarlige å informere om et barns overvekt til foreldrene (Regber et al, 2013; Støles et al, 2019; Thorstensson et al, 2018). De mente foreldrene måtte få informasjon tilpasset den enkelte families situasjon der en unngikk å kritisere dem (Støles et al, 2019; Thorstensson et al, 2018). I tillegg mente helsesykepleiere at det var til barnets beste at helsesykepleier tok opp temaet med foreldrene, der hensikten var å samtale på en måte som bidrar til at barnets helse fremmes (Harder et al, 2019; Støles et al, 2019; Thorstensson et al, 2018). Ut ifra dette kom jeg frem til undertemaene «*Helsefremmende samtale*» og «*Barnets talsperson*».

7.2.1 Helsefremmende samtale

Helsesykepleiere i de ulike studiene mente at det var deres ansvar å informere foreldre om deres barns overvekt (Regber et al, 2013; Støles et al, 2019; Thorstensson et al, 2018). Samtidig ønsket de å informere på en måte som ikke kritiserte, men heller forsøke å tilpasse informasjonen ut ifra familiens hverdag og meninger. På den måten kunne de bidra med passende veiledning og motivasjon ut ifra foreldrenes utgangspunkt (Harder et al, 2019; Støles et al, 2019; Thorstensson et al, 2018). Dette kan sees i lys av omsorg som et moralsk begrep der det handler om hvordan en er i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet sitt. Her vil kvaliteten på relasjonen være av betydning. Det handler om at i relasjonen har vi også en makt, og i samtalen med den enkelte må en lære hvordan denne makten brukes. I slike

situasjoner må en forsøke å handle etter det en tror vil være til det beste for den andre parten (Martinsen, 2003a). Dette kan sees i sammenheng med det grunnlaget sykepleier skal være bygget på, som handler om at i møte med den enkelte skal en vise respekt og ivareta den andres verdighet, der omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskers rettigheter ivaretas (NSF, u.å). Dette kan også knyttes opp til det Løgstrup (1991) skriver, at i møte med hverandre ligger det en fordring som handler om å ta vare på den andres liv. Det å hjelpe og ta vare på den andres liv betyr ikke å endre eller å overta deres ansvar, men å ivareta den andre ut ifra den andres ønsker og premisser ut ifra det som vil være til det beste for den enkelte. Slik jeg forstår det i denne konteksten er det ikke helsesykepleiers ansvar å overta foreldrenes ansvar for deres barns utvikling av overvekt. Det er helsesykepleiers ansvar å ivareta og støtte foreldrene ut ifra deres ønsker og behov til det beste for dem som familie, der målet er at foreldrene selv skal finne ut hva som er best for dem i denne situasjonen. Ved å informere på en måte som ikke kritiserer foreldrenes måte å leve på, men heller være en som bidrar til å styrke foreldrene i denne prosessen der man tilpasser informasjon etter behov, ønsker og hverdag, kan det forstås som at helsesykepleierens vurderinger og handlinger består av omsorg der de handler etter det de tror vil være til det beste for familien.

Dette med å være seg bevisst sin makt og ansvar i samtalen kom også frem av funnene der helsesykepleier i noen situasjoner opplevde at foreldrene måtte gjøre store endringer for å unngå videre utvikling av barnets overvekt. Helsesykepleier viste forståelse for at det i mange situasjoner var mest hensiktsmessig å oppfordre til små og gradvise endringer over tid for å klare motivere til endring (Thorstensson et al, 2018). Det kan virke som helsesykepleiere var bevisste på at måten de samtalte på ville ha betydning for hvorvidt familien ville gjøre noe med barnets overvekt. Gjennom å begynne i det små og la dem mestre dette før man gikk videre. Funnen kan tyde på at helsesykepleier er bevisst sin posisjon i relasjonen, og unngår å overkjøre foreldrene med alle tiltakene de burde sette i gang med. Det kan forstås på den måten at foreldrenes medvirkning til endringsprosessen ivaretas, noe som er hensiktsmessig for å fremme barnets helse (Helsedirektoratet, 2022; Pasient og brukerrettighetsloven § 3-1). I likhet med det Øen (2012c) skriver der det i all hovedsak er foreldrene som skal gjøre endringene, og på den måten må brukermedvirkningen rettes mot dem i stor grad.

Ved at helsesykepleiere er bevisste sitt ansvar i samtalen, samtidig som de tilstreber å ikke kritisere foreldrene (Støles et al, 2019; Thorstensson et al, 2018) kan det tyde på at de handler ut ifra sin fagkunnskap der det faglige skjønnnet ligger som et utgangspunkt for å håndtere det ansvaret og den makten som ligger i samtalen mellom foreldrene og helsesykepleier, der

målet er å fremme barnets helse. Skjønnnet kan knyttes opp til disse funnene fordi skjønnnet kommer til syne når helsesykepleier vurderer og tilpasser sin kunnskap ut ifra dem man møter, der man er åpen om at det ikke er alt helsesykepleier har kunnskap om (Clancy, 2020). Det relasjonelle forholdet mellom helsesykepleier og foreldrene vil påvirke samtalene, og helsesykepleier må se på foreldrene som en ressurs i denne samtalen (Clancy, 2020). Det at helsesykepleier ser på foreldrene som en ressurs handler om at det er de som har mest kunnskap om deres barn og deres hverdag, og ut ifra det vil det være de som i størst grad har forståelse for hvordan de kan fremme barnets helse ved å unngå videre utvikling av overvekt.

Ut ifra dette kan det virke som at helsesykepleier ønsker å ta vare på foreldrene og deres liv ved å handle ut ifra det de tror vil være til det beste for familien. Der de viser omsorg ved å bry seg om deres barns overvekt og ansvaret i å informere om dette. Omsorgen kommer også til synet ved at helsesykepleier er seg bevisst sitt ansvar og sin makt i denne relasjonen der man tilstreber å informere foreldrene uten å kritisere dem. I likhet med Løgstrups (1991) beskrivelse om at i møte med den andre handler det om å ta vare på den andres liv der en imøtekommer den andre i samtalen. Det kan forstås i denne konteksten som at helsesykepleier handler etter det de tror vil være til det beste for familien og barnet, noe som blant annet innebærer å samtale på en helsefremmende og omsorgsfull måte (NSF, u.å).

7.2.2 Barnets talsperson

Det kom frem av funnene at noen helsesykepleiere mente det var deres ansvar å tale barnets sak i møte med foreldrene (Regber et al, 2013; Sjunnestrand et al, 2019), og noen anså seg som barnets talsperson i denne samtalen (Regber et al, 2013). Andre mente det var viktig at barnets overvekt ble oppdaget, noe som kunne bidra til at utviklingen ikke fikk fortsette, til det beste for barnets helse (Regber et al, 2013).

Det at noen anså det som sitt ansvar å tale barnets sak i møte med foreldrene kan sees i sammenheng med Løgstrup (1996) beskrivelse av hva ansvar er. Han skriver at vi blir ansvarlige når det er noe som avhenger av at utførelsen av en oppgave blir gjort i henhold til det ansvarsområdet man er skikket til å ta hånd om (Løgstrup, 1996). Ut ifra Løgstrups beskrivelse av hva ansvar er kan det forstås i denne konteksten som at helsesykepleier er ansvarlig i å handle etter det som vil være til det beste for barnets helse. Dette fordi helsesykepleier er en profesjon som skal ha tilstrekkelig kunnskap om hvordan forebygge og fremme barns helse og utvikling (Helsedirektoratet, 2019; Helsedirektoratet, 2022). Ut ifra det kan det forstås som at helsesykepleiere er bevisste sitt juridiske ansvar i denne samtalen (NSF, u.å) der retningslinjer, forskrifter og lover er av betydning (Forskrift om helsestasjons- og

skolehelsetjenesten, 2018 § 1; Helsedirektoratet, 2010a; Helse og omsorgstjenesteloven, 2011; Helsedirektoratet, 2022). Noe som i denne situasjonen handler om at helsesykepleier tar opp barnets overvekt med bakgrunn i at de mente det var deres ansvar og plikt å ta det opp med foreldrene uavhengig av foreldrenes kunnskaper om å diskutere det (Sjunnestrand et al, 2019). Og at de anså det som viktig at noen så barnets overvekt og bidro til at de får en best mulig start på livet (Regber et al, 2013).

På den andre siden kan det å oppleve dette ansvaret i samtalen knyttes til helsesykepleierens evne til å vise omsorg i møte med andre, i likhet med det Løgstrup (1991) og Martinsen (2003a) beskriver. Der en skal bry seg om den enkelte, og ta vare på den enkeltes liv gjennom å handle etter det en tror vil være til det beste for den andre (Løgstrup, 1991; Martinsen, 2003a). Ved å ta ansvar for å samtale om barnets overvekt viser helsesykepleiere i studien at de bryr seg om barnets helse, da de ønsker at de skal få en best mulig start på livet. Målet er ikke vekttap, men å bidra til at barnets helse fremmes ved å bidra til økt trivsel og selvfølelse, der en unngår negativ adferd knyttet til mat og fysisk aktivitet (Thorstensson et al, 2018). På den måten kan det forstås som at de viser omsorg for barnet, samtidig som de er bevisste på at det er foreldrene som må få informasjonen da det er de som i all hovedsak vet hvordan de ut ifra sitt utgangspunkt kan gjøre disse endringene i sin hverdag (Sjunnestrand et al, 2019), ut ifra det kan det forstås som at de er bevisste sitt etiske ansvar i denne samtalen (NSF, u.å). Dette fordi at i møte med barn og foreldre skal helsesykepleier handle etter et grunnlag som innebærer å møte den enkelte med respekt og en iboende verdighet der omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskets rettigheter skal ivaretas (NSF, u.å).

7.3 Samtalens utfordringer

Dette underkapittelet diskuterer forskningsspørsmålet «*Hvilke utfordringer møter helsesykepleier på i samtalen?*». Det kom frem i den inkluderte forskningen at det å skulle samtale om overvekt med familier var et utfordrende tema (Andersen og Thompson, 2020; Sjunnestrand et al, 2019; Steel et al, 2011; Støles et al, 2019). Noen var redde for å si noe som kunne påvirke det videre forholdet (Andersen og Thompson, 2020; Sjunnestrand et al, 2019; Steel et al, 2011; Støles et al, 2019). Andre opplevde det vanskelig å ta temaet opp på grunn av temaets sensitivitet (Regber et al, 2013; Sjunnestrand et al, 2019; Steel et al, 2011; Støles et al, 2019; Thorstensson et al, 2018). Ut ifra disse funnene kom jeg frem til undertemaene «*Kompleks tematikk*» og «*Sensitivt tema*».

7.3.1 Kompleks tematikk

Ut ifra de funnene som framkommer kan det virke som at helsesykepleiere og annet helsepersonell opplever det å skulle samtale om et barns overvekt med foreldrene som utfordrende med bakgrunn i at de var redde for hva foreldrene ville si når de fikk høre at deres barn var overvektig, og hvordan de ville reagere (Andersen og Thompson, 2020; Sjunnestrand et al, 2019). Det siste de ønsket var å si noe som kunne fornærme dem (Sjunnestrand et al, 2019), eller som kunne påvirke deres forhold (Andersen og Thompson, 2020; Sjunnestrand et al, 2019; Steel et al, 2011; Støles et al, 2019). Funnene kan sees i sammenheng med det Løgstrup (1991) skriver om livsytringen tillit. Tilliten ligger til grunn i alle samtaler og i vår holdning til hverandre. Han skildrer tilliten i en metafor som handler om at i relasjonen med hverandre holder vi noe av det andre menneskets liv i vår hånd. I samtalen med foreldre om et barns overvekt kan denne metaforen trekkes frem fordi det handler om å ha noe av foreldrens liv i sin hånd, der helsesykepleiers holdninger i samtalen, hva hun velger å gjøre eller ikke gjøre har betydning for hvordan samtalen utspiller seg. Metaforen brukes i situasjoner som er svevende, der det handler om å vippe fra den ene eller den andre siden, eller å få det ene eller det andre utfallet. Det handler om at i relasjonen har vi også en makt over det andre mennesket (Løgstrup, 1991). Funnene kan sees i lys av metaforen fordi i møte med familier er det en relasjon som er bygget opp over tid der tillit er helt nødvendig. Samtidig som helsesykepleier har en makt i relasjonen ved å ha kunnskap om barn og unges helse, og et ansvar i å følge opp dersom noe avviker fra det «normale» (Helsedirektoratet, 2010a; Helsedirektoratet, 2022). Dette ansvaret er både juridisk og etisk (NSF, u.å), og drives av retningslinjer regler på den ene siden, og en helsefremmende og omsorgsfull tilnærming på den andre siden. Det handler om å finne en balansegang mellom disse i møte med foreldre som bidrar til at foreldrene selv klarer se hva som vil være den beste måten å gå frem på for å unngå videre utvikling av barnets overvekt (Clancy og Svensson, 2007), og der man unngår å si noe som sårer dem eller deres relasjon (Andersen og Thompson, 2020; Sjunnestrand et al, 2019; Steel et al, 2011; Støles et al, 2019).

For å finne balansegangen mellom tilliten og makten i samtalen kan det knyttes til skjønnnet. Dette fordi det handler om en konkret situasjon der helsesykepleier eller annet helsepersonell skal samtale om et barns overvekt med foreldrene (Andersen og Thompson, 2020; Sjunnestrand et al, 2019; Steel et al, 2011; Støles et al, 2019). Skjønnnet kan belyses i denne samtalen fordi det handler om å finne en måte å gå frem på som fremmer familiens helse, der en unngår å si noe som kan såre foreldrene eller deres relasjon. I lys av disse funnene kan det

faglige skjønnnet som Clancy (2020) beskriver trekkes frem. I samtalen med en annen er ikke alltid skjønnnet like enkelt å forklare. Skjønnnet har et innhold som kan bidra til at foreldrene kan få med seg noe verdifullt hjem om helsesykepleier klarer å tydeliggjøre skjønnnet gjennom sine handlinger (Clancy, 2020). Ved at helsesykepleier tar hensyn til at overvekt og fedme er et komplekst tema der årsakene som ligger bak er sammensatte, kan det faglige skjønnnet komme til synet. I samtalen med foreldrene om deres barns overvekt kan skjønnnet komme til syne ved at helsesykepleier klarer å finne en måte å samtale på som ikke overkjøre foreldrene eller deres følelser (Clancy, 2020). Det handler om å møte den andre i samtalen der en gjennom sin holdning er til stede i samtalen ved å lytte, ta imot, forsøke å forstå og være bevisst sitt kroppsspråk (Løgstrup, 1991). Dette kan sees i likhet med det Martinsen (2003b) skriver, hvor hun sier at det faglige skjønnnet kommer til syne når en handler ut ifra sin kunnskap om faget og omsorg for den andre. Skjønnnet uttrykkes gjennom sykepleierens handlinger gjennom sin reflekterte og omsorgsfulle tilnærming til den andre (Martinsen, 2003b).

Det at mange opplevde det vanskelig å skulle ta opp et barns overvekt med foreldrene, med bakgrunn i at de var redd for hvordan foreldrene ville reagere på deres tilnærming (Sjunnestrand et al, 2019), kan forstås i lys av den makten og ansvaret de har i denne samtalen slik Løgstrup presenterer det. Løgstrup (1991) skriver at i samtalen og i relasjonen med en annen vil det alltid være et maktforhold som påvirker vårt forhold til hverandre. I relasjonene er vi sårbare, og det handler om å møte den andre der den andre ønsker. Det handler om å imøtekomme den andre gjennom sin tilstedeværelse og fremtreden noe som kan bety å vende situasjonen i den retningen som en tror er ønskelig for den du holder noe av sitt liv i sin hånd. Ved at helsesykepleier og annet helsepersonell er bevisste på at dette er et utfordrende tema der de ikke ønsker å si noe som kan fornærme foreldrene eller deres relasjon (Andersen og Thompson, 2020; Sjunnestrand et al, 2019; Steel et al, 2011; Støles et al, 2019) kan det forstås som at de ønsker å ivareta foreldrene ut ifra deres situasjon og handle etter det som vil være til det beste for dem (Løgstrup, 1991; Løgstrup, 1997). Dette kan knyttes til de refleksjonene Clancy (2012) skriver om at i møte med den enkelte må helsesykepleier forsøke å se hele personen, ikke en kropp med ulike egenskaper. Det kan tenkes at helsesykepleiere er klar over at det kan være flere årsaker til at ting er som de er, og at noen kan reagere som de gjør når helsesykepleier tar opp et tema med foreldre. På den måten åpner helsesykepleier opp for å forsøke å forstå den andre, og ut ifra det handle på en faglig og forsvarlig måte ut ifra den enkeltes situasjon (Clancy, 2012). I dette møte vil det derfor kreve en skjønnsmessig

vurdering for å komme frem til hvordan en på best mulig måte kan handle i forhold til livsytringen (Martinsen, 2005). Det handler om at helsesykepleier må se på foreldrene som en ressurs i denne samtalen. Der de gjennom samtalen og samarbeid finner en løsning som ivaretar foreldrene og som kan bidra til at barnets helse fremmes (Clancy, 2015). Øen (2012c) skriver at det er nødvendig at helsepersonell har den kunnskapen som trengs for å fremme et overvektig barns helse, men det er også viktig at å ha kunnskap og forståelse for hvordan denne kunnskapen skal formidles på.

7.3.2 Sensitivt tema

Helsesykepleiere opplever det utfordrende å skulle samtale om et barns overvekt med foreldre med bakgrunn i at det er et sensitivt tema (Regber et al, 2013; Sjunnestrand et al, 2019; Steel et al, 2011; Støles et al, 2019; Thorstensson et al, 2018). Det at overvekt er et sensitivt tema kan forstå ut ifra at helsesykepleier opplevde det utfordrende å vite hvor mye de skulle blande seg inn i familienes liv. Noen mente at det å engasjere seg i hva barnet spiser eller ikke spiser kunne skape en ovenfra og ned holdning i møtene, noe som var uheldig (Støles et al, 2019). Andre påpekte at det å skulle ta denne samtalen med foreldrene om barnets overvekt var vanskelig når foreldrene også var overvektige da man er redd for å kritisere dem eller deres livsstil (Regber et al, 2013; Sjunnestrand et al, 2019; Thorstensson et al, 2018).

Det at helsesykepleiere mente det kunne oppleves som en ovenfra og ned holdning om de engasjerte seg i hvilken mat barnet spiser eller ikke spiser (Støles et al, 2019) kan på den ene siden sees i lys av den makten de har i relasjonen slik Løgstrup (1991) beskriver. Det kan forstås som at enhver relasjon er en maktrelasjon, og det handler om å være seg bevisst denne makten i relasjonen med den andre. Det handler om at man i møte med hverandre utleverer seg til hverandre, noe som kan være sårbart. I relasjonen med en annen skal en tilstrebe å imøtekomme hverandre, og på den måten unngå å såre eller krenke noen (Løgstrup, 1991). Ved at helsesykepleiere mente at det å engasjere seg i hva barnets spiste eller ikke spiste kunne skape en ovenfra og ned holdning kan det forstås som at de er klar over den makten som ligger i denne relasjonen. Der de forsøker å unngå å si noe som kan krenke eller såre foreldrene ved at de tar hensyn til sin maktposisjon i samtalen og er bevisst temaets sensitivitet (Støles et al, 2019). På den andre siden kan det å involvere seg i hva barnet spiser (Støles et al, 2019) forstås i lys av omsorg. Omsorg handler om å bry seg om noen andre, og ha et ønske om å ville den andre vel (Martinsen, 2003a). Ved å engasjere seg i barnets liv, der en bryr seg om hva barnet spiser kan det forstås som at de ønsker hjelpe familien med å se

hva som kan være hensiktsmessig å spise eller ikke spise for å fremme barnets helse. Og på den måten vise omsorg ved å bevisstgjøre foreldrene på dette.

Til tross for dette vil helsesykepleiers evne til å vurdere hva som er hensiktsmessig å si eller ikke si i samtalen med foreldrene kunne knyttes til helsesykepleiers evne til bruk av skjønn i samtalen. Clancy (2020) skriver at skjønnen kommer til syne når praktiseren har en etisk forståelse for og innsikt i hvordan man kan vise omsorg i møte med den andre, og hvordan man skal behandle den andre hensynsfullt. I møte med foreldre som opplever at deres barn er overvektig kan skjønnen komme til syne når helsesykepleier handler etter det som vil være til det beste for familien. Der omsorgen og respekten for den enkelte ligger imellom dem (Clancy, 2020). Ved at helsesykepleiere anså det som en ovenfra og ned holdning å fortelle hva som var bra og ikke bra for barnet å spise, kan det tolkes som helsesykepleier benyttet sin kunnskap for å vurdere hva som var hensiktsmessig å si til familien. På den måten kan det forstås som at man hadde en etisk forståelse og innsikt i hvordan man skulle ivareta omsorgen for foreldrene i samtalen med dem. Ved at helsesykepleier reflekterte over sine tanker om hva man ikke burde si eller si i samtalen, kan forstås som at man har utviklet erfaring og kunnskap som har styrket evnen til å se variasjoner i ulike situasjoner, og på den måten klare å forstå sine begrensninger og tilpasse seg ulike måter å nærme seg den enkelte på (Clancy, 2012).

Det at det er et sensitivt tema gjorde det utfordrende for noen helsesykepleiere å samtale om et barns overvekt når foreldrene også var overvektige (Regber et al, 2013; Sjunnestrand et al, 2019; Thorstensson et al, 2018). Det handler om at det å skulle samtale om overvekt kan skape negative følelser fordi overvekt er noe foreldre selv kan ha hatt som barn, og som de ikke har mestret å fremme (Thorstensson et al, 2018). På den måten kan helsesykepleier være redd for å si noe som kan kritisere dem eller deres livsstil, noe som ikke er deres intensjon (Regber et al, 2013). Disse funnene kan sees i sammenheng urørlighetssonen, da det handler om å finne en måte å samtale på som ikke krenker foreldrenes integritet i samtalen. Funnene kan knyttes til urørlighetssonen fordi det kan forstås som at det ligger en sårbarhet i denne relasjonen som handler om å ikke overkjøre foreldrene, men å forsøke å tilpasse seg samtalen etter det som føles mest rett ovenfor foreldrene. Det handler om å bevare foreldrenes integritet i samtalen der helsesykepleier ikke overkjøre dem med å fortelle hva de skal spise og ikke spise, men heller forsøke å finne en spenning i samtalen der foreldrenes urørlighetssone bevares gjennom å være bevisst hvor åpen eller lukket de ønsker være. Det handler om å la foreldrene bestemme hvor mye de ønsker fortelle og engasjere seg i det helsesykepleier sier. På den måten åpner helsesykepleier opp for å la foreldrene få mulighetene til å finne ut hva

som vil være til det beste for dem og deres familie (Løgstrup, 1997). Det å skulle samtale om deres barns overvekt med en helsesykepleier er kanskje ikke det de ønsker, men ved at helsesykepleier er bevisst dette kan det påvirke den videre samtalen. I noen situasjoner må helsesykepleier se an familien, og vurdere om det kanskje er hensiktsmessig å vente med denne samtalen, eller om det er mulig å åpne opp for samtale og vurdere den videre samtalen ut ifra foreldrenes reaksjoner og delaktighet i samtalen.

7.4 Oppsummering

Studiens funn viser at det å samtale om et barns overvekt eller fedme med foreldre i helsestasjon og skolehelsetjeneste er et utfordrende tema med bakgrunn i dets kompleksitet og sensitivitet (Andersen og Thompson, 2020; Regber et al, 2013; Sjunnestrand et al, 2019; Steel et al, 2011; Støles et al, 2019; Thorstensson et al, 2018).

Funnene viser at helsesykepleier tilstreber å møte foreldrene i sin situasjon gjennom å tilnærme seg samtalen på en åpen, men samtidig forsiktig måte (Harder et al, 2019; Regber et al, 2013; Sjunnestrand et al, 2019; Støles et al, 2019). Mange benyttet vekstkurven som utgangspunkt for samtale (Andersen og Thompson, 2020; Harder et al 2019; Regber et al, 2013; Sjunnestrand et al, 2019; Støles et al, 2019; Thorstensson et al, 2018). Vekstkurven åpnet opp for at foreldrene selv kunne komme med sine tilbakemeldinger på hva de trodde var årsaken til at barnet deres var overvektig (Støles et al, 2019; Thorstensson et al, 2018). Den videre samtalen avhengte av foreldrenes reaksjoner knyttet til at helsesykepleier tok opp temaet med dem (Harder et al, 2019; Sjunnestrand et al, 2019). Det innebar blant annet å forsøke å tilpasse seg den enkelte familie ved å utforske deres situasjon, noe som innebar å ta hensyn til familiens behov og sensitivitet for temaet, men også gjennom å skape selvtillit og bygge en god relasjon. Der helsesykepleier i møte med den enkelte familie må bruke sin kunnskap riktig (Harder et al, 2019).

Det kom frem av funn at helsesykepleier opplevde å ha et ansvar i å informere om et barns overvekt til foreldrene (Regber et al, 2013; Støles et al, 2019; Thorstensson et al, 2018). Samtidig ønsket de ikke informere på en kritiserende måte (Støles et al, 2019; Thorstensson et al, 2018). Det handlet om å gi nødvendig informasjon som kunne sette i gang en tankeprosess hos foreldrene som gjorde dem i stand til å se hvilke endringer som kan gjøres for å unngå videre utvikling (Regber et al, 2013; Støles et al, 2019; Thorstensson et al, 2018; Støles et al, 2019). Det kan forstås som at helsesykepleier mener det er en viktig del av deres jobb å tilpasse seg familiens meninger og hverdag, slik at en på den måten kan veilede og motivere

ut ifra deres utgangspunkt. Et viktig moment her var å jobbe gradvis med endringer, og støtte familien gjennom denne prosessen. Selv om helsesykepleier noen ganger opplevde at det måtte gjøres store endringer anså de det mer hensiktsmessig å begynne med de små, som på sikt kan gi gode resultater (Thorstensson et al, 2018).

Andre mente de var barnets talsperson i denne saken, og ønsket å handle på en måte som bidro til at barnets helse fremmes (Regber et al, 2013). De mente det var deres plikt til å informere foreldrene, uavhengig av deres kunnskap om å samtale om temaet (Sjunnestrand et al, 2019).

Av funnene som kom frem er det tydelig at det å skulle samtale om et barns overvekt med foreldre er utfordrende med bakgrunn i kompleksiteten og sensitiviteten omkring temaet. Det fremstår som komplekst med bakgrunn i at flere var redde for å si noe som kunne såre foreldrene eller deres relasjon (Andersen og Thompson, 2020; Sjunnestrand et al, 2019; Steel et al, 2011; Støles et al, 2019). Foreldrene kommer med sine barn som de elsker over alt på jord så skal helsesykepleier fortelle at de er overvektige, det handler om å ikke si noe som kan fornærme dem (Sjunnestrand et al, 2019). Samtalen fremstår sensitivt med bakgrunn i at det er utfordrende å vite hvor mye en skal blande seg inn i familiens liv, hva skal man si og ikke si (Støles et al, 2019). Men også det å skulle samtale om et barns overvekt når foreldrene var overvektige (Regber et al, 2013; Sjunnestrand et al, 2019; Thorstensson et al, 2018). Det var vanskelig fordi helsesykepleier var redd for at foreldrene skulle oppleve det som kritikk mot deres livsstil (Regber et al, 2013).

8. Avslutning

I denne studien ønsket jeg finne ut av hvordan helsesykepleiere samtalte om overvekt og fedme med foreldre i helsestasjon og skolehelsetjenesten. Jeg ønsket å forstå disse funnene i lys av omsorgstenkning i henhold til Løgstrup, Martinsen og Clancys beskrivelse av dette. Målet med studien har vært å belyse funnene ut ifra valgt teori der en kan oppnå en bedre forståelse av hvorfor helsesykepleier samtaler slik som de gjør.

Som nevnt i innledningen viser tidligere forskning at det å samtale om overvekt og fedme er et sårt og komplekst tema som oppleves krevende å skulle gjøre i møte med familier (Bradbury et al, 2018; Castor et al, 2021; Edvardsson et al, 2009; Øen, 2012c). Funnene fra denne studien tyder på at det å samtale om et barns overvekt med foreldre er et komplekst og sensitivt tema som oppleves utfordrende for mange (Andersen og Thompson, 2020; Regber et al, 2013; Sjunnestrand et al, 2019; Steel et al, 2011; Støles et al, 2019; Thorstensson et al, 2018). Helsesykepleier føler seg pliktige og ansvarlige i å samtale om dette med foreldre (Regber et al, 2013; Støles et al, 2019; Thorstensson et al, 2018), samtidig som de ønsker å gjøre det på en helsefremmende (Harder et al, 2019; Regber et al, 2013; Støles et al, 2019; Thorstensson et al, 2018) og omsorgsfull måte (Støles et al, 2019). Diskusjonen viser at det å skulle samtale om et barns overvekt med foreldre er et komplekst og sensitivt tema som krever at helsesykepleier forsøker å ivareta foreldrene gjennom en omsorgsfull tilnærming i samtalen der skjønnet, tilliten og makten er av betydning for hvordan samtalen kan utspille seg.

8.1 Videre forskning

Hvordan helsesykepleier samtaler om overvekt og fedme med foreldre i helsestasjon og skolehelsetjeneste er et tema det er behov for mer forskning på. Det kan være flere ulike innfallsvinkler, men utav den forskningen som er innhentet i denne studien tyder det på at det er flere saker som påvirker denne samtalen, deriblant kulturelle forhold og samfunnsmessige forhold. Det kunne også vært nyttig og forsket på hvordan helsesykepleier samtaler om overvekt og fedme med utgangspunkt i en tilnærming rettet mot barnet eller ungdommen, da helsesykepleier gjennomfører vekt og høydemål blant annet ved 8. klassesamtale og ellers ved behov der kun barnet er til stede (Helsedirektoratet, 2022).

8.2 Metodediskusjon

Fordelen ved valgt metode er at den gir forskeren mulighet til å søke etter litteratur om et gitt tema, og på den måten samle den kunnskapen som fins om temaet (Aveyard, 2014). Med

bakgrunn i min problemstilling og forskningsspørsmål ønsket jeg forskning av kvalitativ art, noe som førte meg til å velge litteraturstudie med en systematisk tilnærming. Årsaken for at jeg anså litteraturstudie som en egnet metode til å finne ut av min problemstilling er at dette er et tema det allerede er gjort en del forskning på. Jeg har etter beste evne forsøkt å finne alt av relevant forskning og litteratur om mitt tema og presentere mine funn ut ifra de resultatene jeg er kommet frem til gjennom analysen.

En svakhet ved bruk av denne metoden er at jeg som uerfaren forsker har en begrenset erfaring i å gjennomføre systematiske søk i databaser. Dette kan ha ført til at jeg ikke har klart å samle inn den dataen som omfavner min problemstilling. Det skal sies at jeg har hatt god hjelp fra bibliotekar ved biblioteket for hvordan gå frem i denne søkeprosessen, men det er jeg alene som har måtte ta valgene knyttet til søkeprosessen og analyseringen av materialet jeg har sittet igjen med. Funnene vil med bakgrunn i det være preget av min forståelse av artiklenes resultater.

Andre metoder som kunne vært benyttet er individuelle intervju og fokusgruppeintervju (Kvale og Brinkmann, 2015; Polit og Beck, 2020). Individuelle intervju er en metode der forsker intervjuer en informant knyttet til et spesifikt tema (Polit og Beck, 2020). Individuelle intervju av helsesykepleier kunne gitt meg data på hvordan den enkelte helsesykepleier erfarer å samtale om overvekt og fedme med foreldre i helsestasjon og skolehelsetjeneste. Der de kunne beskrevet og reflektert over egne erfaringer knyttet til temaet (Kvale og Brinkmann, 2015). Fokusgruppeintervju er en metode som intervjuer en liten gruppe individer for å diskutere et spesifikt tema. Vanligvis er intervjuet ledet av en moderator ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide (Polit og Beck, 2020). Fokusgruppeintervju kunne bidratt til å få frem helsesykepleiers synspunkter på temaet. Det å skulle samtale om et slikt sensitivt tema i gruppe kan bidra til at det blir lettere å uttrykke synspunkter som vanligvis ikke er så enkelt å gjøre individuelt. Samtidig vil gruppesammensetningen og samspillet i gruppen kunne føre til at forskeren ikke får frem de synspunktene som var ønsket (Kvale og Brinkmann, 2015).

Årsaken for at det ikke ble gjennomført verken individuelle intervju eller fokusgruppeintervju i denne oppgaven er at det allerede er gjort en del forskning på dette temaet. På bakgrunn av det ble det valgt å gjennomføre en litteraturstudie og ta utgangspunkt i mye av den forskningen som allerede er gjort på feltet (Aveyard, 2014). I tillegg til at det åpnet opp for å inkludere forskning utenfor Norge.

Referanser

- Alstveit. M., Lahti. S., Jónsdóttir. S-S., Egeland. N., Sørensen. S-K og Eklund. A-J (2021). Public health nurse education in the Nordic countries. *Public Health Nursing*, 39 (1), s. 270-278. Lest her: <https://doi.org/10.1111/phn.13029> (Lest: 27.04.22)
- Andersen og Thompson (2020). Managing Excessive Weight Gain in Children <2 Years of Age: Interviews with Primary Care Providers. *Childhood obesity*, 16(5), s. 332-339. Lest her: <https://doi.org/10.1089/chi.2019.0315> (Lest 27.04.22)
- Apple. R- D (2017). School health is community health: school nursing in the early twentieth century in the USA. *History of education Review*, 46 (2), s. 136-149 Lest her: DOI:10.1108/HER-01-2016-0001 (27.04.22)
- Aveyard. H (2014). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*. 3rd edition. McGraw-Hill Education
- Bradbury. D., Chisholm. A., Watson. P.M., Bundy. C., Brandbury. N og 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), s. 701-722. Lest her: <https://doi.org/10.1111/bjhp.12312> (27.04.22).
- Castor. C., Derwig. M., Borg. S.J., Ollhage. M.E og Tiberg. I (2021). A challenging balancing act to engage children and their families in a healthy lifestyle- Nurses' experiences of child-centred health dialogue in child health service in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 30 (5-6), s.-829. Hentet her: <https://doi.org/10.1111/jocn.15622> (Lest: 27.04.22)
- Clancy. A (2007). A profession under threat? An exploratory case study of changes in Norwegian public health nursing. *International Nursing Review*, 54 (2), s. 197-203. Hentet her: <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2007.00519.x> (Lest: 27.04.22)
- Clancy. A og Svensson. T (2007). 'Faced' with responsibility: Levinasian ethics and the challenges of responsibility in Norwegian public health nursing. *Nursing Philosophy*, 8 (3), s. 158-166. Lest her: <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2007.00311.x> (27.04.22)
- Clancy. A (2012). Dybden i et helsesøstermøte. I Thorsen. R, Mæhre. K.S og Martinsen. K (red). *Fortellinger om etikk*. (s.63-83). Fagbokforlaget.

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

Clancy. A (2020). Fra helsesøster til helsesykepleier: Kjernen i skjønnsutøvelsen. I Dahl, B.M (red). *Helsesykepleie: En grunnbok.* (s. 155-168). Fagbokforlaget.

Danielsen. Y.S (2014). *Fedme hos barn. Intensjoner og atferdsendringer i praksis.* Kommuneforlaget AS.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2019) *Forskningsetiske retningslinjer for naturvitenskap og teknologi.* Forskningsetikk. Hentet her:

<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/nat-tek/forskningsetiske-retningslinjer-for-naturvitenskap-og-teknologi/> (Lest: 27.04.22)

Edvardsson. K., Edvardsson. D og Hörnsten. Å (2009). Raising issues about children's overweight-maternal and child health nurses' experiences. *Journal of advanced nursing.* 65 (12), s. 2542-2551 Lest her: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05127.x> (27.04.22)

Farnesi. B-C., Ball. G.D.C og Newton. A.S (2012). Family-health professional relations in pediatric weight management: An integrative review. *Pediatric Obesity*, 7 (3), s. 175-186. Hentet her: <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2012.00029.x> (Lest: 27.04.22)

Folkehelseinstituttet (2017a.04.10). *Overvekt og fedme i Noreg.* FHI. Hentet her: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/> (Lest:27.04.21)

Folkehelseinstituttet (2017b). *Norgeshelsa statistikkbank.* Norgeshelsa. Hentet her: www.norgeshelsa.no (Lest: 27.04.22)

Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.* Lovdata. (FOR-2018-10-19-1584). Hentet her: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584?q=Forskrift%20om%20kommunens%20helsefremmende%20og> (Lest: 27.04.22)

Fossum. M og Slettebø. Å (2017). Publisering av sykepleieforskning. Hvordan vurdere kvalitet på vitenskapelige tidsskrifter? *Nordisk sykeplejeforskning*, 7 (4), s. 327-336. Lest her: <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-04-06> (27.04.22)

Furunes. B., Dysvik. E og Ueland. V (2020). Å lide når en lever med overvekt og fedme: en utfordring i omsorg og behandling. *Nordisk sygeplejeforskning*. 10 (3), s. 201-212. Hentet her: <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2020-03-06> (Lest: 27.04.22)

Gadamer. H-G (2010). *Sannhet og metode. Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. (L. Holm-Hansen overs.) Pax forlag.

Garfield. E (2006). The history and meaning of the journal impact factor. *JAMA, The journal of the American medical association*, 295 (1), s. 90-93. Lest her: <https://doi.org/10.1001/jama.295.1.90> (27.04.22)

Glavin. K, Helseth. S og Kvarme. L.G (2007). utfordringer for helsesøstertjenesten- og veien videre. I Glavin. K, Helseth. S og Kvarme. L.G (Red). *Fra tanke til handling: Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. (s. 323-330). Akribe AS.

Gothilander. J og Johansson. H (2021). School nurses' experiences and challenges of working with childhood obesity in Northern Sweden: A qualitative descriptive study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 205715852110446. Hentet her: <https://doi.org/10.1177/20571585211044698> (Lest: 27.04.22)

Hanssen-Bauer. M.W og Knutsen. I.R (2017). Hvordan foreldre reagerer når barnet er overvektig. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 61920. Hentet her: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61920> (Lest: 30.04.22)

Harder. M, Andersson. S og Golsäter. M (2019). Child healthcare nurses' encounters with parents whose child is overweight. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39 (3), s.152-158. Hentet her: <https://doi.org/10.1177/2057158519841315> (Lest: 27.04.22)

Helse og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale og helse- og omsorgstjenester m.m* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. Hentet fra: [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) - Lovdata](https://lovdata.no/dokument/lov/2011-06-24-30) (Lest: 27.04.22)

Helsebiblioteket (2016a 03.06). *PICO*. Helsebiblioteket. Hentet her: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico> (Lest: 27.04.22)

Helsebiblioteket (2016b.03.06) *Sjekklist*. Helsebiblioteket. Hentet her: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklist> (Lest: 27.04.22)

Helsedirektoratet (2010a). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme blant barn og unge. Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten*. Helsedirektoratet.

Hentet her: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge/> (Lest: 27.04.22)

Helsedirektoratet (2010b). *Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Jusboka. Hentet her: [https://jusboka.no/wp-content/uploads/2016/01/IS-1736-Nasjonal-faglig-retningslinje-for-veiing-](https://jusboka.no/wp-content/uploads/2016/01/IS-1736-Nasjonal-faglig-retningslinje-for-veiing-og-maling.pdf?x22677)

[ogmaling.pdf?x22677](https://jusboka.no/wp-content/uploads/2016/01/IS-1736-Nasjonal-faglig-retningslinje-for-veiing-og-maling.pdf?x22677) (Lest: 27.04.22)

Helsedirektoratet (2019. 18.02). *Helsesøster er nå helsesykepleier*. Helsedirektoratet. Hentet her: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/helsesoster-er-na-helsesykepleier> (Lest: 27.04.22)

Helsedirektoratet (2022. 15.mars). Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. *Nasjonal faglig retningslinje*. Helsedirektoratet. Hentet her:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> (Lest: 27.04.22)

Helseforskningsloven (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. Hentet her: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskningsloven> (Lest: 27.04.22).

Högskolan i Halmstad (u.å). [Søk personal. Susann Regber] Hh.se. Hentet her:

<https://www.hh.se/information/sok-personal.html> (27.04.22)

Jönköping university (u.å). [Søk etter ansatte. Marie Golsäter]. Ju.se. Hentet her:

<https://ju.se/en> (27.04.22)

Juliusson. P.B., Roelants. M., Eide. G.E., Hauspie. R., Waaler. P.E og Bjerknes. R (2007).

Overweight and obesity in Norwegian children: secular trends in weight-for-height and

skinfolds. *Acta Paediatrica*, 96 (9), s.1333-1337. Hentet her: <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00421.x> (Lest: 30.04.22)

Karolinska institutet (u.åa). *Medarbeiderportalen*. Medarbetare.ki.se Hentet her:

<https://medarbetare.ki.se/> (27.04.22)

Karolinska institutet (u.åb). *Sök i artikler i Svemed+*. Svemedplus. Hentet her:

<https://svemedplus.kib.ki.se/> (Lest: 27.04.22).

- Kvale. S og Brinkmann. S (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3.utgave. Oslo. Gyldendal norsk forlag AS.
- Lomborg, K (1997). Livsytringer og sygepleje. *Sygeplejersken*. (46), Sygeplejefaglige artikler s. 32-39. Hentet her: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-1997-46/livsytringer-og-sygepleje> (Lest: 30.04.22)
- Løgstrup. K.E (1991). *Den etiske fordring*. 2 udgave. Gyldendal.
- Løgstrup. K.E (1997). *System og symbol: essays*. 2. udgave. Gyldendal.
- Løgstrup. K.E (1996). *Etiske begreber og problemer*. Gyldendal.
- Malterud. K (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medicin og helsefag*. 4. udgave. Universitetsforlaget.
- Martinsen. K (2003a). *Omsorg, sykepleie og medicin. Historisk-filosofisk essays*. 2. udgave. Universitetsforlaget
- Martinsen. K (2003b). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. 2. utg. Universitetsforlaget.
- Martinsen. K (2005). *Samtalen, skjønnheten og evidensen*. Akribe AS.
- Mälardalen university (u.å). [Staff. Maria Harder]. Mdu.se. Hentet er: <https://www.mdu.se/en/malardalen-university> (27.04.22)
- Murray. R-D, Devore. C-D, Gereige. R-S, Grant. L-M, Roland. M-M, Lamont. J-H, Monteverdi. G-J, Wheeler. L-S-M, Pattishall. E-G, Grant. L-M og Magalnick. H (2008). The role of the school nurse in providing school health service: council on school health. *The journal of school nursing*, 24 (5), s 269-274. Lest her: <https://doi.org/10.1177/1059840508323781> (27.04.22)
- National Library of medicine (u.å). *Pubmed overview*. Pubmed. Hentet her: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/> (Lest: 30.04.22)
- Norsk senter for forskningsdata, NSD (u.åa). *Om register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Kanalregister. Hentet her: <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Om> (Lest: 27.04.22)

Norsk senter for forskningsdata, NSD (u.åb). *Mary Ann Liebert*. Kanalregister. Hentet her: <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringsskanaler/KanalForlagInfo.action?id=18316> (Lest: 27.04.22)

Norsk senter for forskningsdata, NSD (u.åc). *Personvernstjeneste*. NSD. Hentet her: <https://www.nsd.no/personverntjenester> (Lest: 27.04.22)

Norsk sykepleierforbund, NSF (U.å). *Yrkesetiske retningslinjer*. Nsf. Hentet her: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (Lest:27.04.22)

Oslomet (u.å) *Ansatteoversikt*. Oslomet. Hentet her: <https://www.oslomet.no/om/ansatt/karensy/> (Lest: 30.04.22)

Pasient og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. Hentet her: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Lest: 27.04.22)

Polit, D og Beck, C.T (2020) *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (11.utg). Lippincott Williams & Wiklins.

Prisma (2020). *Prisma flow diagram*. [Figur]. Prisma-statement.org. Hentet her: <http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram> (27.04.22)

Regber. S, Mårild. S og 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). Hentet her: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6955-12-27.pdf> (Lest: 27.04.22)

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK (u.å). *Om å søke REK*. Rekportalen. Hentet her: https://rekportalen.no/#hjem/s%C3%B8ke_REK (Lest: 27.04.22)

Sjunnestrand. M, Nordin. K, Eli. K, Nowicka. P og 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). Hentet her: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7852-4> (Lest: 27.04.22)

Steele. R.G, Wu. Y. P, Jensen, C.D, Pankey. S, Davis. A.M og Aylward. B.S (2011). School Nurses' perceived barriers to discussing weight with children and their families: A qualitative approach. *The journal of school health*, 81 (3), s. 128-137. Hentet her: <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2010.00571.x> (Lest:27.02.22)

Warwik (u.å). [Warwik medical school, Karin Eli] Warwik. Hentet her:

<https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/staff/keli/> (Lest: 30.04.22)

Wettergren. B, Blennow. M, Hjern. A, Söder, O og Ludvigsson. J-F (2016). Child Health systems in Sweden. *The journal of pediatrics*, 177 (Suppl.), s. 187-202. Hentet her:

<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.04.055> (Lest: 27.04.22)

Willgerodt. M.A., Brock. D.M og Maughan. E.D (2018). Public School Nursing practice in the United States. *The Journal of School Nursing*, 34 (3), s. 232-244 (Lest her:

<https://doi.org/10.1177/1059840517752456> (Lest: 27.04.22)

Øen, G (2012a). Fedmeproblematikkens utfordringer. I Øen, G (red). *Overvekt hos barn og unge: forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. (s.21-38). Fagbokforlaget

Øen, G (2012b). Etske utfordringer i arbeid med fedmeproblematikken. I Øen, G (red). *Overvekt hos barn og unge: forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. (s.283-300). Fagbokforlaget.

Øen, G (2012c). Samhandling og kommunikasjon om overvektsproblematikk. I Øen, G (red). *Overvekt hos barn og unge: forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. (s.193- 212). Fagbokforlaget.

Vedlegg 1: Søkelogg

Søkeord	Database	Kombinasjon	Antall treff
<p>1. Obesity (Emneord/mesh)</p> <p>AND</p> <p>2. Communication (text word) OR Conversation (text word) OR Talking (text word) OR dialogue (text word) OR encounter (text word)</p> <p>AND</p> <p>3. Challenges (text word) OR Barriers (text word)</p>	Cinahl	<p>1 AND 2 AND 3</p> <p>Filters:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Published 2011-2021. - All child - Peer review 	78
<p>1.Obesity (emneord/mesh) OR overweight (emneord/mesh)</p> <p>AND</p> <p>2. Communication (text word) OR Conversation (text word) OR Talking (text word) OR Dialogue (text word) OR encounter (text word)</p> <p>AND</p> <p>3.Challenges (text word) OR barriers (text word)</p> <p>AND</p> <p>4.Child (text word) OR children (text word)</p>	Pubmed	<p>1 AND 2 AND 3 AND 4</p> <p>Filters:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Publish last 10 year - Publish from 2011-2021 	187
<p>1. Obesity (emneord/mesh) OR overweight (emneord/mesh)</p> <p>AND</p> <p>2. Communication (text word) OR Conversation (text word) OR</p>	Svemed+	<p>1 AND 2</p> <p>Filters:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peer review - manuell ekskludering av årstall det ikke var mulig å avgrense til det. 	44

Talking (text word) OR Dialogue (text word) OR encounter (text word)			
--	--	--	--

Vedlegg 2: Artikkelmatrikse

Tittel	Forfatter, år, land	Formål	Metode	Funn	Tidsskrift/ Utgiver	NSD score
Hvilken betydning får omsorg i formidlingen til foreldre av et barns overvekt - helsesøstres erfaringer	Marie Støles, Kari Glavin og Karen Synne Groven, 2019 Norge	Se hvilken betydning omsorg har i formidlingen til foreldrene av et barns overvekt - helsesykepleieres erfaringer	Kvalitativ metode med bruk av semistrukturerte intervju med 6 helsesykepleiere som jobber på helsestasjon eller skolehelsetjeneste.	Funnene i studien belyser hvordan helsesykepleiere møter foreldrene i samtalen om overvekt og fedme. Det kommer frem hvordan de utøver omsorg og faglig skjønn i samtalen. Det kommer også frem hvordan de forsøker å sette seg inn i barn og foreldres situasjon.	Tidsskrift: Nordisk Sygeplejeforskning Utgiver: Universitetsforlaget	Nivå 1
To break the weight gain – A qualitative study on the experience of school nurses working with overweight children in elementary school	Stina Thorstensson, Carola Blomgren, Annelie J Sundler og Margaretha Larsson, 2018 Sverige	Å beskrive helsesykepleiers erfaringer med å jobbe med overvektige barn.	Kvalitativ metode. Individuelle semistrukturerte intervju med 6 helsesykepleiere som jobber i skole.	Resultatene viser at det å samtale om overvektige barn ble oppfattet som utfordrende og krevende. Helsesykepleier opplevde samtaler om dette temaet som følelsesbelastende og komplekst. I tillegg måtte helsesykepleierne være støttende og følsomme ovenfor barn i skole for å fremme en bedre skolehverdag. Det kom frem at det var viktig å finne løsninger som kunne løse vektutfordringene. Det var viktig å samarbeide med foreldrene. Barnets vektreduksjon ble ansett som vellykket når helsesykepleier klarte å gjøre trinnvise endringer sammen med familien.	Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing Utgiver: Wiley Subscription Services, Inc	Nivå 2
School Nurses' perceived barriers to	Ric G Steel, Yelena P Wu, Chad D Jensen, Sydney	Hensikten med studien er å se på skolesykepleiers oppfatninger og	Kvalitativ metode der det ble gjennomført 7 fokusgruppeintervju	Funn viser at skolesykepleiere opplever flere utfordringer ved å	Tidsskrift: Journal of School Health	Nivå 1

discussing weight with children and their families: A qualitative approach.	Pankey, Ann M Davis og Brandon S Aylward, 2011 USA	barrierer for å takle vektrelaterte problemer hos barn og deres familie.	av 22 skolesykepleiere fra ulike skolekretser i midt-vest- USA.	samtale om overvekt og fedme med barn og deres foreldre. Utfordringene er både på personlig og profesjonelt plan.	Utgiver: Blackwell Publishing Ltd	
Planting a seed - child health care nurses' perceptions of speaking to parents about overweight and obesity: A qualitative study within the STOP project.	My Sjunnestrand, Karin Nordin, Karin Eli, Paulina Nowicka og Anna Ek, 2019 Sverige	Studere helsesykepleier sine oppfatninger av å samtale med foreldre om barns overvekt og fedme, og om deres rolle i å henvise til videre behandling	Kvalitativ intervjustudie av 17 helsesykepleiere knyttet til barnehelsetjenesten i Sverige	Funnene viser to hovedtemaer. Det ene omhandler «forholdet mellom helsesykepleier og familien» der det framkom at helsesykepleiere tilstrebet å vedlikeholde tillitsforholdet til familien, noe som påvirket deres måte å samtale om temaet på. Andre ønsket å plante et frø (tanke) hos foreldrene noe som kunne bidra til at de selv så hva som måtte gjøres for å unngå videre utvikling. Det andre temaet som ble belyst var «feil i systemet». Her kom det frem flere organisatoriske faktorer som helsesykepleiere i studien mente påvirket deres håndtering av et barns overvekt.	Tidsskrift: BMC Public Health Utgiver: BMC	Nivå 1
Managing Excessive Weight Gain in Children <2 Years of Age: Interviews with Primary Care Providers.	Leisha M Andersen og Darcy A Thompson, 2020 USA	Målet med studien var å se på helsepersonells perspektiver på evalueringer og kommunikasjon om tidlig overvekt hos barn, og identifisere hva helsepersonell mente man skulle gjøre i slike situasjoner.	Kvalitativ studie med semistrukturerte intervju med 20 leger, barneleger og barnesykepleiere som møter kvalifikasjonene for kriteriene om å ha minst 1 barnevisitt for barn under 2 år i uken. Mediantallet på antall barnevisitter var 25.	Funnene viser hvordan helsepersonell tilnærmet seg den enkelte familie i samtale med foreldrene om deres barns vektøkning, og helsepersonellens utfordringer knyttet til å ta opp temaet. Funnene viser at helsepersonell ønsker mer kunnskap om hvordan de kan gå frem i samtalen der et barn er overvektig.	Tidsskrift: Childhood obesity Utgiver: Mary Ann Liebert	Tilsvarende nivå 1
Child healthcare nurses' encounters with parents whose child	Maria Harder, Sara Anderson og Marie Golsöter, 2019	Beskrive helsesykepleieres kliniske praksis når de møter foreldre til overvektige barn.	Kvalitativ metode. Kvalitative intervju med 10 helsesykepleier fra fem forskjellige	Beskriver hvordan helsesykepleier tilpasser seg den enkelte familie ved å være utforskende,	Tidsskrift: Nordic journal of nursing research Utgiver: SAGE Publications	Nivå 1

is overweight	Sverige		helsestasjoner i Sverige.	skape tillit og relasjoner i møte med dem. Funnene viser også at helsesykepleierne forsøkte å skreddersy dialogen, tilpasset den enkelte familie.		
Barriers to and facilitators of nurse-patient interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers	Susann Regber, Staffan Mårild og Jan Johansson Hanse, 2013 Sverige	Se på helsesykepleier sin rolle i det forebyggende arbeidet mot overvekt blant førskolebarn.	Kvalitativ metode. Gjennomført semistrukturerte intervju med 15 helsesykepleiere som jobbet ved helsestasjoner sørvest i Sverige.	Funnene tyder på at det å samtale om et barns overvekt er et svært følsomt og sensitivt tema. Helsesykepleiere i studien følte seg ansvarlige for å samtale om dette temaet. I møte med foreldrene forsøkte helsesykepleiere å ta hensyn til foreldrenes reaksjoner, handlinger og livsstils mønster. BMI kurven ble ansett som et nyttig verktøy i denne samtalen.	BMC Nursing, Utgiver: BioMed Central Ltd	Nivå 1,

Vedlegg 3: Kvalitetsvurdering

Sjekkliste for kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2016b) og Aveyards seks punkter for kritisk tenkning (Aveyard, 2014) har vært hjelpemidler for å tydeliggjøre de ulike studienes styrker og svakheter. Videre presenteres disse to sjekklister basert på det jeg har tolket fra de ulike artiklene, og funnene av relevant informasjon for å kunne svare på spørsmålene.

Tittel: Hvilken betydning får omsorg i formidlingen til foreldre av et barns overvekt - helsesøstres erfaringer

Forfatter/år: Marie Støles, Kari Glavin, Karen Synne Groven (2019)

Sjekkliste for kvalitative studier:

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja.
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen	Ja.
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja.
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja.
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja.
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Nei, det kommer ikke tydelig frem.
7. Er etiske forhold vurdert?	Ja.
8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig.	Ja.
Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på	Ja.

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?	Ja
---------------------------------	----

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	De er nyttige i mitt prosjekt da de gir meg nødvendig data som kan være med på å svare på min problemstilling.
--	--

Aveyards seks hovedspørsmål for kritisk tenkning:

1. Hvor fant du informasjonen?	Databasen Cinahl
2. Hva er funnene og hva er hovedbudskapet/resultatet av dette?	Funnene i studien belyser hvordan helsesykepleiere møter foreldrene i samtalen om overvekt og fedme. Det kommer frem hvordan de utøver omsorg og faglig skjønn i samtalen. Det kommer også frem hvordan de forsøker å sette seg inn i barn og foreldres situasjon.
3. Hvordan vet du at det er av god kvalitet?	Fagfellevurdert, anerkjente forfattere, tilfredsstillende resultat på sjekkliste for kvalitative studier, NSD score 1.
4. Hvem har skrevet dette?	Marie Støles, ikke funnet informasjon om henne annet enn at hun i 2016 skrev en master i helsefagvitenskap (Støles, 2016) Kari Glavin, Professor. Fakultet for helsefag, Institutt for sykepleie (Videnskapelig høyskole, u.å) Karen Synne Groven, Professor, fysioterapeut (Oslomet, u.å)
5. Når var det skrevet?	2019
6. Hvorfor er det blitt skrevet?	Tidligere forskning viser at det å formidle vektresultatet kan by på utfordringer på ulike nivå. I denne studien har de intervjuet helsesykepleiere om hvilke erfaringer de har med veiling og formidling av måleresultatet.

Tittel: To break the weight gain - A qualitative study on the experience of school nurses working with overweight children in elementary school

Forfatter/år: Stina Thorstensson, Carola Blomgren, Annelie J Sundler og Margaretha Larsson (2018)

Sjekkliste for kvalitative studier:

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja.
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen	Ja.
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja.
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja.
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Nei, kommer ikke tydelig frem.
7. Er etiske forhold vurdert?	Ja.
8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig	Ja.
Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på	Ja

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?	Ja
---------------------------------	----

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	De er nyttige i mitt prosjekt da de gir meg nødvendig data som kan være med på å svare på min problemstilling.
--	--

Aveyards seks hovedspørsmål for kritisk tenkning:

1. Hvor fant du informasjonen?	Databasen Cinahl
2. Hva er funnene og hva er hovedbudskapet/resultatet av dette?	Resultatene viser at det å samtale om overvektige barn ble oppfattet som utfordrende og krevende. Helseyskepleier opplevde samtaler om dette temaet som følelsesbelastende og komplekst. I tillegg måtte helseyskepleierne være støttende og følsomme ovenfor barn i skole for å fremme en bedre skolehverdag. Det kom frem at det var viktig å finne løsninger som kunne løse vektutfordringene. Det var viktig å samarbeide med foreldrene. Barnets vektreduksjon ble ansett som vellykket når helseyskepleier klarte å gjøre trinnvise endringer sammen med familien.
3. Hvordan vet du at det er av god kvalitet?	Anerkjente forfattere, fagfellevurdert, tilfredsstillende resultat på sjekklister for kvalitative studier, NSD score nivå 2.
4. Hvem har skrevet dette?	Stina Thorstensson: Førsteamanuensis (Thorstensson et al, 2018) Carola Blomgren: Skolesykepleier (Thorstensson et al, 2018) Annelie J Sundler: Professor (Thorstensson et al, 2018) Margaretha Larsson: Universitetslektor, forfatter (Thorstensson et al, 2018)
5. Når var det skrevet?	2018
6. Hvorfor er det blitt skrevet?»	Dette er blitt skrevet for å beskrive helseyskepleiers erfaringer med å jobbe med overvektige barn.

Tittel: School nurses perceived barriers to discussing weight with children and their families:
A qualitative approach.

Forfatter/år: Ric G Steel, Yelena P. Wu, Chad D. Jensen, Sydni Pankey, Ann M. Davis,
Brandon S. Aylward (2011)

Sjekkliste for kvalitative studier:

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja.
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen	Ja.
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja.
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja.
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja.
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Nei, kommer ikke tydelig frem.
7. Er etiske forhold vurdert?	Ja.
8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig	Ja.
Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på	Ja.

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?	Ja
---------------------------------	----

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	De er nyttige i mitt prosjekt da de gir meg nødvendig data som kan være med på å svare på min problemstilling.
--	--

Aveyards seks hovedspørsmål for kritisk tenkning:

1. Hvor fant du informasjonen?	Databasen Cinahl
2. Hva er funnene og hva er hovedbudskapet/resultatet av dette?	<p>Det nevnes flere barrierer ved å ta opp tematikken som omhandler å samtale om overvekt og fedme med foreldre og barn. Deriblant helsesykepleiers mangel på kunnskap om temaet, ressurser, personlige vektutfordringer, mangel på institusjonell støtte og mangel på tid. I tillegg til disse barrierene identifiserte skolesykepleierne i studien utfordringer knyttet til familiens karakteristika, barnets motivasjon, frykten for foreldrenes reaksjoner og vanskeligheter med å etablere en relasjon med barn som kunne hindre deres kommunikasjon med familien om deres vektrelaterte helse</p> <p>Resultatene deles i fem temaer med navn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Individuelle (sykepleier)faktorer 2. Familie faktorer 3. Interaksjon mellom sykepleiere og familie 4. Institusjonelle faktorer 5. Samfunnsfaktorer
3. Hvordan vet du at det er av god kvalitet?	Fagfellevurdert artikkel, tilfredsstillende resultat på sjekkliste for kvalitative studer, NSD score 1, anerkjente forfattere.
4. Hvem har skrevet dette?	<p>Ric G Steel: Førsteamanuensis Professor og direktør. Clinical child psychology program (Steel et al, 2011)</p> <p>Yelena P Wu: Forskningsassistent. Clinical child psychology (Steel et al, 2011)</p> <p>Chad D Jensen: Forskningsassistent. Clinical child psychology (Steel et al, 2011)</p> <p>Sydni Pankey: Vitenskapelig forskningsassistent. Clinical child psychology program (Steel et al, 2011)</p> <p>Ann M Davis: Førsteamanuensis. Clinical child psychology program (Steel et al, 2011)</p> <p>Brandon S Aylward: Forskningsassistent. Clinical child psychology program (Steel et al, 2011)</p>
5. Når var det skrevet?	2011
6. Hvorfor er det blitt skrevet?	Formålet med denne studien var å bidra med forskning på temaet gjennom å benytte fokusgruppeintervju med skolesykepleiere for å identifisere vektrelaterte helseproblemer hos barn og deres familie.

Tittel: Planting a seed - child health care nurses` perceptions of speaking to parents about overweight and obesity: a qualitative study within the STOP prosjekt.

Forfatter/år: My Sjunnestarnd, Karin Nordin, Karin Eli, Paulina Nowicka, Anna Ek (2019)

Sjekkliste for kvalitative studier:

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja.
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen	Ja..
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja.
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Det beskrives hvem som er valgt ut, sier ikke mye om deres karakteristika. Det er gjort rede for hvordan intervjuene ble gjort.
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja.
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Nei.
7. Er etiske forhold vurdert?	Ja.
8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig	Ja.
Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på	Ja

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?	Ja
---------------------------------	----

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	De er nyttige i mitt prosjekt da de gir meg nødvendig data som kan være med på å svare på min problemstilling.
--	--

Aveyards seks hovedspørsmål for kritisk tenkning:

1. Hvor fant du informasjonen?	Databasen Cinahl
2. Hva er funnene og hva er hovedbudskapet/resultatet av dette?	<p>Gjennom deres forskning presenteres to hovedtemaer og fire undertemaer. Det første temaet omhandler <i>forholdet mellom sykepleier og foreldre</i>. Der undertemaene er <i>redde for å brenne broer og samhandling med foreldre for å øke bevisstheten om at deres barn er overvektig</i>. Det andre hovedtemaet var <i>feil i systemet</i>. Undertema her er <i>samarbeid og forbedring av strukturer og opprettholde kunnskap</i>.</p> <p>Her kommer det frem viktigheten av å opprettholde et tillitsforhold med familien, det nevnes at det er et sensitivt tema å samtale om, helsesykepleierne er redd for å bryte relasjonen (brenne broer), noe som kan gjøre vondt verre. De ønsket å plante et frø (tanke) hos foreldrene, som gjorde at de selv ser hva som må til for å gjøre endringer. Helsesykepleier føler det er deres ansvar å snakke barnets sak, å sørge for at tiltak gjøres for at barnet ikke skal få negative konsekvenser for sin helse.</p>
3. Hvordan vet du at det er av god kvalitet?	Fagfellevurdert artikkel, tilfredsstillende resultat på sjekklister for kvalitative studier, NSD score nivå 1.
4. Hvem har skrevet dette?	<p>My Sjunnestrand: Forsker (Karolinska institutet, u.åa)</p> <p>Karin Nordin: Sykepleier med videreutdanning innen helse og sykdom blant barn og unge (Karolinska institutet, u.åa)</p> <p>Karin Eli: Seniorforsker.Medisinsk antropolog. (Warwik, u.å)</p> <p>Paulina Nowicka: Professor i studier om mat, kosthold og ernæring og spesielt formidling av kosthold (Uppsala universitet, u.å)</p> <p>Anna Ek: Phd, forsker i pediatri. (Karolinska institute, u.åa)</p>
5. Når var det skrevet?	2019
6. Hvorfor er det blitt skrevet?	<p>Helsesykepleiere har en sentral rolle i oppdagelse og håndtering av overvekt og fedme blant barn og unge. De møter familier tidlig, regelmessig og over flere år. Det er lite forskning på helsesykepleiers rolle i behandlingen av overvekt og fedme. Som en del av et EU finansiert prosjekt «Science and Technology in childhood Obesity Policy» (STOP), ble denne studien gjennomført for å finne ut om helsesykepleiers oppfatninger om å snakke med foreldre omkring overvekt og fedme og deres rolle i å henvise barn til videre behandling.</p>

Tittel: Managing Excessive Weight Gain in Children <2 Years of Age: Interviews with Primary Care Providers.

Forfatter/ år: Andersen. Leisha .M og Thompson. Darcy.A (2020)

Sjekkliste for kvalitative studier:

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja.
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen	Ja.
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja.
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja den er hensiktsmessig. Det er personer som skal ha kunnskap nok til å kunne svare på studiens problemstilling. Det kommer tydelig frem hvem informantene er, hvor mange de er og av hvilket yrke de har. Det kommer også frem hvor mange år de har jobbet i tjenesten
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja, de har brukt semistrukturerte intervju med 20 leger, barneleger og barnesykepleiere som møter kvalifikasjonene for kriteriene av å ha minst 1 barnevisitt for barn under 2 år i uken.
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Ja.
7. Er etiske forhold vurdert?	Ja.
8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Ja.
Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på	Ja

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?	Ja.
---------------------------------	-----

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	De er nyttige i mitt prosjekt da de gir meg nødvendig data som kan være med på å svare på min problemstilling.
--	--

Aveyards seks punkter for kritisk tenkning

1. Hvor fant du informasjonen?	Databasen Cinahl
2. Hva er funnene og hva er hovedbudskapet/resultatet av dette?	Det kom frem av funnene hvordan den enkelte tilnærmet seg familien når de skulle formidle at deres barn var overvektig. Hvordan dette ble gjort varierte hos informantene. Det kom frem utfordringer som var knyttet til samtalen eller utfordringer som hindret dem i å ta opp temaet på konsultasjonene. Studien viser at helsepersonell ønsker mer kunnskap og støtte i hvordan de kan gå frem i samtalen med foreldre der et barn er overvektig.
3. Hvordan vet du at det er av god kvalitet?	Fagfellevurdert, tilfredsstillende resultat på sjekkliste for kvalitative studier, anerkjente forfattere, ikke vurdert av NSD til noen nivå i publiseringskanaler, men utgiveren av dette tidsskriftet er et forlag på nivå 1 (NSD, u.åb).
4. Hvem har skrevet dette?	Andersen. Leisha .M: Forsker. Department of pediatrics (Andersen og Thompson, 2020) Thompson. Darcy. A: Lege og forsker. Department of Pediatrics (Andersen og Thompson, 2020; University of Colorado, u.å)
5. Når var det skrevet?	2020
6. Hvorfor er dette blitt skrevet?	Ønsker å se på erfaringer dette personellet har ved å ta opp tematikken

Tittel: Child healthcare nurses' encounters with parents whose child is overweight

Forfatter/år: Maria Harder, Sara Anderson, Marie Golsäter (2019).

Sjekkliste for kvalitative studier:

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja.
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen	Ja.
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja.
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja.
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Ja.
7. Er etiske forhold vurdert?	Ja.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig	Ja.
Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på	Ja

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?	Ja.
---------------------------------	-----

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	De er nyttige i mitt prosjekt da de gir meg nødvendig data som kan være med på å svare på min problemstilling
--	---

Aveyards seks punkter for kritisk tenkning

1. Hvor fant du informasjonen?	Databasen Svemed+
2. Hva er funnene og hva er hovedbudskapet/resultatet av dette?	<p><i>Individualisering av handlingene:</i> Forsøker å tilpasse seg den enkelte familien ved å være utforskende, skape tillit og relasjoner. Være utforskende og finne årsak til hvorfor barnet er blitt overvektig.</p> <p><i>Å skape en dialog:</i> Helseyskepleierne forsøker å skreddersy dialogen tilpasset den enkelte familie. Rådgivning og rådgivende dialog.</p> <p><i>Fokus på normalitet:</i> De sammenlikner barnets vekt over tid med standarder for resten av barnebefolkningen, dette for å finne avvik.</p> <p><i>Dokumentering:</i> Dokumenterer vekten og det som er blitt sagt på konsultasjonen.</p>
3. Hvordan vet du at det er av god kvalitet?	Fagfellevurdert. NSD score 1, anerkjente forfattere, tilfredsstillende resultat på sjekklister for kvalitative studier.
4. Hvem har skrevet dette?	<p>Maria Harder: Helseyskepleier, forsker og lærer.. School of health care and social welfare, Mälardalen University (Harder et al, 2019; Mälardalen University, u.å)</p> <p>Sara Anderson: Forsker. School of health care and social welfare, Mälardalen University (Harder et al, 2019).</p> <p>Marie Golsäter: Barnesykepleier, universitetslærer og forsker (Jönköping university, u.å)</p>
5. Når var det skrevet?	2019
6. Hvorfor er dette blitt skrevet?	Målet var å beskrive helseyskepleiers praksis i møte med overvektige barn.

Tittel: Barriers to and facilitators of nurse - patient interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers.

Forfatter/år Susann Regber, Staffan Mårild og Jan Johansson Hansen (2013)

Sjekkliste for kvalitative studier:

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja.
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen	Ja.
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja.
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja.
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja.
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Ja.
7. Er etiske forhold vurdert?	Ja.
8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig	Ja.
Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på	Ja

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?	Ja
---------------------------------	----

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	De er nyttige i mitt prosjekt da de gir meg nødvendig data som kan være med på å svare på min problemstilling.
--	--

Aveyards seks punkter for kritisk tenkning

«1. Hvor fant du informasjonen?	Snowball sampling
2. Hva er funnene og hva er hovedbudskapet/resultatet av dette?	Funnene resulterte i 332 koder, 16 undertemaer og seks hovedtemaer. Undertemaene som er identifisert beskrev hva som

	<p>fremmer og hva som er barrierer for å forebygge fedme hos barn ved helsestasjon. Hovedtemaene som kom frem var hvordan de vurderte barnets vektstatus, hvem som tok initiativ til å ta det opp, foreldrenes svar, handlinger og livsmønster.</p> <p>Selv om et BMI-diagram (Body Mass Index) muliggjorde større anerkjennelse av barnets avvikende vektstatus enn det tradisjonelle vekt-for-høyde-diagrammet, brukte helsesykepleiere det inkonsekvent. Overvekt og fedme ble sett på som et sensitivt tema. I de aller fleste tilfellene var det helsesykepleier som innledet diskusjon om barnets overvekt eller fedme.</p>
3. Hvordan vet du at det er av god kvalitet?	Fagfellevurdert, NSD score 1, anerkjente forfattere, tilfredsstillende resultat på sjekkliste for kvalitative studier.
4. Hvem har skrevet dette?	<p>Susann Regber: Universitetslektor, sykepleier med videreutdanning i helse og sykdom blant barn og unge, master of public health (Høgskolan i Halmstad (u.å).</p> <p>Staffan Mårild: Departments of pediatrics, Institute of Clinical Sciences, Sahlgrenska academy, University of Gothenburg, Sweden (Regber et al, 2013).</p> <p>Jan Johansson Hanse: Department of psychology, University of Gothenburg, Sweden. (Regber et al, 2013).</p>
5. Når var det skrevet?	2013
6. Hvorfor er det blitt skrevet?	Finne ut hva helsesykepleier opplever som fremmer, og hva som er utfordring når de tar opp barnets vekt med foreldre i helsestasjon.

