

Skolehelsetjenestens arbeid med kosthold og fysisk aktivitet for å forebygge overvekt hos barn og unge

Kristine Gram

Master of Public Health

MPH 2010:9



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap



Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel Skolehelsetjenestens arbeid med kosthold og fysisk aktivitet for å forebygge overvekt hos barn og unge.				
Författare Kristine Gram				
Författarens befattning och adress Folkehelsekonsulent Bydel St.Hanshaugen, Nærmiljøseksjonen Postboks 6999 St.Olavs plass, 0130 Oslo				
Datum då examensarbetet godkändes 2010-03-19			Handledare NHV/Extern Docent Ina Borup	
Antal sidor 61	Språk – examensarbete Norsk	Språk – sammanfattning Norsk / Engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-85721-97-9

Sammanfattning

Overvekt er et voksende folkehelseproblem blant barn og unge. Andelen overvektige barn utgjør mellom 15-20% av barnepopulasjonen i de nordiske landene. Fysisk aktivitet og kosthold er viktige innsatsområder for å snu denne trenden. Skolehelsetjenesten har en unik mulighet til å arbeide med dette inn i skolen. Mangel på tid og tilgjengelighet har vist seg å være den viktigste barrieren for å samarbeide med skolene om helsefremmende aktiviteter. Hensikten med dette studiet har vært å undersøke hvordan helsesøster i skolehelsetjenesten i Oslo opplever sin rolle, sine muligheter og begrensninger for å forebygge overvekt gjennom å fremme fysisk aktivitet og et sunt kosthold for barn og unge. Studien bygger på teori om helsefremmende arbeid, empowerment, salutogenese og samarbeid. Det er gjennomført kvalitative intervju med ni skolehelsesøstere i ulike bydeler i Oslo kommune. Materialet er analysert ved hjelp av Graneheims innholdsanalyse. Resultatene viser at opplevelsen av egen rolle samsvarer med opplevelsen av problemet på egen skole, og at dette hang sammen med sosiodemografiske faktorer. Det var ulik praksis på om dette arbeidet ble prioritert i de ulike bydelene. En årsplan med felles mål og innsatsområder var viktig for å sette disse tiltakene på dagsorden for den enkelte helsesøster. Mangel på tid var den viktigste årsaken til at dette arbeidet ble prioritert bort til fordel for andre oppgaver som er bedre spesifisert i ”Anbefalt program for skolehelsetjenesten 5-20 år”. Tverrfaglighet, spesielt med fysioterapeut fremsto som viktig fordi det å kunne dele på oppgaver ut fra kompetanse styrket kvaliteten i arbeidet, og fordi man hadde mulighet til å fordele oppgaver og derfor fikk tid til mer. Et godt samarbeid med skolens ledelse og forankring i skolen blant annet ved god tilgjengelighet av helsetjenesten og felles årsplanlegging var nødvendig for å kunne jobbe med tiltak på systemnivå. Vekt ble opplevd som et sensitivt tema, og flere av informantene i denne undersøkelsen hadde vanskelig med å finne en innfallsvinkel for de overvektige elevene. Nye nasjonale retningslinjer for vekt og høyde kan eliminere dette problemet i tillegg til å sikre viktige epidemiologiske data.

Nyckelord

skolehelsetjenesten, helsefremmende arbeid, fysisk aktivitet, kosthold, overvekt



Master of Public Health

– Thesis –

Title and subtitle of the thesis Promoting health and preventing overweight among children and adolescents. The school health service's approach to diet and physical activities.				
Author Kristine Gram				
Author's position and address Public health advisor Bydel St.Hanshaugen, Nærmiljøseksjonen Postboks 6999 St.Olavs plass, 0130 Oslo				
Date of approval March 19, 2010			Supervisor NHV/External Docent Ina Borup	
No. of pages 61	Language – thesis Norwegian	Language – abstract Norwegian / English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-85721-97-9

Abstract

Since overweight currently affects 15-20% of all children in Nordic countries, overweight represents a growing public health problem among children and adolescents. Physical activity and healthy diet are important target areas for reversing this developing trend. Although school health services are uniquely positioned to address overweight within the school environment, time and availability present important barriers between schools and school health services. The purpose of this study was to explore how school health nurses in the Oslo area experience their roles, possibilities and limitations in preventing overweight by encouraging physical activity and healthy diet in children and adolescents. The present study is based on theories about health promotion, empowerment, salutogenesis and cooperation.

We conducted qualitative interviews with nine school health nurses in different districts in the Oslo area and analyzed their response using the Graneheim method of content analysis. The results show that personal experience correlated with the level of the problem at the corresponding school. Both factors also related to socio-demographical factors. All participants viewed weight as a sensitive issue, and several encountered difficulty in identifying an approach toward overweight pupils. Different districts placed different priorities on preventing overweight. A year-plan that includes mutual goals and target areas figures importantly in adding these issues to the agenda of individual school health nurses. Lack of time was the foremost reason for sacrificing this work for other tasks specified in the "Recommended Program for School Health Services 5-20 yrs". Since sharing tasks from different competencies strengthens work quality and since the opportunity to distribute tasks gives the individual more time, an interdisciplinary cooperation is particularly important with physiotherapists. We determined that adequate cooperation with the among school management and school based activities, among others with sufficient availability of health services and a coordinated year-planning, was necessary for shaping action-programs at a system level. Focus on weight and height was perceived as a sensitive topic and more informants in this study had difficulties finding an appropriate approach to overweight pupils. New national guidelines for weight and height may eliminate this problem and also may provide important epidemiological data.

Key words

school health service, health promotion, physical activity, diet, overweight

INNHold

1 INNLEDNING	4
1.1. OVERVEKT ER ET VOKSENDE FOLKEHELSEPROBLEM.....	4
1.2. DEFINISJON AV OVERVEKT OG FEDME.....	5
1.3. DET ØKONOMISKE PERSPEKTIVET	5
1.4. EN SOSIAL GRADIENT I FOREKOMSTEN AV OVERVEKT OG FEDME.....	5
1.5. FYSISK AKTIVITET OG KOSTHOLD	6
1.7. SKOLEN - EN SENTRAL ARENA I DET HELSEFREMMENDE ARBEIDET.....	8
1.8. KOSTHOLD OG FYSISK AKTIVITET PÅ SKOLEN I DE NORDISKE LANDENE.....	8
1.9. SKOLEHELSETJENESTEN ER EN VIKTIG RESSURS FOR SKOLENE	9
2 PROBLEMFORMULERING	11
2.1. HENSIKT	11
2.2. NYTTEVERDI.....	11
3 TEORETISK REFERANSERAMME	12
3.1. HELSEFREMMENDE ARBEID OG EMPOWERMENT	12
3.2. SALUTOGENESE OG SENSE OF COHERENCE	13
3.3. TEORI OM SAMARBEID	14
4 METODE	16
4.1. FORSKNINGSDESIGN	16
4.2. VALG AV INFORMANTER.....	16
4.3. DATAINNSAMLING	17
4.4. ANALYSE	17
4.5. VALIDITET OG RELIABILITET.....	18
4.6. FORSKERROLLEN	18
4.7. ETISKE OVERVEIELSER.....	19
5 RESULTAT.....	21
5.1. OPPLEVELSEN AV EGEN ROLLE	22
5.2. OPPLEVELSE AV PROBLEMET	23
5.3. UTFORDRINGER OG VIKTIGE FAKTORER FOR SUKSESS.....	26
5.4. ET SENSITIVT TEMA	30
5.5. OPPLEVELSEN AV TILTAK	31
6 DISKUSJON	35
6.1. OPPLEVELSEN AV EGEN ROLLE	35
6.2. UTFORDRINGER OG VIKTIGE FAKTORER FOR SUKSESS.....	36
6.3. OPPLEVELSEN AV Å ARBEIDE MED FYSISK AKTIVITET OG KOSTHOLD.....	39
6.4. METODEKRITIKK	41
7 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER.....	43
8 REFERANSER.....	45
9 VEDLEGG	49

1 INNLEDNING

1.1. Overvekt er et voksende folkehelseproblem

Verdens helseorganisasjon (WHO) beskriver overvekt som en av de største folkehelseutfordringene i det 21. århundre. I Europa har overvekt nådd epidemiske proporsjoner, prevalensen er tredoblet de siste to tiår (1). I følge WHO lider 20% av barn og unge i Europa av overvekt, av disse 1/3 av fedme (2).

Også i Norden er forekomsten av overvekt i befolkningen alarmerende. Tall fra Nordisk ministerråd viser at andelen overvektige er stigende og utgjør nå over 40% av den voksne befolkningen. For barn er disse tallene beregnet til mellom 15-20% (3,4). Tall fra det norske Folkehelseinstituttet samsvarer med disse funnene, hvor man har estimert at 15 - 20 % av norske barn i alderen 8 til 12 år lider av overvekt eller fedme (5). Tallene har vært jevnt stigende. Blant norske 13-åring økte andelen overvektige fra 8 til 13% blant jenter og 9 til 14% blant gutter i perioden 1993- 2000 (6). Nyere tall fra Oslo i 2004 viser at 21% av 8 og 12-åringene var overvektige (7), hvilket stemmer godt overens med den generelle utviklingen. Også Svenske studier har liknende tall å vise til. I følge en undersøkelse fra 2006 har forekomsten av overvekt hos svenske barn fordoblet seg de siste 15 årene, og for fedme har tallene økt enda mer. Overvekt ble funnet hos 24% av barna, og 6 % av disse igjen hadde utviklet fedme (8).

WHO er spesielt bekymret for det økende antall barn og unge som rammes av overvekt og fedme. I følge deres beregninger vil 60% av barn som er overvektige før puberteten trekke overvekten med seg til voksen alder (1). Barn under ti år med overvektige foreldre og overvekt i puberteten har vist seg å være viktige prediktorer for overvekt senere i livet (9). Risikoen økes betraktelig for at disse barna vil utvikle livsstilssykdommer senere i livet. For helsevesenet kan dette bli en stor utfordring i årene som kommer. Overvekt er en risikofaktor for en rekke sykdommer som diabetes type-2, høyt blodtrykk, hjerte- og karsykdom og for fedme også gallesten, søvnapnè, leddplager og infertilitet (9). Risikoen for sykdom øker i takt med vekten (9). Også depresjon og psykososiale plager er assosiert med overvekt (10). En svensk undersøkelse viser at overvektige barn oftere blir mobbet på skolen av sine klassekamerater enn barn med normalvekt (8). I Oslo har man funnet at av overvektige jenter var det en høyere andel som rapporterte psykiske plager enn normalvektige (10).

Erfaring viser at det for mange er vanskelig å oppnå en varig vektreduksjon når man først har blitt overvektig (9). En kan derfor anta at forebygging av overvekt og fedme er av stor betydning.

1.2. Definisjon av overvekt og fedme

Overvekt hos voksne er knyttet til helserisiko og defineres som en body mass index (BMI) $> 25 \text{ kg/m}^2$, fedme som BMI $> 30 \text{ kg/m}^2$. Det er ikke like godt fastlagt hvor grensen for helsefarlig overvekt ligger hos barn (11). Internasjonalt er det enighet om å definere overvekt og fedme ut fra bestemte cutoff-verdier på BMI kurven, i tråd med anbefalingene fra WHO, European Childhood Obesity Group og International Obesity Task Force (11). Mange land har derfor bearbeidet BMI kurver for barn. I Norge har man brukt vekt mot høyde- indeksen (kg/m). Her har grensen for overvekt vært satt til 20% over gjennomsnittet og fedme for 30% over gjennomsnittet (11).

Dagens norske vekstreferanser ble innsamlet på 1970-80 tallet. Vekststudiet fra Bergen samlet i 2003-06 inn nye data for barn i alderen 0-19 år (12). De nye dataene viser klare tendenser til økt høyde og vekt hos barn over fem år, og det er spesielt de tyngste barna som har blitt større. På bakgrunn av de nye tallene har man utarbeidet nye BMI-kurver med innlagte grenseverdier foreslått av International Obesity Task Force for overvekt, fedme og undervekt for etnisk norske barn (12).

1.3. Det økonomiske perspektivet

Den stigende overvekten truer ikke bare folkehelsen. Også samfunnsøkonomien blir påvirket av et slikt sykdomspanorama (3). De samlede samfunnsomkostningene som kan knyttes til livsstilssykdommer forbundet med overvekt er i følge Nordisk ministerråds beregninger estimert til minimum 1-2% av BNP i de nordiske landene (13). Sett i forhold til andre OECD-land finansieres en relativ høy andel av helseutgiftene i Norge med offentlige midler (14). Tall fra statistisk sentralbyrå viser at i gjennomsnitt brukte hver nordmann 43 000 kroner på helse i 2007. Dette er mer enn dobbelt så mye som i 1997. Ser man bort fra prisveksten, er denne økningen på 36% (14). I 2007 var totale helseutgifter som andel av bruttonasjonalproduktet (BNP) i underkant av 9% (14). Økte utgifter til behandling av kroniske sykdommer som følge av overvekt og fedme vil i årene fremover kunne betyr en betydelig belastning for det norske helsevesenet.

1.4. En sosial gradient i forekomsten av overvekt og fedme

Helseatferd varierer med sosial bakgrunn og har stor betydning for helsen (15). Det er en klar sosial dimensjon knyttet til overvekt og fedme. Sosioøkonomisk status er et uttrykk for forskjeller som skyldes utdanning, yrke og inntekt (15). Det er vist at grupper med høy sosioøkonomisk status har sunnere kostvaner, er mer i fysisk aktivitet på fritiden og har en lavere forekomst av overvekt (15). For barn og unge er det påvist sammenheng mellom foreldrenes utdanningsnivå og forekomsten av overvekt og fedme (15). Barn med foreldre med lavere utdanning har høyere risiko for å utvikle overvekt og fedme enn barn med foreldre med høyere utdanning. I Oslo er disse ulikhetene fremtredende. I en undersøkelse av Kumar og Lien er det vist av forekomsten av overvekt hos ungdom varierer med sosioøkonomiske faktorer, og at forskjeller i livsstil forklarer disse funnene (10).

Også *Helseadferd blant skolebarn* studiet (HBSC) fra 2008 viser et mønster der overvekt følger en sosial gradient i befolkningen blant barn og unge (16). HBSC er et internasjonalt forskningsprosjekt som har bygget opp en omfattende samling av data basert på spørreskjemaundersøkelser blant skolebarn. Målsettingen med HBSC er å samle forskningsdata for å kunne studere og bedre forstå helserelatert adferd, livsstil og holdninger hos ungdom i aldersgruppen 11, 13 og 15 år. Den første undersøkelsen ble gjennomført i 1983/84 med fire deltakende land. Senere er spørreskjemaundersøkelsen gjennomført med fire års intervaller, sist i 2005/2006 der 41 land fra Europa, Israel og Nord Amerika deltok.

FNs konvensjon om barns rettigheter av 20.november 1989 forplikter i artikkel 24 til å anerkjenne barnets rett til å nyte godt av *den høyest oppnåelige helsestandard* (17). Dette skal blant annet skje *innenfor rammen av primærhelsetjenesten*, og ved å stille *tilstrekkelig næringsrike matvarer og rent drikkevann til rådighet* (artikkel 24,c). Det er enighet om at det er viktig å motvirke utviklingen av overvekt hos barn og ungdom, og at foreldre og omsorgspersoner har en nøkkelrolle (18). I hvilken grad endringer i familien kan gjennomføres har sammenheng med omsorgspersonenes kunnskapsmessige, økonomiske, psykiske og sosiale forutsetninger til å endre vaner (18). Barnekonvensjonen trekker frem at primærhelsetjenesten har en viktig oppgave i å støtte disse familiene (17).

1.5. Fysisk aktivitet og kosthold

WHO peker på usunne kostvaner og fysisk inaktivitet som de viktigste årsakene til overvekt og fedme, og oppfordrer i sin *globale strategi for kosthold og fysisk aktivitet* at alle land gjør tiltak for å reversere den globale overvektsepidemien (19). De nordiske landene har på bakgrunn av dette utarbeidet felles målsetninger i en Nordisk handlingsplan for bedre sunnhet og livskvalitet gjennom mat og mosjon (13). Norge har fulgt opp med å lage nasjonale handlingsplaner som kommer med konkrete forslag til tiltak på flere arenaer for å fremme fysisk aktivitet og et sunt kosthold i befolkningen (20,21).

Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse er godt dokumentert (21). Regelmessig fysisk aktivitet beskytter mot sykdommer som overvekt, hjerte- karsykdommer, høyt blodtrykk og diabetes type to (9). For personer som er inaktive vil selv en beskjeden økning i daglig fysisk aktivitet gi en helsegevinst i form av redusert sykdomsrisiko (21). Helsemyndighetene i Norge anbefaler at barn og unge er i fysisk aktivitet minst 60 minutter hver dag, og aktiviteten bør ha både moderat og høy intensitet (21). Aktiviteten kan deles inn i kortere perioder i løpet av dagen, og bør være så allsidig som mulig for å kunne utvikle alle sider ved den fysiske formen som utholdenhet, muskelstyrke, bevegelighet og motoriske ferdigheter. Det er spesielt hverdagsaktiviteten som er redusert de siste årene, både for barn og voksne. Sitte stillende arbeid, økt bilkjøring og økt tilgang til digitale medier og dermed en sitte stillende fritid forklarer noe av vårt stadig synkende aktivitetsnivå (21). Tall fra Oslo viser at 50% av 15-årige jenter beveger seg mindre enn anbefalingene (21). Gutter er generelt mer aktive enn jenter. Når det gjelder fysisk form viser målinger i Oslo at barn og ungdom mellom ni og 15 år

har hatt en gjennomsnittlig reduksjon i fysisk form på ca 12% i perioden 1980 til 2000. Tid som brukes til sitte stillende aktiviteter som TV og PC har økt i samme periode. Spesielt i tenårene ser det ut til at aktivitetsnivået hos barn og unge synker (21).

Nærmiljøet har betydning for barn og unges aktivitetsmønster. I Canada er det gjort en undersøkelse hvor man har sett på skolegårdens betydning for barn og unges fysiske aktivitetsnivå (22). Resultatene viser at tradisjonelle skolegårder ofte består av mye asfalt og grusbaner til ulike organiserte aktiviteter som for eksempel fotball og basketball. Mange barn ønsker ikke å delta på slike organiserte aktiviteter, og mangel på andre alternative areal gjør disse elevene til passive tilskuere i friminuttene. Ofte er det disse barna som i utgangspunktet er minst aktive på fritiden. Ved å opparbeide skolegårdene med et mer variert og naturlig areal med skogholdt, busker og trær vil man kunne tilby muligheten til egen styrte aktiviteter. I Canada var dette med på å fremme elevenes fysiske aktivitetsnivå, spesielt hos de som i utgangspunktet ikke var aktive i friminuttene (22). Også i Norge og Sverige har man funnet en sammenheng mellom skolegårdens og lekeplassens utforming og deltakelse i fysisk aktivitet (23,24).

Kostholdet påvirker også helsen vår. Det er spesielt viktig å legge til rette for at barn og unge etablerer et variert og sunt kosthold, fordi de kostvanene man etablerer som ung legger grunnlaget for kostvaner senere i livet. Helsemyndighetene i Norge anbefaler i sin *Handlingsplan for et bedre kosthold* å spise mindre mettet fett, sukker og salt og mer av fisk og sjømat, grove kornprodukter, frukt og grønt (20). Anbefalingene om tre porsjoner grønnsaker og to porsjoner frukt hver dag (fem om dagen) bør være velkjent for de fleste.

Mange barn og unge har et for høyt inntak av sukker, og mesteparten av sukkeret kommer av brus, saft og godteri (20). HBSC studien fra 2008 viser at daglig inntak av frukt og grønnsaker synker signifikant i alderen mellom 11 til 15 år i de fleste deltakende landene, mens det er en tendens til at inntaket av søte drikker øker mellom 11 og 15 år. Gutter drikker mer brus enn jentene og spiser mindre frukt og grønt (16).

Promoting and Sustaining Health through Increased Vegetable and Fruit Consumption among European Schoolchildren (PRO children) er et EU-finansiert prosjekt hvor 10 universiteter i Europa har deltatt (25). Målet med prosjektet har vært å utvikle en effektiv strategi for å øke inntaket av frukt og grønnsaker blant skolebarn. Som en del av prosjektet ble inntaket av frukt og grønt kartlagt hos elevene og deres foreldre. Resultatene fra kartleggingen viser i likhet med HBSC studien at jenter spiser mer frukt og grønnsaker enn gutter i alle de deltakende landene, men at inntaket er under de nasjonale anbefalingene for begge kjønn (25). Bedre tilgjengelighet til sunn mat hjemme og på skolen viste seg å være det viktigste som skulle til for at barn og unge spiste mer frukt og grønnsaker. Dette ble særlig prøvd ut ved å tilby mer frukt og grønt i skolens kantine eller gjennom en daglig fruktpause (25).

Tilgjengelighet til sunn mat på skolen fremsto også som et av de viktigste funnene i en kvalitativ undersøkelse med elever og lærere fra USA (26). Både elever og lærere mente det var dårlig kvalitet og usunn mat i kantinen. Dårlig tid til å spise i matpausen gjorde at mange valgte å kjøpe seg lunsj fra sjokolade og brusautomater (26).

1.7. Skolen - en sentral arena i det helsefremmende arbeidet

Ottawa charteret fra 1986 var starten på en strategi med fokus på ulike arenaer i det helsefremmende arbeidet (27). Skolen utmerket seg tidlig som en av disse arenaene, noe som skulle bli oppstarten på "the health promotion school movement". I 1995 ble det nedfelt en ekspert komité i WHO som utarbeidet seks innsatsområder i arbeidet med å skape en helsefremmende skole;

- skolens fysiske miljø
- skolens sosiale miljø
- en helsefremmende policy
- samarbeid med familien og lokalsamfunnet
- elevenes individuelle helseatferd
- samarbeid mellom skolen og helsetjenesten

Skolen er en svært viktig arena i folkehelsearbeidet fordi alle barn går på skolen, slik at tiltak i skoletiden treffer alle barn uavhengig av sosial status (28). Å skape rammer på skolen som fremme helse vil gavne alle barn, men kanskje spesielt de barn som ikke har disse rammene hjemme. På denne måten kan man løfte de som trenger det mest ved å sette inn tiltak for alle.

I Europa er det dannet et eget europeisk nettverk av helsefremmende skoler (HEFRES), et samarbeid mellom WHO, EU og Europa rådet. Nærmere 500.000 elever ved 500 skoler i mer enn 40 europeiske land har deltatt. I hvert deltakerland har minimum ti skoler arbeidet med prosjekter knyttet til trivsels- og miljøskapende tiltak. I Norge var HEFRES et pilotprosjekt på ti norske skoler mellom 1993 og 2002.

Norge har gjennom HEMIL senteret i Bergen (senter for forskning om helsefremmende arbeid, miljø og livsstil) gjort en evaluering av HEFRES hvor man så på samarbeidet mellom skolehelsesøster og skolens personale (29). Det ble gjennomført dybdeintervju med skolekoordinatorer og skolehelsesøster. Evalueringen konkluderte med at skolens inkludering av helsetjenesten og helsesøsters tilgjengelighet i skolen fremsto som to sentrale faktorer for en positiv samarbeidsprosess mellom skolen og helsetjenesten. Det positive samarbeidet var karakterisert ved at helsesøster ble inkludert som en naturlig del av skolens drift og tjeneste, skolen var preget av helhetstenkning, samarbeidsformene var forankret hos ledelsen i skolen, felles planarbeid, og helsesøster var tilgjengelig i skolen. Et negativt samarbeid mellom skolehelsesøster og skolen bar preg av at tidsressursen ikke sto i forhold til oppgavene; manglende tilgjengelighet hos helsesøster og manglende interesse og vilje til å inkludere henne fra lærernes side (29).

1.8. Kosthold og fysisk aktivitet på skolen i de nordiske landene

I Norden er det ulik praksis for hva som serveres av mat på skolen. I Norge og Danmark er det tradisjon for at barna selv har med matpakke. På noen skoler kan de største barna kjøpe mat i kantiner, eller de har muligheten til å gå utenfor skolens område og kjøpe

seg mat i nærbutikker, kiosker etc. Sverige, Finland og Island har etablert et landsdekkende tilbud med gratis lunsj. Alle landene har utarbeidet retningslinjer for skolemåltidet (3). I Norge bygger disse retningslinjene på at elevene har med seg matpakke, men at skolen tilbyr/selger melk, frukt, grønnsaker og mat til dem som ikke har med seg mat hjemmefra. Retningslinjene innebærer også at elevene får nok tid til å spise, og tilsyn i matpausen for de yngste elevene (30). Retningslinjene er veiledende, og det finnes ingen kontroll på at skolene følger opp dette arbeidet.

Når det gjelder fysisk aktivitet varierer dette i større grad fra skole til skole i de ulike landene. Dette er blant annet relatert til skolens fysiske rammer for å fremme fysisk aktivitet innendørs og utendørs. I *Nordisk katalog over initiativer og Best Practice for bedre sundhed og livskvalitet gjennom mad og fysisk aktivitet* finnes det en oversikt over hva de nordiske landene har gjort av tiltak / best practice for å fremme fysisk aktivitet og et sunt kosthold på skolen (3).

1.9. Skolehelsetjenesten er en viktig ressurs for skolene

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har lange tradisjoner i tradisjonelt forebyggende arbeid. Både frivillige organisasjoner og enkeltpersoner har spilt en betydelig rolle for utviklingen av tjenesten (31). Helsestasjonstjenesten var opprinnelig rettet mot fattige og vanskeligstilte mødre og små barn. Arbeidsoppgavene var tidlig knyttet til hygiene, ernæring, individuelle helsekontroller og bekjempelse av smittsomme sykdommer (31). Med stadig bedre levekår og medisinske fremskritt skiftet sykdomspanoramaet i 1950-årene fra infeksjonssykdommer til livsstilssykdommer. Arbeidet i skolehelsetjenesten har derfor endret fokus til også å omfatte psykososiale problemstillinger og kroniske sykdommer (31). I dag er helsestasjon og skolehelsetjenesten en lovpålagt oppgave i Norge hjemlet i Lov om helsetjenesten i kommunene §1-3 (31,32).

Skolehelsetjenesten er en viktig ressurs for skolene i det helsefremmende arbeidet. Tjenesten er et viktig lavterskeltilbud som skal være lett tilgjengelig for alle elever i Norge fra første klasse og ut videregående skole. Tiltakene skal omfatte både enkeltelever og skolemiljøet; fysisk, psykososialt, innendørs og utendørs (33).

Oslo kommune har utviklet en egen folkehelsestrategi hvor innsatsområdene fysisk aktivitet og kosthold løftes frem som to viktige tiltak det skal jobbes med i årene fremover (34). Dette er i tråd med skolehelsetjenestens egne føringer hvor det i Veileder til forskrift av 3 april 2003 om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (33) heter at ”skolehelsetjenesten kan bidra med viktige helsefremmende tiltak som tilrettelegging for at elevene får mulighet til en times fysisk aktivitet pr dag, og gode rammer rundt skolemåltidet” (s.33), og videre at ”skolehelsetjenesten skal samarbeide med skolens personell, elever og foreldre for å skape en helsefremmende skole gjennom å fremme godt lærings- og arbeidsmiljø med hensyn til helse, trivsel og sikkerhet” (s.47-48).

Til tross for disse føringene er det mye som tyder på at helsesøsters rolle i den helsefremmende skolebevegelsen er liten. Whitehead og kollegaer hevder

skolehelsetjenesten fokuserer for mye på tradisjonelle oppgaver som screening, vaksinerings, individuell oppfølging og helseopplysning, mens helsesøsters rolle i helsefremmende aktiviteter både er uklar for skolen og udefinert av profesjonen selv (35). Det finnes lite litteratur på helsesøsters rolle i ”den helsefremmende skolebevegelsen”.

Helsesøster er den eneste fagpersonen på skolen som inviterer alle elevene med foreldrene til en samtale ved skolestart der man også måler høyde og oftest vekt. Med sin kunnskap om helsefremmende arbeid har hun en rolle der hun kan diskutere livsstil og helse med barna og deres foreldre, og ikke minst arbeide ovenfor skolen for å skape et helsefremmende miljø. Hun har en unik mulighet til å fange opp de barna som har utviklet eller ligger i faresonen for å utvikle et vektproblem. I Oslo kommune kan helsesøster henvise elevene til ”Stor og sterk prosjektet”. Prosjektet ble startet opp i 2004 og er et samarbeid mellom Ullevål universitetssykehus i Oslo og primærhelsetjenesten. Prosjektet retter seg mot overvektige barn og ungdom i alderen tre til 17 år. Elevene som deltar har en vekt som i gjennomsnitt ligger på 14 kilo over øvre normal for deres alder. Prosjektet bygger på et samarbeid mellom primærhelsetjenesten og sykehuset, helsesøster følger opp barnet og familien mellom konsultasjonene på sykehuset.

2 PROBLEMFORMULERING

Overvekt blant barn og unge er et folkehelseproblem i Oslo, spesielt hos grupper med lavere sosioøkonomisk status. Mange barn trekker overvekten med seg til voksen alder. For den enkelte skaper dette uhelse i tillegg til at det koster samfunnet store summer. Fysisk aktivitet og kosthold er to av de viktigste tiltakene for å snu denne trenden. Skolehelsetjenesten har en unik mulighet til å komme i kontakt med elevene og arbeide med fysisk aktivitet og kosthold inn i skolen. Mangel på tid og tilgjengelighet har vist seg å være de viktigste barrierene for å samarbeide med skolene om helsefremmende aktiviteter. Som folkehelsekonsulent i Oslo kommune undrer jeg meg over om skolehelsetjenesten opplever at de har muligheten til å arbeide med fysisk aktivitet og kosthold i den grad *Veileder til forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og Oslo kommunes folkehelseplan* anbefaler, og hva som skal til for at de skal kunne prioritere disse oppgavene.

2.1. Hensikt

Hensikten med studien er å undersøke hvordan helsesøstere i skolehelsetjenesten i Oslo opplever sin rolle, sine muligheter og begrensninger for å forebygge overvekt gjennom å fremme fysisk aktivitet og et sunt kosthold for barn og unge.

2.2 Nytteverdi

Studiet skal bidra med kunnskap om hva som skal til for at skolehelsetjenesten skal kunne bidra mest mulig hensiktsmessig for å fremme fysisk aktivitet og et sunt kosthold blant barn og unge.

3 TEORETISK REFERANSERAMME

Den teoretiske referanserammen i denne oppgaven inkluderer helsefremmende arbeid, empowerment, salutogenese, sense of coherence (SOC) og teori om samarbeid.

3.1. Helsefremmende arbeid og empowerment

Helsefremmende arbeid er i Ottawa charteret definert som *”the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health”* (27). Ottawa charteret (1986) har hatt stor betydning fordi det representerte et paradigmeskifte i folkehelsearbeidet ved å åpne opp for en bredere tolkning av faktorer som har betydning for folks helse. Tidligere hadde det sykdomsforebyggende arbeidet vært førende med fokus på å redusere risikofaktorer for sykdom, ulykke og død. For første gang ble helse sett på som en ressurs. Fokus ble rettet mot individer og lokalsamfunnets muligheter til å fremme egen helse (27).

Ottawa charteret var grunnleggende for empowerment ”tankegangen”. Det finnes ingen god oversettelse av begrepet empowerment på norsk, men det er forsøkt med ord som bemyndigelse, brukermedvirkning og livsstyrketrening. Mange bruker det engelske ordet empowerment (36). Begrepet har blitt forstått både som en prosess og som et resultat. Empowerment handler om å fremme enkeltindividers muligheter til å realisere sitt potensial. På individnivå kan empowerment innebære å gi mennesker kunnskap om faktorer som fremmer deres helse, motivere og stimulere til å oppdage ressurser og gjennomføre endringer. På organisasjons og systemnivå handler det om å tilrettelegge strukturelle rammefaktorer (36). Dette betyr at folk må få mer kunnskap om helsefremmende forhold, for å kunne påvirke beslutninger som har konsekvenser for egen helse.

I det helsefremmende arbeidet betraktes ikke folk som en målgruppe, men som aktive samarbeidspartnere. I stedet for å basere tiltakene på hva eksperter mener er best, ønsker man å involvere de aktuelle gruppene i alle fasene av arbeidet. Det vil si at en åpner opp for behov og ønsker fra befolkningen, som selv foretar prioriteringer og gjennomfører tiltak. En slik bruker- og befolkningsmedvirkning forutsetter at de profesjonelle gir fra seg makt og styring (37).

Med stadig større ulikheter i helse relatert til sosioøkonomiske variabler, industrialisering, globale og miljømessige utfordringer har det de senere årene skjedd en vridning av fokuset i det helsefremmende arbeidet fra det individuelle til strukturelle faktorer i samfunnet. Dette speiles i Bangkok charteret som løfter frem betydningen av politiske prioriteringer og lovregulerte rettigheters betydning for individets helse (38). Charteret trekker frem at samfunnsstrukturen har stor betydning for individets valg av livsstil (38). Dette stemmer godt overens med den norske folkehelsepolitikken føringer, der ett hovedbudskap er at samfunnet, herunder offentlige virksomheter som for eksempel skolen, må legge til rette for at individet skal ta sunnere valg (28).

3.2. Salutogenese og Sense of coherence

Salutogenese er læren om hva som gir god helse (39). Gjennom en empowerment prosess kan mennesker selv dra nytte av salutogene, dvs. helsefremmende faktorer (37). I følge Antonovsky kan helse forstås som et kontinuum på en akse mellom absolutt sykdom (dis-ease) og fullstendig sunnhet (ease) (39). Evnen til å bruke sin egen kapasitet til å nyttiggjøre seg tilgjengelige ressurser kaller Antonovsky for sense of coherence (SOC). Denne kapasiteten er beskrevet som individets mulighet til å oppnå en forståelse av den situasjonen de er i, kombinert med evnen til å bevege seg i en helsefremmende retning (37). Sense of coherence er en modell som har vist seg å være veiledende for praksis når man skal kartlegge hvilke forutsetninger som kan fremme helse (37). Sense of coherence har tre komponenter; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet.

Begripelighet angir i hvilken grad en person oppfatter de stimuli man konfronteres med som ordnet, sammenhengende og tydelig. Det legges vekt på det kognitive aspekt, evnen til å forstå virkeligheten i det som skal skje.

Håndterbarhet handler om i hvilken grad man oppfatter at det står tilstrekkelige ressurser til ens rådighet i forhold til de krav man blir stilt ovenfor. At man opplever en hensiktsmessig belastningsbalanse. Ressurser kan for eksempel handle om materielle ressurser, økonomiske ressurser og tidsressurser, men det kan også handle om sosial støtte fra andre.

Meningsfullhet er begrepets motivasjonselement. Det relateres til engasjement og opplevelse av mening emosjonelt, ikke bare i kognitiv forstand. Aktiviteter som er forbundet med mening blir som regel oppfattet som utfordringer det er verd å engasjere seg i.

I følge Antonovsky ser det motiverende element ut til å stå sterkest (39). Dette kan forklares med at det er viktig å fatte interesse og engasjere seg i aktiviteter for i det hele tatt å komme i gang. Begripelighet ser ut til å være nest viktigst, ettersom høy håndterbarhet avhenger av forståelse av settingen. Det betyr ikke at håndterbarhet ikke er viktig. Hvis man ikke tror det står ressurser til rådighet går det igjen ut over motivasjonen til å engasjere seg. Mestring avhenger av SOC som en helhet (39).

3.3. Teori om samarbeid

Folkehelsen grunnlegges og påvirkes hovedsakelig utenfor helsevesenet (40). Det er på individets hverdagsarenaer at helse skapes, og det er derfor viktig at det er et helsefremmende miljø på disse arenaene. Tones og Tilford hevder at helsevesenet kun bidrar til 10% av befolkningens helse, mens andre samfunnssektorer som utdanning, sosialsektoren, transport /infrastruktur og ikke minst lokalsamfunnet står for de resterende 90% (41). Ottawa charteret poengterer at det er behov for et økt samarbeid for å fremme folkehelsen (27). I Norge er dette nedfelt i Stortingsmelding 16 (2002-2003) hvor folkehelsearbeid beskrives som et multidisiplinært fagfelt hvor det er nødvendig med tverrfaglig og sektorovergripende samarbeid for å lykkes (28). En viktig strategi for å oppå dette i Norge er å stimulere til partnerskap for folkehelse mellom stat, fylkeskommuner og kommuner i samarbeid med næringsliv, frivillige organisasjoner, høyskoler og forskningsmiljøer. Man har funnet at en suksess faktor for folkehelsearbeidet er at tiltak forankres lokalt (28). Dette stemmer godt overens med empowerment tankegangen og Ottawa charterets intensjoner.

Velferdsstaten har de senere årene blitt mer og mer spesialisert med et økende antall profesjoner og organisasjoner (40,42). Konsekvensen av denne utviklingen har vært en fragmentering av virksomheter i ulike velferdsområder. Lauvås og Lauvås hevder at dette kan lede til unødvendig dobbeltarbeid ved at ulike virksomheter ikke snakker sammen og vet om hverandres arbeid, og det kan bidra til manglende helhetsvurderinger ved at fagpersoner kun fokuserer på sitt spesialistområde (42). Samarbeid stimuleres ofte via prosjektmidler med en usikker varighet der deltakere ofte trekkes ut av egen organisasjon under prosjektperioden. Dette vanskelig gjør en forankring av tiltak inn i daglig drift (40).

Det finnes mange, men ingen entydig definisjon for ordet samarbeid. I dette studiet ser jeg det relevant å ta utgangspunkt i Axelsson og Axelssons begrep interprofesjonelt, interorganisatorisk, og intersektorielt samarbeid (40).

Interprofesjonelt samarbeid beskrives som et samarbeid mellom ulike profesjoner og yrkesgrupper.

Interorganisatorisk samarbeid beskrives som et samarbeid mellom ulike myndigheter eller organisasjoner.

Intersektorielt samarbeid beskrives som den mest komplekse formen for samarbeid fordi det omfatter både et interorganisatorisk og et interprofesjonelt samarbeid. Om det intersektorielle samarbeidet også inkluderer private eller frivillige aktører, hvilket det ofte kan gjøre i folkehelsearbeidet, øker kompleksiteten ytterligere.

Et eksempel på intersektorielt samarbeid er samarbeidet mellom skolehelsetjenesten og skolene i Oslo. Skolehelsetjenesten er organisert i bydelene, mens skolen er organisert under Utdanningsetaten. Lærerne forholder seg til rektor som nærmeste leder, mens for skolehelsesøster er nærmeste leder en helsesøster med ansvar for helsestasjon - og

skolehelsetjenesten i den enkelte bydel. Partene har ulikt lovverk å forholde seg til, og ulikt budsjett og årsplaner som skal følges opp.

En forutsetning for en helsefremmende skole der kosthold og fysisk aktivitet er en naturlig del av skolehverdagen, er at det helsefremmende arbeidet forankres i sentrale plan- og beslutningsprosesser på skolen. For å skape en helsefremmende skole må hele skolen være en arena som fremmer helse. Dette gjelder både de fysiske arealene inne og ute, organiseringen av undervisningen og ikke minst holdningen og handlingene til alle de som arbeider på skolen. For å arbeide med helsefremmende tiltak på struktur- og organisasjonsnivå er skolehelsetjenesten helt avhengig av et godt samarbeid med skolens ledelse.

Axelsson og Axelsson beskriver både strukturelle og kulturelle hindringer for et vellykket samarbeid (40).

Strukturelle hindringer

- Ulikt regelverk på arbeidsplassen og ulikt lovverk å forholde seg til
- Ulikt budsjett og ansvarsområder
- Ulik tilgang til informasjonssystem og databaser

Kulturelle hindringer

- Ulik utdanningsbakgrunn kan føre til ulike profesjonelle prioriteringer
- Ulik terminologi
- Ulik organisasjonsideologi
- Ulike holdninger, vurderinger og prioriteringer kan gjøre det vanskelig å kommunisere og samarbeide

Andre hinder for samarbeid

- Kortsiktige prioriteringer i kommunale ettårige budsjetter
- Byråkrati og hierarki i de offentlige organisasjonene
- Uklare mål og mandat
- Uklar arbeidsfordeling
- Ulikhet i forhold til makt og ressurser, både materielle, økonomiske, og kunnskapsmessige
- Omorganisering og nedbemanning
- Personmotsetninger
- Usikkerhet i yrkesrollen

4 METODE

4.1. Forskningsdesign

Det er brukt kvalitativ metode ut fra Graneheims innholdsanalyse. Kvalitativ metode har til hensikt å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (43). Den kvalitative tilnærmingen går i dybden, og har som formål å få frem kunnskap om menneskers erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, holdninger, og forståelse av menneskers handlinger (43). Metoden har som mål å utforske meningsinnholdet slik det oppleves for informantene selv i deres hverdag (44). På bakgrunn av dette er kvalitativ metode med innholdsanalyse egnet til å besvare problemstillingen.

4.2. Valg av informanter

Informantene er ni helsesøstere som arbeider i skolehelsetjenesten i Oslo kommune. Bakgrunnen for at jeg har valgt helsesøstere som informanter er at denne yrkesgruppen utgjør fundamentet i skolehelsetjenesten. Ikke alle bydelene i Oslo kommune har tilknyttet andre yrkesgrupper enn skole lege enkelte dager i måneden. Det var derfor naturlig at valget falt på helsesøster.

Det er foretatt et strategisk utvalg av informantene. Det er først tatt kontakt med leder av skolehelsetjenesten i de aktuelle bydelene per telefon, deretter ble det sendt ut et informasjonsbrev til leder på e-post med forespørsel om å videresende til helsesøstre som arbeidet i den aktuelle bydelen/ hjelpe til med å plukke ut aktuelle informanter. Bydelene er valgt ut med en geografisk spredning. Noen fra østkanten, noen fra sentrum og noen fra vestkanten av Oslo. Dette er gjort bevisst fordi det er store forskjeller i bosettingsmønstret i Oslo, og det var ønskelig å se om dette påvirker skolehelsetjenestens tilbud og deres opplevelse av overvektspromblematikken blant barn. Det var videre ønskelig å intervju helsesøstere med ulik erfaring. Dette med tanke på om de kun hadde arbeidet klinisk eller også hadde administrativ erfaring, om de arbeidet på barneskole, ungdomsskole eller videregående skole, og det var ønskelig at informantene skulle ha arbeidet noen år slik at de hadde refleksjoner rundt egen yrkespraksis. Dette var det vanskelig å få spurt om under rekrutteringen fordi det ikke var så lett å rekruttere informanter. Jeg måtte intervju de som ønsket å være med. I praksis viste det seg imidlertid at jeg likevel fikk en fin variasjon med tanke på informantenes bakgrunn og erfaring. Syv av informantene arbeidet på barneskole, av disse arbeidet også tre på ungdomsskole. En arbeidet på ungdomsskole og videregående skole. Det var en som kun arbeidet administrativt med lang erfaring fra klinisk virksomhet, og en som både arbeidet administrativt og klinisk. Alle informantene var kvinner og arbeidet alene som helsesøster på sin(e) skole(r). De fleste bydelene hadde organisert skolehelsetjenesten etter antall elever på skolen, noe som betydde at ved de største skolene var helsesøster flere dager tilstede enn på den mindre skolene. Alle informantene har fått skriftlig og muntlig informasjon om studien, og alle har samtykket skriftlig i å delta.

4.3. Datainnsamling

Valg av intervju fremfor fokusgrupper er gjort bevisst for å ha muligheten til å gå mer i dybden i samtalen. Kvale definerer målet med det kvalitative intervjuet som ”å *innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene*” (45 s.21). Hensikten med studien har nettopp vært å få frem informantenes hverdagsverden. På bakgrunn av problemstillingen mener jeg at intervju er en vel egnet metode for datainnsamling.

Kvale hevder at forskningsintervjuet er basert på en hverdagslig samtale, men egentlig er en faglig konversasjon (45). Det er tilstrebet å gjøre intervjusituasjonen så naturlig som mulig, blant annet ved at informantene selv kunne velge tid og sted for intervjuet. Alle informantene ønsket av tidsmessige årsaker å bli intervjuet på egen arbeidsplass. Det er brukt en tematisk intervjuguide som hjelp til å holde fokus på problemstillingen, men generelt er det lagt opp til at informantene selv styrer samtalen og prater fritt, og at jeg som forsker har fulgt opp med utdypende og bekreftende spørsmål.

Alle intervjuene er tatt opp på bånd. Båndene har kun vært tilgjengelig for meg, og er låst ned når de ikke har vært i bruk. Alle intervjuene er transkribert av meg samme dag, eller i dagene etter at intervjuene ble foretatt.

4.4. Analyse

Intervjuene er analysert ved hjelp av innholdsanalyse etter Graneheims modell (46). Det transkriberte materialet er først lest igjennom flere ganger for å få dannet et helhetsbilde av hvert intervju. Deretter er det trukket ut meningsbærende enheter som var relevant for problemstillingen. Neste trinn var å forkorte de meningsbærende enhetene ytterligere, uten å miste innholdet. Graneheim kaller dette for kondensering. For å få bedre oversikt valgte jeg å lage en tabell hvor jeg skrev inn de meningsbærende enhetene (vedlegg 1), også dette etter Graneheims modell. Da flere av de meningsbærende enhetene handlet om det samme, ble flere av dem slått sammen under kondenseringen.

Graneheim beskriver to former for innholdsanalyse, manifest og latent (46). En manifest innholdsanalyse beskriver det synlige, åpenbare innholdet i teksten / materialet. I tråd med hensikten med dette studiet er det her lagt vekt på å få frem informantenes *egen opplevelse* av fenomenet. Den manifeste delen av analysen har derfor fokus på det teksten sier slik den ordrett står skrevet i det transkriberte materialet. Den manifeste delen av analysen er presentert i vedlegg 1 under kolonnene med meningsbærende enheter og kondenserte enheter, samt i resultatdelen der utsagn valideres med sitater fra informantene.

Latent innholdsanalyse innebærer å gjøre en tolkning av den underliggende meningen i teksten (46). I denne delen skal man forsøke å løfte meningen i teksten opp på ”et høyere abstraksjonsnivå”. Den latente delen av analysen innebærer overgangen fra

kondenserte enheter til tema og hovedgrupper, og blir en del av forskerens tolkning av materialet.

4.5. Validitet og reliabilitet

Begrepsvaliditet knytter seg til i hvilken grad funnene i undersøkelsen reflekterer formålet med studien, og i hvilken grad data / resultatene representerer virkeligheten i det fenomenet som undersøkes (47). Validiteten kan styrkes ved å tilbakeføre resultatene til informantene for å bekrefte resultatene (47), eller som gjort i dette studiet, ved å bruke direkte sitater fra informantene til å bekrefte analysen.

Ekstern validitet knytter seg til i hvilken grad funnene fra undersøkelsen kan overføres til liknende fenomener / situasjoner (47). Ved kvalitative undersøkelser anvender man begrepet overføring av kunnskap isteden for en generalisering, som er mer vanlig i kvantitative studier (47). Overførbarheten er relatert til i hvilken grad man greier å utarbeide beskrivelser, fortolkninger og forklaringer som er nyttige i andre sammenhenger (47).

Reliabilitet betyr pålitelighet og knytter seg til hvilke data som brukes, måten de er samlet inn på og hvordan de bearbeides (47). I kvalitative studier er metodene ofte kontekststøttede, og forskeren bruker seg selv som instrument ved bearbeiding av data (47). Forskeren kan styrke påliteligheten ved å gi en beskrivelse av konteksten og sin egen forskerrolle, noe jeg har forsøkt å gjøre i dette studiet.

4.6. Forskerrollen

Forskerens ståsted, personlige erfaringer og interesser vil i stor grad påvirke en kvalitativ studie (44). Det er forskeren som avgjør hvilken problemstilling som er den aktuelle, hvilke metoder og utvalg som er relevante, hvilke resultater som besvarer de viktigste spørsmålene og hvordan konklusjonene skal formidles (44). Forskeren vil i hele undersøkelsen bruke seg selv som instrument, og det er derfor viktig at forskeren er tydelig på egen forforståelse. Jeg ønsker å klargjøre min egen rolle gjennom Malteruds tolkning av elementer som påvirker forskerens forforståelse (44);

- Erfaringer
- Faglig perspektiv
- Antakelser/ hypoteser
- Teoretisk referanseramme

Jeg er utdannet ergoterapeut med klinisk erfaring innen rehabilitering. Etter å ha gjennomført en videreutdanning i Folkehelsearbeid ved Høyskolen i Oslo våren 2006 startet jeg samme høst på MPH-programmet ved NHV. I februar 2007 startet jeg i min nåværende jobb som folkehelsekonsulent i Oslo kommune, bydel St.Hanshaugen. Mine arbeidsoppgaver består blant annet i å arbeide for å implementere Oslo kommunes folkehelsestrategi i bydelens virksomheter; kort sagt å være en pådriver for

folkehelsearbeid for alle som arbeider, bor eller oppholder seg i bydelen. Dette innebærer stor grad av nettverksbygging og å være koordinator for etablering av partnerskap.

Faglig perspektiv; det finnes tilstrekkelig dokumentasjon som løfter frem at overvekt og fedme blant barn og unge er økende, og at det er et folkehelseproblem som bør prioriteres. De mest sentrale virkemidlene er fysisk aktivitet og kosthold, og skolen løftes frem som en naturlig arena i det helsefremmende arbeidet. Skolehelsetjenesten sitter på viktig kompetanse som bør komme skolene mer til gode i dette arbeidet.

Mine antakelser før jeg startet med datainnsamlingen var at skolehelsetjenesten arbeider lite på et organisatorisk nivå på skolen, de arbeider lite med helsefremmende aktiviteter, og mer med enkeltkonsultasjoner. Jeg stilte meg spørsmål om skolehelsetjenesten prioriterer vekk arbeid med fysisk aktivitet og kosthold, og i så fall hvorfor?

Teoretisk forankring. Jeg har valgt en teoretisk referanseramme som inkluderer prinsippene i helsefremmende arbeid, empowerment og salutogenese, da dette passer i forhold til oppgavens problemstilling.

I dette studiet har jeg forsøkt å samle informantenes egne erfaringer og opplevelser, og legge min egen for forståelse i størst mulig grad til side.

4.7. Etiske overveielser

Helsinkideklarasjonen for medisinsk forskning ligger til grunn for arbeidet. I dette ligger særlig prinsippene om frivillig deltakelse, sikring av informantenes anonymitet og taushetsplikten. Alle persondata og øvrige data som kan lede tilbake til informantene er anonymisert. Alle data er låst inn og det er kun undertegnede som har hatt tilgang på materialet. Jeg har vært tilgjengelig for informantene ved at de har fått min e-post adresse og telefonnummer i informasjonsbrevet dersom de har hatt spørsmål i etterkant av intervjuene.

Det er tatt skriftlig kontakt med etisk komité, Helse Sør-Øst for å få vurdert om undersøkelsen trengte godkjenning fra dem. Da informantene er profesjonelle, og tema ikke ble vurdert som sensitivt, hevdet etisk komité at dette ikke var nødvendig så fremt personopplysninger ikke ble trukket med i studien. På bakgrunn av dette har det ikke blitt stilt spørsmål som har handlet om informantene som privatperson. Studiet har ikke vært søknadspliktig til Datatilsynet.

Jeg var innledningsvis svært oppmerksom på at tema kunne oppfattes som en ”faglig kritikk” ved at jeg, med en annen profesjon, utforsker skolehelsetjenestens arbeidsområder på denne måten. På bakgrunn av dette er det lagt vekt på å fokusere på studiens hensikt som er å undersøke hvordan helsesøstere i skolehelsetjenesten i Oslo selv opplever sin rolle, sine muligheter og begrensninger i forhold til å arbeide med fysisk aktivitet og kosthold. Jeg har derfor også tydelig skilt ut den manifeste delen av innholdsanalysen som beskriver informantenes egne tolkninger, fra den latende delen av

analysen der jeg tillater meg å komme med egne refleksjoner relatert til den teoretiske referanserammen for oppgaven.

5 RESULTAT

Denne delen av oppgaven presenterer resultatene fra de kvalitative intervjuene som ble gjennomført med ni helsesøstere i skolehelsetjenesten i Oslo kommune høsten / vinteren 2008. I analysen av materialet kom det frem 133 meningsbærende enheter. Disse er igjen forkortet og slått sammen til 70 kondenserte enheter. Ved overgangen til tema og hovedgrupper har jeg brukt min teoretiske referanseramme.

Hovedgruppe 1 *Opplevelsen av egen rolle* handler om helsesøsters opplevelse av egen rolle i forhold til å forebygge overvekt hos barn og unge, og i forhold til å arbeide med innsatsområdene fysisk aktivitet og kosthold.

Hovedgruppe 2 *Opplevelse av problemet* handler om helsesøsters opplevelse av forekomsten av overvektige barn på egen skole, og hennes opplevelse av årsaker til problemet.

Hovedgruppe 3 *Utfordringer og viktige faktorer for suksess* handler om helsesøsters opplevelse av muligheter og begrensninger for å kunne arbeide med dette i hverdagen.

Hovedgruppe 4 *Et sensitivt tema* handler om de etiske barrierene helsesøster opplever med dette arbeidet.

Hovedgruppe 5 *Opplevelsen av tiltak* handler om på hvilken måte helsesøster opplever at konkrete tiltak med fysisk aktivitet og kosthold fungerer eller ikke fungerer i praksis, og opplevelsen av mening.

Tabell 1. Hovedgrupper og tema

Hovedgruppe	Tema
1. Opplevelsen av egen rolle	Primærforebygging Sekundærforebygging Empowerment
2. Opplevelse av problemet	Omfang Fysisk aktivitet og kosthold Sammensatte problemer hos barnet eller i familien
3. Utfordringer og viktige faktorer for suksess	Tidsbrist Konkrete målsettinger og pålagte oppgaver Familietilnærming Samarbeid Tilrettelegging av skole og nærmiljø
4. Et sensitivt tema	Vanskelig å finne en innfallsvinkel Et etisk dilemma
5. Opplevelsen av tiltak	Opplevelsen av å jobbe med fysisk aktivitet Opplevelsen av å jobbe med kosthold Frustrerende med lite endring over tid Mening

5.1. Opplevelsen av egen rolle

Hovedgruppe 1; *Opplevelsen av egen rolle* er kategorisert inn i tre tema; *primærforebygging, sekundærforebygging og empowerment*. Informantene ble spurt om hvordan de opplevde sin rolle i forhold til å forebygge overvekt hos barn og unge, hvordan de opplevde å arbeide med dette i forhold til alle de andre oppgavene de har, og hva de så på som det viktigste av alle sine arbeidsoppgaver.

Tema 1 Primærforebygging

Helsesøster opplevde at hun hadde en svært viktig rolle i forhold til å forebygge overvekt fordi hun inviterer alle elevene med foreldre til en samtale ved skolestart, senest i andre klasse. På denne første konsultasjonen tas det ofte vekt og høyde, og helsesøster har da en naturlig innfallsvinkel for å vise foreldrene percentilkurven dersom barnet er overvektig.

”Jeg tenker at vi har en veldig sentral rolle. Førsteklasse konsultasjon som alle får tilbud om for eksempel, så tar vi opp tema. At vi er opptatt av hva ungene dine gjør på fritiden, hva de spiser, snakker om matpakke, bruker denne plansjen og viser hva som er greit å spise, og så er det jo noen som allerede da er litt overvektige, slik at vi gjør dem oppmerksomme på vekstkurven da”.

”Skolestartundersøkelsen...er det første møtet med skoleeleven, og man kan gjøre seg opp en viss formening om dette med vekt og overvekt og man treffer som sagt alle sammen. Sånn at man har på en måte mulighet da til å følge opp de som man ser ligger godt over med det kliniske blikket på en måte”.

Å treffe alle foreldrene tidlig gir helsesøster en unik sjanse til å gi informasjon til alle om helse, kosthold og fysisk aktivitet.

”Jeg tenker vi kan gjøre mye, spesielt føler jeg i andre klasse når jeg har foreldrene inne så har jeg en unik sjanse til å prate med dem om kost og aktivitet”.

Tema 2 Sekundærforebygging

De som ikke hadde kapasitet til å invitere alle elevene til skolestartundersøkelse opplevde sin rolle mer sekundærforebyggende; ved å følge opp barn som var henvist fra lærere eller etter forespørsel fra foreldre. Helsesøster fulgte opp ved å kartlegge sammen med barnet og foreldrene hva som var problemet, og henviste videre til ulike tilbud i bydelen eller til ”Stor og sterk prosjektet”.

”Jeg tenker meg ved henvendelse fra foreldre eller lærere. Hvis det er noen elever som på en måte virker tunge og overvektige i gym for eksempel”.

Tema 3 Empowerment

Ved spørsmål om hva helsesøster så på som det viktigste av alle sine arbeidsoppgaver var det svært viktig for informantene at elevene opplever skolehelsetjenesten som et lavterskeltilbud. Dette ble løftet frem som deres aller viktigste funksjon eller visjon på skolen, til tross for at de også nevnte oppgaver som er spesifisert i deres veileder eller spesifikke målsettinger i deres årsplaner for skolehelsetjenestegruppa i bydelen.

”Jeg synes noe av det viktigste er å være tilgjengelig for barn som trenger oss. Så vi har en sånn visjon vi har laget i skolehelsetjenesten at vi, at vi vil at alle barn skal bli tatt på alvor ”.

” ...å være et lavterskeltilbud for de ungdommene som ikke har ressursene rundt seg, det ser jeg jo på som en viktig rolle”.

På ungdomsskolen ble spesielt empowerment tankegangen fremhevet ved at ungdommen får kunnskap om forhold som påvirker egen helse og hjelp til å se sitt eget potensial.

”Så jeg synes at en viktig rolle er å formidle kunnskap og hjelpe ungdommen til å se sammenhenger. Og skjønn når de trenger hjelp. Og skjønn hva de faktisk kan bidra med selv. For de kommer jo ofte til skolehelsetjenesten med kaos inne i hodet sitt, og hvor de tror at de er et offer for alt. Og så må de på en måte rydde og se at de kan bidra med en god del selv, og noe kan de ikke gjøre noe med, og noe kan de få hjelp til. Så sånn tenker jeg at vi har en ganske viktig funksjon”.

Helsesøster følte også et ansvar ovenfor foreldrene slik at de opplever seg ivaretatt av skolehelsetjenesten når barnet og familien har det vanskelig.

”...å gi trygghet til barna, at de vet hvor skolehelsetjenesten er sånn at de vet at man kan oppsøke oss når ting er vanskelig. Eller at foreldrene vet at vi er tilgjengelige”.

5.2. Opplevelse av problemet

Hovedgruppe 2; *Opplevelse av problemet* er delt inn i tre tema. *Omfang, kosthold og fysisk aktivitet og sammensatte problemer hos barnet eller familien.* Informantene ble spurt om de opplevde overvekt som et problem på sin skole eller i sin bydel, dersom de hadde lengre erfaring; om de opplevde at problemet hadde økt de siste årene og hva de opplevde var årsakene til denne utviklingen.

Tema 4 Opplevelsen av omfang

Det var flere i skolehelsetjenesten på østkanten og i sentrumsnære bydeler som opplevde overvekt som et problem enn på vestkant skolene. Overvekt var for mange relatert til nasjonalitet, men ikke for alle.

”Ja, det er en del overvektige barn, absolutt, jeg ser det ja” (Østkant skole).

”Ja, jeg synes det er mange unger, og jeg er vel at, dette er en flerkulturell skole, 60% flerkulturelle barn, men jeg synes å se en overvekt, altså en overvekt av overvekt hos flerkulturelle barn”.

”Det er en økning vil jeg si...tidligere de vi jobbet med da var mer sånn innvandrerbarn, for de har en egen kultur som går på det med mat og sånn, og jeg har en opplevelse av at det er veldig vanskelig å endre på det. Men nå ser jeg mer at det også er etnisk norske som også er mer overvektige enn de var før altså. Absolutt”.

Mange av informantene relaterte overvekt hos barna til foreldrenes sosioøkonomiske status.

”...jeg tror ikke det er noe sånn spesielt overvektige her”... ”Jeg har hørt at de som har dårlig økonomi ofte har barn med høyere vekt, og her er det ikke akkurat de med dårligst økonomi som bor” (Vestkant skole).

Opplevelsen av overvektige barn på skolen kunne for noe handle om man var oppmerksom på problematikken eller ikke.

”Samtidig så vet jeg jo at vi blir jo litt blinde og, for når jeg ser at en unge er slank så kan jeg jo se på percentilene at de ikke er så slanke”.

Tema 5 Kosthold og fysisk aktivitet

Informantene hadde en oppfatning av at økt overvekt hos barn og unge kommer av for lite bevegelse kombinert med et kosthold i endring. Når det gjelder fysisk aktivitet var det spesielt redusert hverdagsaktivitet som ble trukket frem som årsak.

”Når ungene kommer hjem så går de ikke ut i gata og hopper tau og leker. De setter seg ned foran dataskjermen og mailer og chatter. Altså de leker ikke lengre i den grad, du ser ikke noen hoppe tau i gata eller leke gjemsel, boksen går og hva det måtte være”.

”...sånn som jeg oppfatter det, eller opplever det, er at ungene blir kjørt til skolen. Det er trafikk, en kø utenfor her med unger som blir kjørt til skolen og som bor i området her altså, de gidder ikke gå til skolen lengre. De blir hentet om ettermiddagen. Kjørt hjem igjen og så blir de kjørt til en eller annen aktivitet. Så hvor det var vanlig og gå eller sykle før...”.

Når det gjaldt kosthold opplevde informantene et økende forbruk av usunn mat som godteri, brus og halvfabrikata.

”Det er jo sånn generelt usunnere barn og unge i dag enn det var tidligere, at vanene er mer usunne... oftere begge foreldrene i jobb sånn at det blir mer, ja hurtigmat og raske middager”.

”Det å se hvor mange elever som går hver dag opp til Rimi og Rema og kjøper seg boller og cola, det er skrekkelig mange”.

Helsesøster opplevde at hun hadde muligheten til å påvirke foreldrene. Mange strever med å sette grenser ovenfor barna, og helsesøster kan her komme inn med råd og veiledning.

”Så jeg føler at jeg kan påvirke litt... hvis et normalt barn da ikke vil ha noe annet en sjokoladepålegg, så er det faktisk mulig å prøve noe annet, og det er ikke alle foreldre som greier og sette grenser, noen ganger er det bare det det går på”.

Tema 6 Sammensatte problemer hos barnet eller i familien

Mange av informantene opplevde at flere av barna som strevde med overvekt også hadde andre problemer, ofte knyttet til psykososiale forhold. De funderte over om overvekt hos barnet var en reaksjon på denne ubalansen. Det kunne være problemer barnet strevde med alene, eller problemer i familien. De opplevde at barnet trøstespiste eller hadde et uregelmessig kosthold fordi det var stresset.

”Jeg ser jo det at mange av de barna, de overvektige, de har jo noe å slite med. Jeg tenker sånn at noen ganger må man jobbe med det som er grunnen til at de er overvektige. Mange trøstespiser. Og det er mange som opplever stress. Og det er mange årsaker til overvekt”.

”Og så ser jeg hos noen jeg følger opp at det er kanskje også knyttet til en del psykososialt, at spising kompenserer for en del problemer som man har. Altså man kan si at selvskading, slanking, rusmidler og overspising mer er symptomer enn årsaken til...”.

Helsesøster opplevde at barna med mer sammensatt problematikk var vanskeligere å hjelpe enn de barna som ”bare” hadde en usunn livsstil. Her var det ikke nok med veiledning om kosthold og fysisk aktivitet fordi sammensatte problemer gjorde at det var vanskelig å endre atferd.

”Så ser jeg at enkelte som har veldig mye å bære på, som har noe å slite med i hverdagen de er mye vanskeligere å hjelpe i forhold til overvekt. Mens de som kanskje ikke har det, men hvor det mer har blitt en sånn uvane, og har et usunt kosthold sånn generelt, at de kan man gjøre endringer med, det ser jeg”.

5.3. utfordringer og viktige faktorer for suksess

Hovedgruppe tre *Utfordringer og viktige faktorer for suksess* er delt inn i fem tema; *tidsbrist, konkrete målsettinger og pålagte oppgaver, familietilnærming, samarbeid og tilrettelegging av skole og nærmiljø*. Informantene ble spurt om hva de mente var det viktigste for at skolehelsetjenesten skulle kunne arbeide mer med å forebygge overvekt, arbeide mer med innsatsområdene kosthold og fysisk aktivitet, hvordan de opplevde sine ressurser i forhold til å prioritere disse oppgavene, samt hvordan de opplevde samarbeidet med skolen og eventuelle andre samarbeidspartners betydning.

Tema 7 Tidsbrist

Informantene i denne undersøkelsen hadde en meget travel hverdag. Alle arbeidet alene på en eller flere skoler. Antall dager på skolen var avhengig av antall elever, men det var vanlig å ha 200 elever pr. dag i uken. Tiden ble trukket frem som hovedårsaken til at dette var et nedprioritert område, og at mye av det som ble gjort handlet om sekundærforebygging. Mange opplevde at de ikke hadde nok tid til å ivareta barna slik de skulle ønske.

”Jeg vil tror at vi alle svarer at vi har for lite ressurser. For du kan jo tenke deg tre dager i uka som jeg klarte å krangle meg til på over 600 elever, det er en dag på 200 elever det”.

”Hadde man hatt mer tid så kunne man fått gjort enda mer. Men det er mange elever og det er mye psykososialt, og det går på bekostning av det forebyggende, eller det som bare er informasjonsarbeid, så det er ikke alltid like lett å prioritere det arbeidet...hadde jeg hatt større stilling her, så kunne jeg ha fått gjort mye mer”.

”...så lenge ressursene er som de er blir det jo sekundærforebygging”.

Mange av informantene opplevde at temaet kosthold og fysisk aktivitet egnet seg godt i grupper. Spesielt effektivt var det med grupper der barna var aktive i egen læringsprosess. Det var ønskelig med mer tid til gruppevirksomhet.

”Jeg tenker spesielt sånne grupper som jeg driver med i 1.trinn, der burde vi egentlig hatt bedre tid, fordi det er sånne ting som du når frem til ungene med. Praktiske ting. Man kan ikke sitte og snakke med barn, snakke og snakke, for det kommer det ikke noe ut av. I hvert fall ikke når det gjelder kosthold. For de må få lov å smake på ting, de må se ting, de må se hva andre gjør og hva andre spiser. Og det går mye tid på disse gruppene”.

Flere av informantene opplevde at de kun hadde tid til å jobbe med enkeltelever. Hadde de hatt mer tid kunne de jobbet mer på systemnivå, ovenfor hele skolen

”Hvis vi hadde hatt full stilling, så hadde vi hatt mer tid til å tenke litt mer overordna”.

”...nei, vi gjør ikke det nå (jobber på systemnivå). Altså vi har snakket om det, men vi har ikke kommet dit altså...sånn at det er absolutt en upløyd mark altså”.

Tema 8 Konkrete målsettinger og pålagte oppgaver

De helsesøstergruppene / bydelene som hadde definert overvekt, kosthold og aktivitet inn i egne virksomhetsplaner / årsplaner hadde mer fokus på dette enn de som ikke hadde slike målsettinger, og hvor det var mer opp til helsesøster på den enkelte skole hva hun skulle prioritere av oppgaver.

”Vi har lagt inn, altså vi har ganske sterke føringer nå på at overvekt er et såpass voksende problem at vi som skolehelsetjeneste skal ha fokus på det. Vi har lagt det inn i vår, altså vi har en sånn type virksomhetsplan som sier noe om hvilke mål og strategier vi skal ha, og da er det med kosthold og overvekt ett av våre strategier eller mål”.

”Vi har jo laget en aktivitetsplan for barneskolen, det vil si vi har satt opp punkter eller ting som vi skal gjøre fra første til sjuende trinn. ...vi har jo det i bakhodet det med satsingsområdet vårt som er fysisk aktivitet og kosthold...”.

Å forebygge overvekt gjennom kosthold og fysisk aktivitet var et tema som informantene mente var lite prioritert i det anbefalte programmet for skolehelsetjenesten 0-20 år i ”Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten”. Det kom frem at siden dette programmet var førende for informantenes arbeid, hadde manglende spesifikasjoner i forhold til kosthold og fysisk aktivitet her betydning for i hvilken grad disse oppgavene ble utført.

”Hvis det var et tema som var mer nedfelt i veilederen og sånn da...da hadde vi kanskje følt mer press for å gjøre det som en prioritert oppgave, og ikke bare ta de som var overvektige, men forebygge de som, ja, var i faresonen for å bli det”.

Tema 9 Familietilnærming

Informantene i denne undersøkelsen var tydelige på at nøkkelen til endring hos barnet var gjennom familien. Uten å nå foreldrene mente informantene det var vanskelig å hjelpe barnet. Det var viktig at foreldrene forsto at barnet hadde et vektproblem, og at hele familien endret vaner med tanke på kosthold og fysisk aktivitet.

”En stor utfordring er dette med familie. Jeg tror vi kan sette i gang så mye som mulig jeg, men så lenge vi ikke klarer på en måte å involvere familien altså...”.

Det var viktig at familien var solidarisk overfor et barn som var overvektig. Man kunne ikke forvente at et barn eller en ungdom skulle endre sine vaner hvis far eller mor stadig spiste usunn mat, og den var tilgjengelig i skap og skuffer hjemme.

”Jeg tenker at ungdom trenger foreldrene på lag. Noen av disse ungdommene som jeg har hatt sier jo det at stefaren min drikker cola hver dag, jeg synes jo det er dårlig gjort, ikke sant, du kan ikke forlange av en ungdom at den skal spise sunn mat hvis ikke det er sunt hjemme”.

Informantene opplevde at de hadde en viktig rolle i forhold til å gi informasjon og henvise til aktuelle tilbud, men familien og foreldrene måtte ta hovedansvaret for barnas helse.

”Når det kommer til stykke er det foreldrene som har ansvaret. Vi må legge til rette for at de kanskje vet om en del tilbud, kan få støtte, råd og veiledning i forhold til det enkelte barnet, men vi ser at det er veldig vanskelig å plukke ut det barnet, fordi det også er en del av familien sin, og kosthold har mye mer med familien å gjøre enn bare det barnet”.

Tema 10 Samarbeid

Både tverrfaglig samarbeid og et godt samarbeid med skolens ledelse og lærere ble trukket frem som viktig for å få til en helsefremmende skole med fokus på kosthold og fysisk aktivitet i hverdagen. Informantene mente at de ikke hadde kapasitet til å ta hele jobben alene. Kun med en felles policy for hele skolen og hos alle de ansatte som var forankret i ledelsen var dette mulig å få til. Å få innpass i ledelsen ble av mange nevnt som nøkkelen til å få igjennom tiltak. Flere mente at skolehelsetjenesten burde jobbe mer aktivt ovenfor skolens ledelse, komme inn på et tidligere tidspunkt i forhold til planprosesser i skolen og forsøke å integrere sine tema inn i skolens undervisning når dette falt seg naturlig isteden for å kjøre sitt eget opplegg på siden.

”Potensialet for skolehelsetjenesten tror jeg kan utnyttes mye bedre...jeg tenker litt sånn mer overordnet, vi må på en måte inn litt tidligere og i bedre samarbeid med skolene”.

”...men så tenker jeg at hvis vi i helsetjenesten er flinkere til å gå inn i lærerplanene til skolene og se litt når har de disse temaene, for alle disse temaene har de jo på skolen. Kunne vi mer ha vært et bidrag inn i skolens opplegg? Istedenfor at vi blir en sånn litt på siden og kjører våre grupper og opplegg”.

”...vi er helt avhengige av at ledelsen ved skolen støtter oss”.

Enkelte opplevde at de måtte jobbe mye for å få innpass i skolen.

”...det er jo noe vi sliter med. Jeg må jo si det, på alle skoler. Vi liksom, vi er ikke en del av skolen, så de har lett for å glemme oss, selv om jeg har vært her i så mange år...vi må jobbe veldig mye for å bli integrert...det må forankres i ledelsen, og det er ikke alltid like lett”.

At skolehelsetjenesten var plassert sentralt, gjerne i nærheten av ledelsen eller lærernes kontor hadde betydning for helsesøsters integrering i skolen. Å være tilgjengelig flest mulig dager i uken hadde også betydning for et godt samarbeid.

"...nå er jeg jo her mye, det er lettere å samarbeide og vi er fysisk, ledelsen og sosiallærer er i samme etasje som meg, så det er fysisk tilrettelagt...jeg har jobbet på andre skoler og hvor jeg har vært plassert nede i en kjeller i et annet bygg. En dag i uka, det blir jo et helt annet samarbeid".

Mange opplevde at det var vanskelig å få innpass i timene.

"Jeg får inntrykk av at lærernes tid er så skviset med fag altså at det er ikke rom for å ta et kvarter ut av skoletiden til å drive med andre ting altså. I hvert fall ikke ungdomsskolen, der er det så vidt helsesøster får drive med noe".

Når det gjaldt tverrfaglig samarbeid i skolehelsetjenesten ble det opplevd som en faglig styrke å ha noen å diskutere faglige spørsmål med og fordele oppgaver ut fra kompetanse.

"Siden fysioterapeuten er i skolehelsetjenesten og hun og jeg har et godt samarbeid, så er vi jo sammen om barna. Vi kan diskutere barna og finne ut hva er det beste, er det du eller jeg som skal fokusere her, hvem sitt arbeide er dette egentlig...så det er kjempeviktig altså".

"Etter at vi la inn ressursuken (en tverrfaglig kartleggings uke ved skolestart) så har jeg blitt mye bedre kjent med elevene før de kommer her i 2.klasse. Er mye mer obs på de barna som det er noe med".

En av informantene trakk frem at det å være flere fagpersoner i skolehelsetjenesten kunne bidra til at man fikk mer tyngde inn i ledelsen på skolen.

"Jeg tror jeg hadde hatt enda større tyngde hvis jeg kunne sagt VI i skolehelsetjenesten. Teoretisk sett så skal det være skole lege og fysioterapeut her, men det er jo jeg som, det er jo helsesøster som er tilstede og de andre har jo veldig liten tid her".

Tema 11 Tilrettelegging av skole og nærmiljø

For å fremme fysisk aktivitet og et sunt kosthold var det viktig at de fysiske rammene var tilstede. Det måtte finnes arenaer der barn kunne bevege seg i nærmiljøet, og skolen måtte være tilrettelagt slik at man kunne etablere matservering eller i det minste ha et sted å sitte og spise matpakken sin. Helsesøster savnet i mange tilfeller slike arenaer å arbeide med.

"...hvor viktig det er at vi får tid i denne salen, men den har blitt spist opp av andre idretts- altså store basketball lag og sånt. Sånn at det er veldig lite tid til barna som bor i nærmiljøet i gymsalen".

”På ungdomsskolen så har vi ikke det tilbudet om noe skikkelig spisested, så de blir henvist til ute arealer eller sånne ting”.

5.4. Et sensitivt tema

Hovedgruppe fire *Et sensitivt tema* er delt inn i to; *vanskelig å finne en innfallsvinkel og et etisk dilemma*. De fleste informantene gav tydelig uttrykk for at de opplevde dette som et sensitivt tema, noen så mye at det ble oppgitt som en av årsakene til at det ble jobbet lite med. Mange av informantene kom inn på dette uoppfordret under intervjuene, mens andre utdypet problematikken da det ble spurt om dette ble opplevd som ubehagelig eller vanskelig å arbeide med.

Tema 12 Vanskelig å finne en innfallsvinkel

Mange av informantene synes det var vanskelig å snakke om overvekt med elevene.

”Det er jo litt sånn tabubelagt. Det er vanskelig for ungene å prate om. De opplever det som nedverdiggende at de er tykke, som de sier selv, de bruker jo ordet tykk da. Jeg synes det er vanskelig å jobbe med det”.

Innfallsvinkel hadde betydning for i hvilken grad man opplevde dette som sensitivt. Enkelte var redd for at foreldrene skulle gå i forsvar. Felles for informantene som ikke opplevde dette som sensitivt var at de var tydelige på at fokuset i deres tilnærming ikke lå på vekt og kropp, men på helse.

”Det er vanskelig å ta kontakt med familien fordi jeg har sett at barnet ser tykt ut. Hvis du skjønner, å bare ta en telefon og si at, vet du, ditt barn ser litt tykt ut skal vi ta en samtale? Da kan man lett få piggene ut. Og si, unnskyld meg, men mitt barn er helt perfekt, ikke sant. Men det er bare det at vi vil så gjerne da, endre på noe, og, så det synes jeg er veldig vanskelig”.

”Nei jeg synes ikke det (er sensitivt) altså. For jeg tenker jeg har fokus på helse. Jeg snakker ikke om kropp og utseende”.

Både helsesøster og foreldrene var redde for at for mye fokus på vekt kunne fremme spiseforstyrrelser, spesielt hos ungdom.

”Altså det er jo, det er jo et tema som, som er litt vanskelig, litt ømtålig for å si det sånn. Også kanskje særlig ovenfor ungdom da. Fordi det handler jo så mye om selvfølelse. Ikke sant, hvordan du ser ut, og i ungdomstiden så er det jo enda mer fokus på det. At du skal ta deg ut og sånn. Så det å kommentere ovenfor ungdommer, vekten deres, det synes jeg er vanskelig. Men også fordi noen foreldre som har ringt og sier at de er jo redd for at barna skal få spiseforstyrrelser”.

Helsesøster opplevde at det var lettere å jobbe med overvekt på barneskolen enn på ungdomsskolen. Dette ble begrunnet med at ungdom er i en mer sensitiv fase hvor det er et stort fokus på utseende.

”Når de har begynt i ungdomsskolen så er det både vanskelig å snakke om, å si at, du jeg ser jo at du er overvektig, og er det noe vi kan hjelpe deg med? Altså det er kjempe problematisk, fordi det med en gang treffer noe som er kjempesårt”.

Det ble opplevd som lettere å ta tak i problemene hvis barnet allerede var henvist til helsesøster. Da var som oftest barnet og foreldrene motivert og man kunne bidra som en hjelper isteden for en som brydde seg i andres saker.

”Når de først er blitt henvist så er det greit, for da er det på en måte opplest og vedtatt at de er med på dette, og at foreldrene ønsker det, men at det kan være vanskelig å komme dit”.

Flere av informantene var opptatt av en naturlig innfallsvinkel i forhold til vekt og overvekt.

”...på en naturlig måte involvere helsesøster, isteden for sånn vektkontroll, det er ikke naturlig til nærming, det synes jeg ikke, men å involveres i undervisningen når dette taes opp naturlig innen mat og helsefaget”.

Tema 13 Et etisk dilemma

Enkelte av informantene beskrev dette arbeidet som et etisk dilemma mellom å bry seg om barnet og invadere familiens privat liv. Dette gjaldt både ovenfor eleven og ovenfor foreldrene.

”Så er det noe med et etiske da, det med at familien, er jo familien. Hvor mye skal man da gå inn? Hvor mye skal jeg si om at, altså jeg er veldig engstelig for den pekefingeren, ikke sant, fordi du bryr deg med, altså hvordan en familie organiserer måltidene sine, hva de spiser, alt det, det er egentlig veldig privat, og samtidig skal vi bry oss hvis vi ser at det er et barn som lider”.

5.5. Opplevelsen av tiltak

Hovedgruppe 5 *Opplevelsen av tiltak* er delt inn i fire tema; *opplevelsen av å jobbe med fysisk aktivitet, opplevelsen av å jobbe med kosthold, frustrerende med lite endring over tid og opplevelse av mening*. Informantene ble bedt om å fortelle om sin arbeidshverdag, og om de opplevde dette arbeidet som meningsfullt i forhold til andre arbeidsoppgaver.

Tema 14 Opplevelsen av å jobbe med fysisk aktivitet

Informantene i denne undersøkelsen arbeidet lite med fysisk aktivitet. Stort sett foregikk denne oppfølgingen på individnivå. Lite var satt i system, men tema ble rutinemessig nevnt muntlig på førsteklasseundersøkelsen og eventuelle andre konsultasjoner der det falt seg naturlig. Mange opplevde at dette var vanskelig å jobbe med.

”Det blir jo veldig tilfeldig da (arbeidet med fysisk aktivitet). Det er ikke noe, det er ikke i system, så det blir i forhold til den, mer enkelteleven da, på individbasis”.

”Det med fysisk aktivitet, det synes jeg er litt vanskelig å få noen sånn veldig innpass”.

Der det fantes grupper driftet av fysioterapeut hadde helsesøster mulighet til å henvise elever dit. For noen ble dette opplevd som utelukkende positivt, mens andre syntes det kunne være en utfordring å rekruttere elevene uten at det virket stigmatiserende.

”På den ene skolen min så har vi jo en gruppe, det er på psykiatrimidler da, og det er ergoterapeut og fysioterapeut som har ekstra gym heter det...så jeg blir på en måte litt sånn bindeledd...de er på skolen, veldig populært”.

”...i bydelen så har vi som jobber i skolen samarbeidet med fysioterapeutene i bydelen og har fått til, i regi av de, treningsgrupper som vi kan henvise elever på våre skoler til. Men det er en sånn bakdel med det, at det lett kan oppleves stigmatiserende”.

Tema 15 Opplevelsen av å jobbe med kosthold

Informantene i denne undersøkelsen arbeidet mer i forhold til kosthold enn fysisk aktivitet. Tema ble rutinemessig tatt opp på førsteklasseundersøkelsen og ble ellers flettet inn der det falt seg naturlig. Mange hadde etablert gruppevirksomhet på barneskolen med tema kosthold og helse. En hadde etablert et samarbeid med tannpleier for også å fokusere på tannhelse, og med fysioterapeut for å trekke inn fysisk aktivitet. Andre underviste elever klassevis, underviste lærere eller holdt presentasjoner på foreldremøter om tema helse og kosthold, frokost og matpakke samt matens næringsinnhold og barns utvikling.

”Ja, det vi har hatt i forhold til kosthold er at vi har hatt grupper med første klassingene...hvor vi da har spist frukt og grønnsaker, og så sitter vi da og snakker litt om de forskjellige typer frukt og grønnsaker, og hvorfor vi spiser det. Og så har vi hatt de samme gruppene og hatt med en tannpleier, slik at vi har knyttet det opp mot også tannhygiene”.

”Jeg er på noen foreldre møter, og så den ene skolen har mødregrupper med fremmedspråklige som ikke snakker norsk. Så det er tolker tilstede. Der har jeg vært inne i forhold til dette med kost, rutiner, ja, hva er vanlig for en norsk mor kontra når det gjelder barnet om morgenen, påkledning, frokost, skolemat, sånne ting”.

På barneskolen var man opptatt av å starte opp med informasjonen tidlig.

”Det vi prøver når det gjelder kosthold er å fokusere på kosthold så tidlig som mulig slik at vi prøver å gi foreldrene forståelsen av at et godt kosthold tidlig har mye å si for utviklingen”.

Flere av informantene opplevde at det var viktig å komme inn i undervisningen når skolen hadde dette på sin lærerplan eller i mat og helse faget.

”... første til tredje trinn så har de dratt inn skolehelsetjenesten når de i lærerplanen kommer inn på kosthold for eksempel. Så drar de inn meg og så har jeg en times undervisning. Kjempeåltreit”.

Det var generelt mindre fokus på kosthold og fysisk aktivitet på ungdomsskolen enn på barneskolen. Dette ble begrunnet med at temaene i veilederen var mer frie, og at man valgte å fokusere mer på psykososiale problemer, prevensjon og rus.

”Det er ikke et tema, for nei, ikke for min del. Fordi det er et helt annet fokus. Min tid går med mye på individuelle samtaler med elever som har problemer av forskjellig art, psykiske som regel. Og så er det pubertet, seksualitet, rusproblematikk...”

”Det står at du skal ha grupper i åttende klasse og i tiende klasse. Og der står det ramset opp temaer. Så det er på en måte veldig opp til oss hva vi vil prioritere. Det er vel kanskje særlig på barneskolen at det med kosthold og aktivitet er temaer”.

Tema 16 Frustrerende med liten endring over tid

Informantene opplevde at til tross for tiltak og tett oppfølging over tid var det mange av elevene som ikke lyktes med å bremse vektutviklingen. Opplevelsen av at tiltak ikke nyttet førte til frustrasjon for mange, og man var usikker på hvordan man skulle gripe an problemet.

”...det er et spennende og viktig tema å jobbe med, men det er også frustrerende for vi synes at det skal så utrolig mye til før vi ser at det hjelper, altså vi føler at vi har fått en profil på skolen hvor det er sunt kosthold og at lærerne har fokus på det og at mange elever kan mye om det, men likevel er det mange barn som er overvektige”.

”...prøver å følge opp så godt vi kan, og det synes jeg er ganske nedslående egentlig...de går opp i vekt. Og ofte er det veldig sammensatte problemer. Så jeg ender opp med mange av disse barna, mange ender jeg opp med å snakke om helt andre ting som jeg ser er viktigere for dem på en måte, sliter med ting på hjemmebane, mobbing, erting, at de føler seg utenfor i venneflokket”.

Tema 17 Opplevelsen av mening

Helsesøster ble spurt om hun opplevde dette arbeidet som meningsfullt i forhold til alle de andre oppgavene hun også utfører i det daglige. Alle opplevde det som meningsfullt, men noen mente det var viktig at man ikke så dette isolert, og at det måtte integreres naturlig inn i øvrig undervisning for ikke å virke moraliserende.

”Det er meningsfullt, men det er som en del av et større hele. Hvis du tenker en unge som er overvektig, så er det ikke bare maten og aktiviteten, det er mye mer...må ta en total vurdering av ungen og familien, snakke med foreldrene, høre hva det er”.

Enkelte reflekterte over at dette var et viktig tema som hadde lite fokus i hverdagen. Noen følte på dårlig samvittighet for ikke å prioritere dette høyere.

”Når jeg så tema og tenkte at vi skal bli spurt om det med kosthold og fysisk aktivitet, så er det jo sånn, altså, jeg tenker at man har liksom litt dårlig samvittighet for det. Fordi jeg ikke, kanskje bruker mer tid på det i forhold til andre ting, hvertfall på ungdomsskolen. Men jeg tenker det er et så viktig tema, det henger sammen med psykisk helse og alt det andre som ungdommen kan streve med. Så jeg skulle gjerne hatt mer fokus på det”.

I løpet av de siste årene har interessen rundt problematikken vært økende. ”Stor og sterk prosjektet” er etablert på Ullevål sykehus, og har gjort det mulig for helsesøstre å henvise elever samt å delta på faglige temasamlinger. Alt dette har gjort at det ble opplevd som lettere å jobbe med nå enn tidligere.

”Så jeg føler det er, altså vi har et mye bedre opplegg nå da, for de som virkelig er overvektige, og vi har mer og tilby. Så det synes jeg har endret seg. Før synes jeg vi satt mye alene og det var, det var tungt altså. Man hadde liksom ikke noen å spille på....nå har vi et sted å henvise de, og samarbeidspartnere som jeg synes er veldig ålreit altså. Så det synes jeg er en stor forandring”.

Helsesøster opplevde at arbeidet med kosthold var morsomt å jobbe med.

”Kan jo bare si at dette har vært morsomt å jobbe med” (kosthold).

6 DISKUSJON

6.1. Opplevelsen av egen rolle

I denne undersøkelsen kom det tydelig frem at opplevelsen av egen rolle i forhold til å forebygge overvekt samsvarte med opplevelsen av problemet på egen skole / i egen bydel. På de skolene der helsesøster opplevde at overvekt var et problem, så helsesøster at hun hadde en større rolle og hadde satt i gang flere tiltak, enn på de skolene der dette ikke ble opplevd som et problem. Tilsvarende har helsesøster satt i gang flere primærforebyggende tiltak på de skolene der overvekt ble opplevd som et problem, enn på de skolene der det ikke var tilfelle. Her ble tiltak først satt inn etter at eleven var henvist. I lys av Antonovskys teori om salutogenese og SOC er begripelighet; opplevelsen av problemet og den kognitive forståelsen av årsaken svært viktig for i det hele tatt å kunne komme i gang med en intervensjon (39). Helsesøster opplevde at overvekt var et større problem i bydelene som lå på østkanten og til dels i sentrum enn på vestkanten av byen. Redusert hverdagsaktivitet og økt forbruk av hurtigmat ble nevnt som to av de viktigste årsakene til denne utviklingen. Også familiens nasjonalitet og foreldrenes sosioøkonomiske status ble relatert til barnas overvekt. Alt dette stemmer godt overens med Kumar og Liens forskning som viser at forekomsten av overvekt varierer med sosioøkonomiske faktorer i Oslo, og at bosettingsmønsteret er fordelt slik at det er flere med lavere sosioøkonomisk status på østkanten enn på vestkanten av Oslo (10).

Skillet mellom helsefremmende og forebyggende arbeid kom ikke like tydelig frem hos informantene som i teorien (36). Tiltakene fysisk aktivitet og kosthold kan brukes i begge sammenhenger. Måltrettet fysisk aktivitet eller kostholdsveiledning på individnivå vil være aktuelt på konsultasjoner der barnet allerede har utviklet en overvekt, altså sekundærforebyggende tiltak. Fokus på aktivitet og kosthold vil være like viktige tiltak dersom man ønsker å skape en helsefremmende skole med fokus på trivsel og mestring. Informantene bar preg av å ha en innfallsvinkel med fokus på empowerment. Dette kom tydelig frem da de beskrev skolehelsetjenestens viktigste rolle som et lavterskeltilbud med åpen dør for alle. Empowerment ble beskrevet som noe av det viktigste både på barneskolen og på ungdomsskolen. Spesielt på ungdomsskolen var man opptatt av å fremme elevenes mulighet til å utnytte eget potensialet, mens man på barneskolen var opptatt av at barna skal bli hørt og involvert, men samtidig at foreldrene er nøkkelpersoner for å få til en endring. I begge aldersgrupper opplevde helsesøster at årsaken til overvekt også kunne være relatert til psykososiale forhold, og at man derfor trengte en bredere tilnærming enn kun å fokusere på kosthold og fysisk aktivitet. At overvektige barn sliter mer sosialt enn normalvektige er dokumentert i nordiske studier (8,10). Garby og kollegaer har i en svensk undersøkelse vist at overvektige barn oftere blir mobbet på skolen enn normalvektige (8), mens Kumar og Lien har funnet at overvektige jenter i Oslo rapporterer mer psykiske plager enn normalvektige (10). Dette samsvarer med informantenes opplevelse av problemet. Samtidig trakk de frem at de var usikre på om overvekten var årsaken til problemene, eller om problemer hjemme eller på skolen skapte stress, trøstespising og overvekt.

Det var delte meninger om skolehelsetjenesten hadde en rolle som primær- eller sekundærforebygger i denne undersøkelsen. I likhet med HEFRES evalueringen (29) var det spesielt mangel på tid som gjorde at enkelte av informantene mente at dette måtte være skolens oppgave. De begrunnet også dette med at lærerne traff elevene i den daglige undervisningen, og hadde større mulighet til å påvirke elevene i hverdagen. De fleste av informantene arbeidet likevel med primærforebygging gjennom førsteklasseundersøkelsen, men det meste som ble satt i gang av øvrige tiltak handlet om allerede henviste elever. De informantene som mente at skolehelsetjenesten hadde større potensialet til å jobbe med helsefremmende arbeid enn det man gjorde pr. i dag, mente dette måtte skje på systemnivå. I samsvar med Hauge og kollegaer handlet dette om å tilrettelegge strukturelle rammefaktorer på skolen (36). Flere av informantene trakk frem sunnere kantinemat som et eksempel på helsefremmende arbeid på systemnivå som de ønsket å involvere seg mer i.

Whitehead og kollegaer hevder det finnes lite litteratur på helsesøsters rolle i ”den helsefremmende skolebevegelsen”, og at helsesøster fokuserer for mye på tradisjonelle forebyggende oppgaver som vaksinasjon, individuell oppfølging og helseopplysning (35). Dette stemte overens med informantenes beskrivelse av egen hverdag og innsatsområder. Whitehead hevder videre at tradisjonelt forebyggende arbeid gjennom helseundervisning er mindre effektivt på elevenes holdninger og atferd enn å integrere helseinformasjon på en naturlig måte i læresituasjonen (35). Informantene berørte denne problemstillingen gjennom intervjuene. Flere ønsket en mer naturlig tilnærming ved at man isteden for å trekke elevene ut av undervisningen kunne ha integrert tema inn i fag der det falt seg naturlig som for eksempel samarbeide med skolen om ”mat og helsefaget”. Det kom frem at det var ønskelig å jobbe mer helsefremmende, det var ønskelig å jobbe mer på systemnivå på skolen og det var ønskelig å jobbe mer med fysisk aktivitet og kosthold.

6.2. Utfordringer og viktige faktorer for suksess

Mangel på tid

Det viste seg at det aller viktigste som skal til er at helsesøster får mer tid på skolen. Helsesøster var for lite på skolen og hadde for mange elever å forholde seg til. Mangel på tid gjorde at arbeidet med kosthold og fysisk aktivitet ble prioritert vekk til fordel for andre oppgaver som var bedre spesifisert i det anbefalte programmet for skolehelsetjenesten 5-20 år. Man prioriterte først ”må-oppgaver”, og deretter, hvis det var tid igjen kunne man prioritere andre oppgaver. I hvilken grad fysisk aktivitet og kosthold ble prioritert hang også sammen med konkrete prioriteringer i årsplaner eller virksomhetsplaner for helsesøstergruppa i de ulike bydelene. For at man skulle prioritere disse oppgavene var det viktig med en felles plan med innsatsområder. Tidsbrist ble også nevnt som den viktigste årsaken til at helsesøster ofte først kom inn med sekundærforebyggende tiltak på individnivå. Å arbeide med helsefremmende tiltak på systemnivå på skolen var ønskelig, men for mange umulig å gjennomføre på grunn av liten tid.

Sett i lys av Anotnovskys SOC kan det se ut til at tidsbrist påvirker helsesøsters håndterbarhet (39). Helsesøster opplevde ikke en hensiktsmessig belastningsbalanse i hverdagen, noe som resulterte i at hun måtte ta tøffe prioriteringer. Informantene beskrev at arbeidet med fysisk aktivitet og kosthold tapte til fordel for akutte oppgaver, eller andre oppgaver som var bedre spesifisert i veilederen.

Samarbeid med skolen

Et samarbeid mellom skolen og helsetjenesten kan karakteriseres som intersektorielt (40). Ulikt regelverk, årsplaner, og ledelse er faktorer som kan hemme et intersektorielt samarbeid mellom skolen og skolehelsetjenesten (40). Dette ble bekreftet av informantene som poengterte at det var viktig å legge de strukturelle rammene til rette; samlokalisering, økt tilgjengelighet og samsvar i mål og øvrige føringer.

Enkelte av informantene opplevde at samarbeidet med skolen var en utfordring. De opplevde at de måtte jobbe mye for å få innpass i ledelsen eller få lov til å bruke av elevenes tid. Flere nevnte viktigheten av å involvere seg i skolens årsplaner, personalmøter og samarbeide om undervisningen på de temaene der dette falt seg naturlig. I denne undersøkelsen hadde lokalisering av skolehelsetjenesten betydning for om helsesøster følte seg integrert i skolen eller ikke. Å være plassert lite sentralt i skolen gjorde at tjenesten ble opplevd som anonym og lite tilgjengelig for elevene og lærerne. Dette samsvarer med evalueringen av det norske HEFRES prosjektet (16). I HEFRES evalueringen kommer det også frem at manglende tidsressurser i forhold til oppgavene er et problem for å etablere et samarbeid med skolen.

Whitehead og kollegaer hevder at skolehelsetjenesten må tenke nytt for å kunne jobbe mer helsefremmende og foreslår to modeller for en ny organisering (35). Den første innebærer at skolehelsesøster fysisk flyttes med kontor på helsestasjonen i kommunen. Med en slik organisering hevder hun at skolehelsetjenesten vil kunne få et bredere perspektiv med større fokus på familie og øvrige arenaer som elevene oppholder seg på i hverdagen. I den andre modellen sitter helsesøster med kontor på skolen, organisert under skolen med rektor som leder. Hun engasjerer seg mindre i tradisjonelle forebyggende og individrettede aktiviteter, og langt sterkere med helsefremmende aktiviteter på skolen. Enkelte av informantene reflekterte rundt dette med organisering. Redsel for å bli dratt inn i den daglige travelheten i skolen, for eksempel ved at rektor skulle kunne beordre helsesøster til å ta vikartimer, var en av de sterkeste argumentene mot å bli organisert inn i skolen. Samtidig kom det frem at sosiallærer på skolen ikke behøvde å ta vikartimer, og at det derfor kunne handle om å definere arbeidsoppgavene sine tydelig. Et annet argument mot å bli organisert inn i skolen var at skolehelsetjenestens arbeid i stor grad bygger videre på arbeidet som utføres på helsestasjonen. En organisering inn i skolen vil kunne bryte denne kontinuiteten. På en annen side viste denne undersøkelsen av flere av informantene opplevde at de hadde en ensom jobb og var lite integrert i miljøet på skolen. Men det kom tydelig frem at dette ofte var relatert til lokalisering av skolehelsetjenesten, og ikke minst var personavhengig.

Tverrfaglig samarbeid

Et samarbeid med andre yrkesgrupper i skolehelsetjenesten kan karakteriseres som tverrfaglig eller interprofesjonelt (40). Lauvås og Lauvås hevder at tverrfaglig samarbeid styrker kvaliteten i arbeidet fordi den samlede fagkunnskapen kan utnyttes på en best mulig måte (42). Dette ble bekreftet i denne undersøkelsen gjennom et spesielt godt eksempel på tverrfaglig samarbeid som en av informantene kalte for ressursuke. Elevene gjennomførte ulike aktiviteter én uke ved skolestart mens de ble observert av et tverrfaglig team bestående av helsesøster, fysioterapeut, ergoterapeut og logoped i tillegg til lærerne. De ulike yrkesgruppene hadde ulikt fokus ut fra sin spesielle kompetanse. Barna scoret poeng ut fra ferdigheter og resultatene ble diskutert i det tverrfaglige teamet og var grunnlaget for eventuell individuell oppfølging videre. Ressursuken ble beskrevet som spesielt viktig fordi man hadde en mulighet til å diskutere og prioritere eventuelle problemstillinger i teamet.

Informantene beskrev det tverrfaglige samarbeidet i skolehelsetjenesten som viktig for å utnytte ressursene best mulig. Selv om tidsbrist var det aller viktigste forbedringspotensialet, ble det uttrykt et ønske om å arbeide mer tverrfaglig i skolehelsetjenesten, spesielt med fysioterapeut. Å kunne dele på oppgavene i en travel hverdag, fordele oppgaver etter faglig kompetanse og ha noen å diskutere faglige spørsmål med ble vurdert som særlig viktig i denne sammenheng. Sett i lys av håndterbarhets begrepet i SOC (39) vil faglig og sosial støtte og avlastning fra andre yrkesgrupper kunne bidra til en høyere håndterbarhet.

Vekt er et sensitivt tema

I denne undersøkelsen varierte det hvordan helsesøster opplevde det å arbeide med de overvektige elevene, og det å måle vekt av elevene generelt. Noen syntes det var svært sensitivt og fortalte at elevene oppfattet det ubehagelig. Disse informantene fortalte at de var redd for å såre elevene, skape dårlig selvtillit og i verste fall provosere frem spiseforstyrrelser ved å fokusere på vekt, og de valgte derfor å ikke veie elevene. Dette til tross for at undersøkelser ikke har kunnet påvise at det å veie elevene har betydning for utviklingen av spiseforstyrrelser (48). Andre gjorde vekt og høydemålinger til en naturlig del av helsekontrollen i 1.klasse, og enkelte tok vekt og høyde jevnt gjennom hele skoletiden. Disse informantene fortalte at de i samtale fokuserte på helseperspektivet isteden for vekten, og at de opplevde at det bidro til å gjøre dette mindre sensitivt. Å veie barna ble generelt beskrevet som lettere på barneskolen enn på ungdomsskolen fordi de yngre barna reflekterte mindre, og generelt hadde et mindre fokus på kropp og utseende. I anbefalt program for skolehelsetjenesten 5-20 år i Veilederen til forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten skisseres rutinemessig høydemåling på første trinn, tredje trinn og syvende trinn (33). Måling av vekt står ikke nevnt i dette programmet, og det er derfor opp til den enkelte helsesøster hvor ofte hun ønsker å måle dette.

Enkelte av informantene opplevde arbeidet med de overvektige elevene vanskelig også i forhold til foreldrene, fordi man ikke ønsket å invadere familiens privatliv ved å kommentere vaner i forhold til kosthold og fysisk aktivitet. Flere fortalte at dette kunne føre til at foreldrene gikk i forsvar, noe de synes var vanskelig å forholde seg til. I følge Barnekonvensjonens artikkel 24c har primærhelsetjenesten et ansvar for at barnet nyter godt av den *høyest oppnåelige helsestandard*, blant annet ved at barnet tilbys *tilstrekkelig næringsrike matvarer* (17). Informantene beskrev dette som et etisk dilemma mellom forpliktelsen de hadde ovenfor barnet og det å bevege seg inn i det de opplevde som privat.

I 2006 fikk Kunnskapssenteret for helsetjenesten i oppdrag fra den gang Sosial- og helsedirektoratet å oppsummere relevant forskning om effekt av høyde og vektmålinger knyttet til problemet overvekt og fedme hos barn. Denne kunnskapsoppsummeringen er med å danne beslutningsgrunnlaget for nye retningslinjer for måling av høyde og vekt i helsestasjons- og skolehelsetjenesten som i disse dager er ute på høring.

Kunnskapssenteret gjennomførte en systematisk litteraturstudie. Resultatene viste at man ikke kan avgjøre om måling av vekt og høyde har noen annen effekt på overvekt, undervekt eller spiseforstyrrelser enn å oppdage avvik fra normal vekstkurve og overvåke vekstutvikling. Selvrapportert høyde og vekt gir store feil. Når ungdom selv rapporterer høyde og vekt overdriver de høyde og oppgir for lav vekt. Man fant ingen indikasjon på hvilket tidspunkt og hvor ofte barn og unge bør måles (48).

Det sterkeste argumentet for å måle høyde og vekt med jevne frekvenser er at man vil få viktige data som vil avdekke vekstproblemer og overvåke barn og unges vekstutvikling over tid (48). Denne undersøkelsen viser at et annet argument er at helsesøster vil få en innfallsvinkel til å følge opp de elevene som har et vektproblem. Det kommer frem at innfallsvinkel var et problem da det ble opplevd som vanskelig å starte en slik samtale. Med obligatoriske målinger som skal gjelde for alle vil dette problemet elimineres, og ved at dette defineres som en må-oppgave vil det kunne føre til at fagpersoner vil få et større fokus på vekt og uhelse.

6.3. Opplevelsen av å arbeide med fysisk aktivitet og kosthold

Fysisk aktivitet

Denne undersøkelsen viste at helsesøster opplevde det som vanskelig å få innpass og gjøre noe selv i forhold til fysisk aktivitet. Arbeidet med fysisk aktivitet var generelt lite satt i system. Det ble derfor ansett som spesielt viktig å etablere tverrfaglig samarbeid i skolehelsetjenesten, og fysioterapeut var den faggruppen helsesøster spesielt ønsket seg et tettere samarbeid med. I tråd med Lauvås og Lauvås ble dette begrunnet med at det å kunne dele på oppgaver ut fra kompetanse styrket kvaliteten i arbeidet, og at man fikk til flere tiltak ved å fordele på oppgavene (42).

Informantene trakk også frem at for å fremme fysisk aktivitet blant barn og unge var det viktig at det fantes tilrettelagte skolegårder, lekeplasser, idrettshaller og tilbud til barn og unge i elevenes nærmiljø. Dette støttes opp av forskning som viser at skolegårdens

utforming har betydning for elevenes utvikling av motoriske ferdigheter og deltakelse i fysisk aktivitet (24). Ved å tilby skolegårder og lekeplasser med variert utforming vil man kunne stimulere også de som ikke tiltrekkes av tradisjonelt ballspill og andre organiserte aktiviteter til å bevege seg (22-24).

Kosthold

Når det gjaldt kosthold var flere av informantene aktive både med gruppevirksomhet, klasseundervisning og informasjon til lærere og foreldre. Spesielt gruppevirksomhet hvor man aktiviserte elevene opplevde informantene i denne undersøkelsen meningsfullt og tidsbesparende. Viktigheten av tilgjengelighet til sunn mat på skolen er godt dokumentert (25,26). Informantene i denne undersøkelsen påpekte at skolenes fysiske rammer ikke var utformet for å fremme et sunt kosthold. Mangel på areal til å etablere kantine, mangel på et sted å sitte og spise inne for de større barna som ikke satt i klasserommet med tilsyn av lærer, og usunn kantinemat var eksempler som gikk igjen. Informantene opplevde også at innholdet i kantenen på de skolene som hadde dette jevnt over var usunt, og at skolene i liten grad fulgte opp retningslinjene for skolemåltidet i forbindelse med kantinedrift. Empowerment på systemnivå handler om å tilrettelegge strukturelle rammefaktorer (36). På individnivå handler det om at mennesker selv har kunnskap som hjelper dem å fremme egen helse (36). Informantene i denne undersøkelsen ønsket å samarbeide mer med skolene om ”mat og helsefaget” og å involvere seg i innholdet i kantinematen. For at de skulle kunne involvere seg mer på systemnivå med slike helsefremmende aktiviteter mente de det var nødvendig at de strukturelle rammefaktorene var lagt bedre til rette.

Opplevelse av mening

Informantene opplevde fysisk aktivitet og kosthold som meningsfulle innsatsområder å jobbe med, og hadde generelt dårlig samvittighet fordi man arbeidet lite med dette i dag. I følge Antonovsky er det motiverende element sterkest i SOC (39). Det er derfor svært positivt at helsesøster var motivert for å arbeide med kosthold og fysisk aktivitet. Flere av informantene opplevde likevel overvekt som et tungt og frustrerende felt å arbeide med, fordi det skjedde liten endring hos det enkelte barn til tross for stor innsats over lengre tid. Familien ble trukket frem som avgjørende for å få til en endring hos eleven. Hele familien måtte involveres for at tiltak skulle ha effekt. Det var vanskelig å endre livsstil, og for eleven var det spesielt viktig med solidaritet og støtte fra familien. Helsesøster var tydelig på at det var foreldrene som hadde hovedansvaret, og at hennes rolle var å bistå med råd og veiledning. Klepp og medarbeidere bekrefter i sin undersøkelse betydningen av å ha foreldrene på lag ved at de vektla foreldrene både i kartleggingsundersøkelsen og intervensjons delen av sitt studie (25).

6.4. Metodekritikk

Dette studiet er en kvalitativ undersøkelse av hvordan helsesøstere i skolehelsetjenesten i Oslo opplever sin rolle, sine muligheter og begrensinger til å fremme fysisk aktivitet og et sunt kosthold blant barn og unge. Det er brukt individuelle intervju med ni informanter og materialet er analysert ved hjelp av innholdsanalyse etter Graneheims modell (46). Kvalitativ metode egner seg godt til å besvare en slik problemstilling da det var ønskelig å få frem informantenes opplevelse av fenomenet (45). Ved å velge intervju får forskeren muligheten til å gå i dybden i samtalen. Nettopp fordi det var ønskelig å få frem informantenes hverdagsverden var intervju den beste datainnsamlingsmetoden.

En svakhet ved studien kan være at jeg bare har fått intervjuet ni informanter. Det var i utgangspunktet ønskelig med minimum ti informanter, eventuelt mer dersom man opplevde at materialet ikke var ”mettet”. Det var imidlertid vanskelig å få rekruttert informanter fordi mange av de spurte fortalte at de ikke kunne ta seg tid til dette. Etter som jeg analyserte materialet så jeg imidlertid at flere og flere meninger gjentok seg og at materialet virket mettet. Men man kan aldri vite om det hadde dukket opp flere meninger med flere informanter involvert i studien.

Seleksjonsskjevhet oppstår når utvalget ikke er representativt for den gruppen en skal undersøke (47). Nettopp fordi det var vanskelig å rekruttere informanter kan det tenkes at de som stilte var spesielt opptatt av dette tema og derfor hadde en annen opplevelse av problemet enn eventuelle andre informanter som ikke tok seg tid.

Alle informantene var ansatt i Oslo kommune. Kommunen skiller seg noe ut på landsbasis i forhold til sin størrelse, befolkningstetthet, store sosioøkonomiske ulikheter mellom øst og vest, og en kompleks organiseringen av det kommunale systemet. En svakhet kan være at forholdene i Oslo ikke speiles i andre, mindre kommuner i Norge, og at andre helsesøstere derfor ikke kjenner seg igjen i studien. Dette kan påvirke studiens eksterne validitet. På en annen side er det ikke nødvendigvis slik at helsesøster har bedre tid og at ting fungerer bedre i mindre kommuner i Norge. Det er derfor sannsynlig at helsesøstere utenfor Oslo kjenner seg igjen i refleksjonene til disse ni informantene.

Når det gjelder begrepsvaliditet knytter dette seg til i hvilken grad funnene i undersøkelsen representerer formålet med studien (47). Hensikten med studien har vært førende under hele prosessen; valg av metode, utarbeidelse av intervjuguide og i analyseprosessen i forhold til formulering av tema og hovedgrupper. Validiteten styrkes ved å bekrefte funn og påstander ved direkte sitater i teksten som er gjort under resultatdelen.

Forskerrollen har betydning for studiens reliabilitet. I kvalitativ metode bruker forskeren seg selv som instrument (45). Det at forskeren i dette tilfellet har en annen utdanning enn informantene kan ha påvirket studien. Det er derfor lagt stor vekt på å formidle informantenes egen opplevelse av fenomenene, og beskrive hvilke spørsmål de har besvart under resultatdelen. Forskerens egne refleksjoner kommer først inn under

drøftingsdelen. Da folkehelsearbeid er et multidisiplinært fagfelt bør problemstillingen kunne utforskes på tvers av yrkesgrupper. Det kan også være en styrke at man ser tema utenifra.

Målet med dette studiet er å bidra med kunnskap om hva skolehelsesøster mener skal til for at skolehelsetjenesten skal kunne bidra med mulig hensiktsmessig for å fremme fysisk aktivitet og et sunt kosthold for barn og unge. Det er også behov for å utforske dette hos andre relevante yrkesgrupper. Lærere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, ernæringsfysiologer og idrettspedagoger kan være aktuelle yrkesgrupper å spørre, men også de som legger føringene for kommunale budsjetter, kommunens administrasjon, rektorer og politikere. Hvor villige er de til å satse på en helsefremmende skole?

7 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

Denne undersøkelsen viser at helsesøster i skolehelsetjenesten i Oslo opplever at hun har en sentral rolle i forhold til å forebygge overvekt hos elevene, og at tiltakene fysisk aktivitet og kosthold oppleves som viktige i denne sammenheng. Tidsbrist løftes frem som den viktigste årsaken til at dette arbeidet ikke prioriteres, men også et tettere samarbeid med skolen, tverrfaglighet i skolehelsetjenesten og et systematisk planarbeid beskrives som viktig. Spesielt fysioterapeut er en ettertraktet samarbeidspartner.

Helsesøster arbeider for det meste med sekundærforebyggende tiltak på individnivå når det gjelder overvekt, men skulle ønske at hun hadde kapasitet til å arbeide mer med helsefremmende tiltak på systemnivå på skolen. Kantinen og ”mat og helsefaget” nevnes som to arenaer hun kunne tenke seg å involvere seg mer i.

Vekt og overvekt oppleves av de fleste som sensitivt. Spesielt vanskelig er det å finne en innfallsvinkel i forhold til overvektsproblemet når elevene ikke veies, og da særlig på ungdomsskolen. Det er svært ulik praksis på om og når barna veies på skolen. Nye retningslinjer for vekt og høydemåling kan gi helsesøster en innfallsvinkel for å ta tak i denne problematikken.

Anbefalinger

Det viktigste som skal til for at skolehelsetjenesten skal kunne arbeide mer med overvekt, fysisk aktivitet og kosthold er at;

- Helsesøster får mer tid på skolen per elev.
- Skolehelsetjenesten blir mer tverrfaglig. Spesielt er det viktig med flere fysioterapeuter, men også andre yrkesgrupper som ergoterapeut, tannpleier og ernæringsfysiolog nevnes av informantene i denne undersøkelsen.
- For å få gjennomført tiltak på systemnivå er det viktig at samarbeidet med skolen fungerer bra, og at skolehelsetjenesten er godt integrert i skolen. Lokalisering av skolehelsetjenesten, tilgjengelighet, å ha ledelsen på lag, felles årsplanlegging og samarbeid om fag / tema er viktig for å få til dette.
- Konkrete målsettinger i årsplaner for helsesøstergruppa i bydelene har betydning for om dette arbeidet blir prioritert.
- Det er viktig at det finnes helsefremmende arenaer i barnas hverdagsverden som skolehelsetjenesten kan spille videre på. Skolens fysiske utforming inne og ute, familien og aktiviteter / arenaer i nærmiljøet nevnes som de viktigste.
- Helsesøster opplever vekt som sensitivt. Nasjonale retningslinjer for måling av vekt og høyde kan bidra til at skolehelsetjenesten får en naturlig innfallsvinkel for de elevene som trenger oppfølging, samtidig som det sikrer viktige epidemiologiske data.

For at skolehelsetjenesten skal kunne arbeide mer med dette er det av sentral betydning at anbefalingene over følges opp både lokalt i kommunene og nasjonalt med økt satsing på skolehelsetjenesten.

8 REFERANSER

(1) WHO. Prevalence of excess body weight and obesity in children and adolescent. Fact Sheet No. 2.3 May 2007.

http://www.euro.who.int/Document/EHI/ENHIS_Factsheet_2_3.pdf (august, 2008).

(2) The Challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Copenhagen: World Health Organization, Europe; c2007.

(3) Nordisk Ministerråd. Et bedre liv for børn og unge gennem mad og motion : Nordisk katalog over initiativer og Best Practice for bedre sundhed og livskvalitet gennem mad og fysisk aktivitet. 2007.

(4) Kautiainen S. Trends in adolescent overweight and obesity in the Nordic countries. SCAND J NUTR 2005 03;49(1):4-14.

(5) Folkehelseinstituttet. Overvekt og fedme hos barn og unge. Faktaark.

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=Area_5774&MainArea_5661=5631:0:15,4586:1:0:0:::0:0&MainLeft_5631=5774:0:15,4586:1:0:0:::0:0&Area_5774=5544:70852::1:5776:1:::0:0 (november, 2008).

(6) Sosial- og helsedirektoratet, Avd. AKD. Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren. 2007.

(7) Vilimas K, Glavin K, Donovan M. Overvekt hos åtte - og 12-åringer i Oslo i 2004. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125:3088-9.

(8) Garmy P, Sivberg B. Overweight and lifestyle in ten-year-old children. VÅRD I NORDEN 2007; 27(1): 27-30.

(9) Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2004.

(10) Lien N, Kumar B, Lien L. Overvekt blant ungdom i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 2007;127:2254-8.

(11) Jùliusson PB, Bjerknes R. Hvordan skal vi måle og definere overvekt og fedme hos barn og unge? Pediatrisk Endokrinologi 2004;18: 24-30.

(12) Jùliusson PB, Roelants M, Eide G. Vekstkurver for norske barn. Tidsskr Nor Lægeforen 2009;129:281-6.

(13) Nordisk Ministerråd. Et bedre liv gjennom mad og motion: nordisk handlingsplan for bedre sundhed og livskvalitet gjennom mad og fysisk aktivitet. København: Nordisk Ministerråd; 2006.

- (14) Statistisk sentralbyrå Norge. Helseregnskap 1997-2007. (<http://www.ssb.no/emner/09/01/helsesat/> (januar, 2009)).
- (15) Helsedepartementet. Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. [Oslo]: Departementet; 2007.
- (16) Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 survey. Geneve: WHO; 2008.
- (17) Barnekonvensjonen. Oslo: Barne- og familiedepartementet; 1991.
- (18) Handeland M, Hjelmæsæth J. Fedmeepedimien- vi må begynne med barna. Tidsskr Nor Lægeforen. 2009;129:12:12.
- (19) Development of a who global strategy on diet, physical activity and health : European regional consultation: report on the consultation, Copenhagen, 2-4 April 2003. København: WHO; 2003.
- (20) Oppskrift for et sunnere kosthold: handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011). Oslo: Departementene; 2007.
- (21) Sammen for fysisk aktivitet. [Oslo]: Helse- og omsorgsdepartementet; 2004.
- (22) Dymont JE, Bell AC. Grounds for movement: green school grounds as sites for promoting physical activity. Health Educ.Res. 2008 12;23(6):952-962.
- (23) Boldemann C, Blennow M, Dal H, Mårtensson F, Raustorp A, Yuen K, et al. Impact of preschool environment upon children's physical activity and sun exposure. Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory 2006 Apr;42(4):301-308.
- (24) Fjortoft I, Gundersen KA. Promoting motor learning in young children through landscapes. In: Liukkonen J, Vanden Auweele Y, Vereijken B, Alfermann D, Theodorakis Y, editors. Psychology for physical educators: Student in focus (2nd ed.). Champaign, IL, US: Human Kinetics; 2007. p. 201-218.
- (25) Klepp K, Rodrigo CP, Thorsdottir I, Due P, de Almeida MDV, Elmadfa I, et al. Promoting and sustaining health through increased vegetable and fruit consumption among European schoolchildren: The Pro Children Project. Journal of Public Health 2005 Mar;13(2):97-101.
- (26) de Dicastillo O. Promotion of physical activity and healthy food choices was hampered by competitiveness, lack of quality food, easy access to non-nutritious food, and time constraints. EVID BASED NURS 2004 10;7(4):123-123.
- (27) WHO. Ottawa charteret om helsefremmende arbeid (Ottawa charter for health promotion). [Oslo]: Helsedirektoratet; 1987.

(28) St.meld.nr. 16 (2002-2003), Resept for et sunnere Norge: folkehelsepolitikken. Oslo: Det Konglige Helsedepartementet; 2003.

(29) Hjälmhult E, Wold B, Samdal O. School health services and health promotion: collaboration [sic] between school nurses and teachers in the Norwegian schools in European Network of Health Promoting Schools [Norwegian]. VÅRD I NORDEN 2002;22(1):42-46.

(30) Helsedirektoratet. Retningslinjer for skolemåltidet i grunnskolen og videregående skole. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-0048_1192a.pdf (november, 2008).

(31) Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo: Statens helsetilsyn; 1998.

(32) Norge. Lov 1982-11-19 nr 66: Lov om helsetjenesten i kommunene. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2005.

(33) Sosial- og helsedirektoratet. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten: veileder til forskrift av 3. april 2003 nr 450. Oslo: Direktoratet; 2004.

(34) Helse- og velferdsetaten, Oslo kommune. Bedre helse for flere i Oslo. Folkehelseplan for Oslo 2005-2008. [http://www.helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/helse-%20og%20velferdsetaten%20\(HEV\)/Internett%20\(HEV\)/Dokumenter/dokument/folkehelse/Folkehelseplan_for_Oslo_220506.pdf](http://www.helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/helse-%20og%20velferdsetaten%20(HEV)/Internett%20(HEV)/Dokumenter/dokument/folkehelse/Folkehelseplan_for_Oslo_220506.pdf) (august, 2008) .

(35) Whitehead D. The health-promoting school: What role for nursing? J.Clin.Nurs. 2006 Mar;15(3):364-371.

(36) Hauge HA, Mittelmark MB. Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog? Bergen: Fagbokforl.; 2003.

(37) Hanson A. Hälsopromotion i arbetslivet. Lund: Studentlitteratur; 2004.

(38) World Health Organization. Bangkok-charter 2005: Deltakere på den 6. globale konferansen om folkehelse.

(39) Antonovsky A. Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask. København: Hans Reitzel Forlag; 2000.

(40) Axelsson R, Bihari Axelsson S. Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer. [Lund]: Studentlitteratur; 2007.

(41) Tones K. Health promotion: effectiveness, efficiency, and equity. Cheltenham, UK: Nelson Thornes; 2001.

- (42) Lauvås K. Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi. Oslo: Universitetsforl.; 2004.
- (43) Dalland O. Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.
- (44) Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforl.; 2003.
- (45) Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad notam Gyldendal; 1997.
- (46) Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ.Today 2004 Feb;24(2):pp.105-112.
- (47) Johannessen A. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Abstrakt forl.; 2006.
- (48) Seierstad A. Høyde- og vektmåling av barn og unge. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2006.

9 VEDLEGG

TABELL OVER ANALYSEN

HOVEDGRUPPE: OPPLEVELSEN AV EGEN ROLLE		
Meningsbærende enheter	Kondensert enhet	Tema
Har en unik rolle fordi man tar opp tema på 1.klasse konsultasjonen med foreldrene når man tar vekt og høyde og ser på vekstkurven sammen.	Har en unik rolle fordi man treffer tilnærmet alle barn med foreldre tidlig hvor man ser på vekstkurven og kan følge opp ved behov.	Primærforebygging
Har en viktig rolle fordi man treffer alle barn med foresatte i 1.klasse, og har da mulighet til å følge opp de som ligger over normalverdien samt gi informasjon om kost og aktivitet.	-:-	
Har en viktig rolle fordi man treffer alle barn og foreldre i 1.klasse og har da mulighet til å gi samme informasjon til alle.	Treffer alle foreldrene og kan påvirke tidlig.	
Man har en rolle som pådriver fordi man treffer alle foreldrene og kan påvirke veldig tidlig.	-:-	
En viktig rolle er å ta henvendelser fra lærere eller foreldre.	Følger opp ved henvisninger.	Sekundærforebygging
Den viktigste rollen er å bufre videre, det er vanskelig å ha primæroppfølgingen men man kan avdekke sammen med eleven og være bindeledd videre.	Den viktigste rollen er å henvise videre, har ikke tid til å ha primæroppfølgingen.	
Opplevelse av å være informant som kan fortelle om hva som finnes av tilbud i bydelen og henvise videre.	-:-	
Det viktigste er å være et lavterskeltilbud for de ungdommene som ikke har ressurser bak seg, å hjelpe dem å se sammenhenger så de skjønner når de trenger hjelp og når de kan bidra selv.	Det viktigste er å hjelpe ungdom å se sammenhenger og fremme egen mestring.	Empowerment
Det er viktig å vise barna at vi er tilstede, at de kan komme med små og store ting og at de vet hvorfor vi er der og når.	Det er viktig å være et lavterskeltilbud med åpen dør for eleven og deres	

	familie.	
Det er viktig å se de barna som ikke blir sett av andre.	-:-	
Det er viktig å gi trygghet til barna, at de alltid kan komme til en åpen dør.	-:-	
Viktig å ha jevnlig kontakt med foreldrene ved problemer så de også føler seg ivaretatt.	-:-	

HOVEDGRUPPE: OPPLEVELSE AV PROBLEMET		
Meningsbærende enheter	Kondensert enhet	Tema
Opplever at de ikke har mange overvektige på skolen, og relaterer det til foreldrenes høye sosioøkonomiske status.	Overvektige elever relateres til foreldrenes sosioøkonomiske status.	Omfang
Det er forskjell på omfang av problemer på de ulike skolene i bydelen, relatert til foreldrenes sosioøkonomiske bakgrunn.	-:-	
Kanskje man ikke har sett nøye nok etter om barna på skolen er overvektige?	Opplevelsen av overvektige barn på skolen kan handle om hvilken briller man har på.	
Overvekt er et økende problem på skolen, spesielt hos flerkulturelle barn.	Overvekt hos barn på skolen relateres til nasjonalitet/kultur.	
Mange er tunge i hverdagen og det er knyttet til nasjonalitet.	-:-	
Opplever overvekt som et problem på skolen.	Overvekt på skolen er et økende problem.	
Ser overvekt på skolen og opplever at prevalensen har økt de siste årene.	-:-	
Tidligere var det innvandrerbarn, nå øker vekten også hos etnisk norske.	Overvekt på skolen øker for alle barn, også etnisk norske.	
Man beveger seg mindre fordi man bruker mer tid på sitte stillende aktiviteter foran PC og TV og det er mye kjøring til og fra aktiviteter	Redusert hverdagsaktivitet er en viktig årsak.	Fysisk aktivitet og kosthold
Problemet er at barna er for inaktive i hverdagen	-:-	

For mange foreldre kjører barna sine til og fra skolen	-:-	
Barna får for mye lommepenger som de kjøper godis for.	De eldre barna og ungdommen kjøper seg usunn mat og godteri i og etter skoletiden.	
Mange av ungdommene går til butikken og kjøper seg boller og brus i friminuttene eller på vei hjem fra skolen.	-:-	
Mange foreldre velger en lettvin løsning når det gjelder kostholdet hjemme, man setter av liten tid til å spise og det går mye i hurtig mat fordi begge foreldrene er i jobb og har dårlig tid.	Det er et økt forbruk av usunn hurtigmat, lite tid kan være noe av årsaken.	
Det er ikke alle foreldrene som klarer å sette grenser for hva barnet får lov til å spise.	Noen foreldre strever med å sette grenser.	
Overspising kan kompensere for andre problemer hos barnet.	Årsak til overvekt kan være relatert til psykososiale forhold.	Sammensatte problemer hos barnet eller i familien
For mange overvektige ligger det andre problemer bak, mange trøstespiser eller er stresset.	-:-	

HOVEDGRUPPE: UTFORDRINGER OG VIKTIGE FAKTORER FOR SUKSESS		
Meningsbærende enheter	Kondensert enhet	Tema
Med dagens ressurser er sekundærforebygging det man får til, så får skolen ta primærforebyggingen.	Har kun tid til å jobbe med sekundærforebygging.	Tidsbrist
Har kun tid til å jobbe på bestillingsverk.	-:-	
Skulle gjerne ha arbeidet mer primærforebyggende, men har ikke tid.	-:-	
Har for liten tid, bør være på skolen flere dager i uka.	Ønsker å være på skolen flere dager i uka.	
Ønsker å ha mer gruppevirksomhet ift kosthold der barna får være mer aktive i forhold til egen læring, men har for liten tid til dette.	Ønsker seg mer tid til grupper.	
Har ikke hatt tid til å engasjere seg i kantinematn selv om den er	Mangel på tid gjør at helsesøster ikke	

usunn.	klarer å engasjerer seg på systemnivå.	
Har ikke deltatt på skolens planleggings dager pga for liten tid.	-:-	
Med full stilling kunne man tenkt mer overordnet.	-:-	
Det er for liten tid og det er lett å prioritere bort dette arbeidet.	Liten tid gjør det lett å prioritere bort.	
Det viktigste for å jobbe med dette er at vi får mer tid.	-:-	
Tid er den største utfordringen for å prioritere arbeidet med fysisk aktivitet og kosthold.	-:-	
Har så mange oppgaver at de ikke får tid til å følge opp elevene som de ønsker.	Får ikke fulgt opp elevene slik de ønsker.	
Har ikke tid til 1.klasse konsultasjon for alle elevene.	-:-	
Kosthold og fysisk aktivitet må være eget mål i helsesøstergruppens virksomhetsplan for å bli prioritert.	Viktig å prioritere gjennom konkret målsetting i aktivitetsplan felles for alle helsesøstrene i bydelen.	Konkrete målsettinger og pålagte oppgaver
Det er viktig å prioritere, ikke gape for høyt hvis man skal få gjort noe ift dette tema.	-:-	
De prioriterer kost og aktivitet høyt fordi det er et av bydelens satsingsområder og det er spesifisert i deres felles aktivitetsplan for skolehelsetjenesten.	-:-	
Helsesøstrene i bydelen jobber ulikt ut fra interesser, det er lite fokus på vekt i helsesøstergruppa.	-:-	
Det er opp til helsesøster om hun vil prioritere dette på ungdomsskolen, ofte velges rus, seksualitet og psykososiale problemstillinger isteden for kost og aktivitet.	-:-	
Det er viktig å kunne samarbeide tett med de andre helsesøstrene ift dette tema.	-:-	
Det hadde vært lettere å prioritere primærforebyggende arbeid hvis det hadde stått spesifisert i veilederen, isteden for at man alltid kommer inn med sekundærforebygging.	Å løfte frem dette tema som en må-oppgave i veilederen kan bidra til at det prioriteres høyere.	
I veilederen som er førende står det lite om kost og aktivitet som må-oppgaver.	-:-	

Overvekt berører hele familiens livsstil, man kan ikke bare behandle barnet.	Hele familien må involveres om tiltak skal ha noen effekt.	Familietilnærming
Man må nå foreldrene for at det skal ha noen effekt på barna.	-:-	
Overvektspromblematikk hos barn er sammensatt og det eneste som nytter er at hele familien endrer livsstil.	-:-	
Ungdom trenger foreldrene på lag.	Foreldrene er de unges viktigste støttespillere.	
Foreldrene må stille opp hjemme, hjelpe til å lage en sunn matpakke sammen med barna.	-:-	
Det er foreldrene som har hovedansvaret for barnas helse.	Det er foreldrene som sitter med hovedansvaret.	
Mange familier strever med å endre livsstil og vaner.	Det er vanskelig å endre livsstil.	
Det er vanskelig for barnet når en i familien er usolidarisk og spiser usunt.	Det er viktig med solidaritet i familien.	
Det er vanskelig for ungdom og endre vaner hvis ikke hele familien endrer vaner.	-:-	
Tverrfaglig samarbeid er viktig fordi man ikke skal jobbe parallelt uten å vite om hverandre.	Tverrfaglighet er viktig for å utnytte ressursene best mulig.	Samarbeid
Å arbeide tverrfaglig handler om å planlegge i god tid og å sette felles mål.	Det er viktig å planlegge og ha felles mål i tverrfaglig samarbeid.	
Det er nyttig med tverrfaglig samarbeid fordi skolehelsetjenesten ikke har kapasitet til å arbeide med dette alene.	Det er viktig å dele på oppgavene sammen med andre yrkesgrupper.	
For å jobbe mer primærforebyggende er det behov for mer tverrfaglighet, for å dele på oppgavene.	-:-	
Det er viktig å kunne dele på oppgavene sammen med fysioterapeuten.	-:-	
Opplever at de får gjort mer fordi de arbeider tverrfaglig.	-:-	
Andre yrkesgrupper hadde vært nyttig inn i skolehelsetjenesten.	Det er ønskelig å arbeide mer tverrfaglig.	
Ønsker seg mer samarbeide med fysioterapeuten.	-:-	

En tverrfaglig skolehelsetjeneste ville hatt mer tyngde hos ledelsen på skolen.	Det er viktig å stå sammen for å komme igjennom med tiltak i skolen.	
Det er en faglig styrke å kunne samarbeide med fysioterapeuten og ergoterapeuten.	Det er en faglig styrke å kunne samarbeide med andre yrkesgrupper.	
Tverrfaglig kartlegging av barna ved skolestart gjør det lettere å følge opp enkeltelever senere, man blir bedre kjent.	-:-	
Det er viktig å kunne diskutere faglige spørsmål med fysioterapeuten.	-:-	
Det opplevdes som positivt og nyttig å delta på skolens planleggings dager.	Det er viktig at helsetjenesten samkjører sitt opplegg med skolens.	
Helsetjenesten kan bli flinkere til å gå inn i læreplaner og se når temaene er oppe i skolen, bidra inn i skolen når de likevel har dette som tema. Viktig å få til et samarbeide med felles planlegging.	-:-	
Det er viktig å samarbeide med skolen om mat og helse faget.	Det er viktig å samarbeide med lærerne om fag og komme inn i undervisningen i klassen.	
Skolehelsetjenestens bidrag om kost og helse bør integreres naturlig i fag.	-:-	
Det er viktig at hun kommer inn i klassene og underviser om kosthold.	-:-	
Det tar tid å etablere et godt samarbeid med skolen og man må selv være aktiv og involvere seg i deres planer.	Helsesøster må selv være aktiv ovenfor skolen for å få til et godt samarbeid.	
Et godt samarbeid med skolen betinger at man selv er aktiv ovenfor dem.	-:-	
Å ha kontor sentralt i skolen og nær lærerne og ledelsen er viktig for å bli sett og etablere et godt samarbeid.	Lokalisering av skolehelsetjenesten har betydning for samarbeidet med skolen.	
Det er viktig å være mye tilstede på skolen for å etablere et godt samarbeid.	Tilgjengelighet har betydning for samarbeidet med skolen.	
Man bør jobbe mer ovenfor ledelsen på skolen og gå inn på et	Det er viktig å ha et godt samarbeid med	

tidligere nivå.	ledelsen.	
Årsaken til det gode samarbeidet med skolen er at hun ble tatt på alvor av ledelsen.	-:-	
For å komme igjennom med forslag er det helt avgjørende med støtte fra ledelsen.	-:-	
Opplever å ha liten innvirkning på skolen fordi det er vanskelig å forankre ting i ledelsen	-:-	
Lærernes tid er så skviset at det er vanskelig for helsesøster å drive med noe i undervisningstiden.	Det er vanskelig å ta elevene ut av timen.	
Å ta barna i SFO tiden er bedre enn fra undervisningen.	-:-	
Ungdomsskoleelevene har ikke noe sted å sitte ned og spise maten sin.	Skolen fysiske utforming fremmer ikke et sunt kosthold.	Tilrettelegging av skole og nærmiljø
Det er ikke lagt opp til at det skal finnes kantine på skolen, rent fysisk er det ikke plass.	-:-	
Det er viktig at det er nok arenaer for barn og unge i nærmiljøet slik at de kan drive idrett og fysisk aktivitet.	Det er viktig at nærmiljøet har arenaer for fysisk aktivitet å tilby barn og unge.	
Gymsalen er ikke lenge åpen for barna som bor i nærmiljøet på ettermiddagen, kun for idrettslag som betaler for å bruke den.	-:-	

HOVEDGRUPPE: ET SENSITIVT TEMA		
Meningsbærende enheter	Kondensert enhet	Tema
Opplever veiing som veldig sårbart, både for barnet og for foreldrene.	Å jobbe med overvekt er vanskelig både ovenfor barnet og foreldrene fordi det oppleves som sensitivt.	Vanskelig å finne en innfallsvinkel
Årsaken til at det ikke jobbes mer med overvekt er at det er et sensitivt tema, spesielt for de som trenger hjelpen mest.	-:-	
Vanskelig å ta kontakt med familien og diskutere problemet fordi de lett får piggene ut.	-:-	
Det er vanskelig når foreldrene ikke ser problemet.	-:-	

Helsesøster er redd for at fokus på vekt kan fremme spiseforstyrrelser.	Både helsesøster og foreldre er redd for å fremme spiseforstyrrelser hos barnet ved å fokusere på vekt.	
Foreldrene er redde for at ungdommen skal utvikle spiseforstyrrelser ved å fokusere på vekt.	-:-	
Er opptatt av å gi barna mestringsfølelse og redd for å fokusere for mye på de negative tingene.	Fokus på vekt kan hemme barnets opplevelse av mestring.	
Er redd for at mye fokus på vekt og veiing kan virke negativt på barna	-:-	
På barneskolen synes barna det er greit å veie seg, det er verre på ungdomsskolen.	Det er lettere å jobbe med overvekt på barneskolen enn på ungdomsskolen.	
Det er et mer sensitivt tema på ungdomsskolen for da reflekterer barna mer selv.	-:-	
Overvekt er et vanskelig tema ovenfor ungdom fordi de er sårbare og det er så stort fokus på utseende i den perioden.	-:-	
Det er vanskelig å finne en innfallsvinkel på ungdomsskolen fordi det ikke er vanlig å måle vekt og høyde.	Det er et vanskelig å finne en innfallsvinkel på ungdomsskolen.	
Om det er ubehagelig å jobbe med overvekt kommer an på hvordan man vinkler det. Det er viktig å ha fokus på helse, ikke på vekt og utseende.	Innfallsvinkel har betydning for om dette er sensitivt.	
Opplever det ikke som sensitivt, men har fokus på helse, ikke kropp og utseende.	-:-	
Så lenge det er primærforebyggende tiltak til alle er det greit, verre når det går på individnivå.	-:-	
Det er lettere å prate om det når barna allerede er henvist av lærer eller foreldrene tar kontakt.	Lettere når barna allerede er henvist	
Opplever det som et etisk dilemma hvor mye man skal bry seg med familiens kostholds og aktivitetsvaner.	Det er et etisk dilemma mellom å bry seg om barnet og invadere familiens privatliv.	Et etisk dilemma
Er redd for at foreldrene skal synes at man blander seg inn i det	-:-	

private.		
Er engstelig for ”pekefinger” mentalitet i forhold til foreldrene.	Ønsker ikke å fremstå som moraliserende ovenfor barna og foreldrene.	
Ønsker ikke å ha noen kontrollfunksjon med å veie barna.	-:-	

HOVEDGRUPPE: OPPLEVELSEN AV TILTAK		
Det er vanskelig å få innpass og gjøre noe i forhold til fysisk aktivitet på skolen.	Det er vanskelig å jobbe med fysisk aktivitet.	Opplevelsen av å jobbe med fysisk aktivitet
Gym gruppen kan virke stigmatiserende og det er vanskelig og å rekruttere elever til den.	Å henvise til gym gruppe kan virke stigmatiserende, men ikke for alle.	
Gruppene med fysioterapeuten og ergoterapeuten er svært populære.	-:-	
Arbeidet med fysisk aktivitet blir veldig tilfeldig og foregår kun på individnivå.	Arbeidet med fysisk aktivitet er ikke satt i system.	
Har dårlig samvittighet fordi man ikke har kunnet prioritere å jobbe med fysisk aktivitet.	Har dårlig samvittighet fordi fysisk aktivitet ikke er prioritert.	
Det er svært viktig å kunne henvise barna videre til ulike aktivitetstilbud i bydelen.	Viktig å samarbeide med andre ift fysisk aktivitet.	
Gruppene med tema kosthold og helse på 3.trinn fungerer svært bra på skolene som praktiserer dette.	Kostholdsundervisning i grupper fungerer svært bra	Opplevelsen av å jobbe med kosthold
Har tverrfaglige grupper på 1.trinn hvor barna selv er aktive som fungerer svært bra.	-:-	
Det er viktig å fokusere på kosthold så tidlig som mulig for å gi foreldrene forståelsen av at dette er viktig for barnas utvikling.	Viktig å få foreldrene på banen tidlig.	
Det er vanskelig å påvirke innholdet i kantina på skolen og det er mye usunn mat der.	Vanskelig, men ønskelig å påvirke kantinedriften.	
Opplever det som positivt å komme inn i klassen og undervise om kost og helse når elevene har dette på lærerplanen.	Det er positivt å bidra inn i undervisningen.	
Opplever at lærerne har tatt over mye av ansvaret for fokus på kost	Lærerne har tatt tak i problemet og man	

og helse, følger med i barnas matpakker gir undervisning.	har fått til en felles policy ift kosthold på skolen.	
Arbeidet med disse barna er nedslående fordi de fortsetter å gå opp i vekt.	Det er frustrerende når det skjer så liten endring over tid.	Frustrerende med lite endring over tid
Tema er spennende og viktig, men utrolig frustrerende fordi det skal så mye til før man føler at det hjelper.	-:-	
Til tross for at dette er en helsefremmende skole og vi har jobbet med dette i årevis er mange av barna overvektige.	-:-	
Mange av helsesøstrene i bydelen synes dette er et tungt arbeidsfelt.	Det oppleves som tungt og frustrerende å jobbe med	
Det er mye frustrasjon i helsesøstergruppen ift hvordan vi skal påvirke dette.	-:-	
Det er mer meningsfullt å jobbe med overvekt nå enn tidligere fordi man har flere samarbeidspartere å støtte seg til.	Det oppleves mer meningsfullt når man kan samarbeide om problematikken.	Mening
Det er meningsfullt å jobbe med kosthold dersom det integreres naturlig i fagene.	Opptatt av en naturlig innfallsvinkel for at det skal gi mening.	
Det er meningsfullt hvis man ser det i sammenheng med barnets livssituasjon.	-:-	
Overvekt er et viktig tema som kommer opp med jevne mellomrom uten at det fører til konkrete tiltak. Det er bra at det settes fokus på det.	Et viktig tema det er for lite fokus på.	
Har dårlig samvittighet fordi man ikke prioriterer dette høyere, særlig på ungdomskolen.	-:-	
Kosthold er et område som det er morsomt å jobbe med.	Kosthold er et morsomt område.	

Deltakerinformasjon

Bakgrunn

Jeg arbeider til daglig som folkehelsekoordinator i Oslo kommune, bydel St.Hanshaugen. Jeg er også student ved Den Nordiske Högskolan för Fölkehelsovetenskap (NHV) i Gøteborg. I den forbindelse skal jeg skrive en masteroppgave med foreløpig tittel *Hvordan kan skolehelsetjenesten bidra til å fremme fysisk aktivitet og et sunt kosthold i blant barn og ungdom?*

Bakgrunn og målsetting med studien

Oslo kommune arbeider med å implementere sin Folkehelseplan. På bakgrunn av kompetanse om forebyggende og helsefremmende arbeid i kombinasjon med nærhet til barn og unge løftes skolehelsetjenesten frem som en svært viktig brikke i dette arbeidet. Med denne studien vil jeg undersøke hvordan ansatte i skolehelsetjenesten i Oslo opplever sin rolle, sine muligheter og begrensninger for å fremme fysisk aktivitet og et sunt kosthold i skolen. Målet med studien er å bidra med kunnskap om hvordan skolehelsetjenesten kan bidra mest mulig hensiktsmessig for å fremme fysisk aktivitet og et sunt kosthold blant barn og ungdom.

Metode

Jeg vil bruke kvalitativt dybdeintervju, dvs en samtale om dine erfaringer med tema. Intervjuet vil bære preg av dialog, og det vil kun være oss to tilstede under samtalen. Intervjuet vil vare ca 1 time. Det vil bli tatt opp på bånd, og du har rett til å se utskriften av samtalen.

Frivillighet

Samtalen er frivillig og du må samtykke skriftlig for å delta. Du kan når som helst trekke deg fra studien uten å begrunne hvorfor.

Databehandling/ taushetsplikt

Navn på informantene vil bli anonymisert i utskriften. Det vil kun være meg som vil behandle datamaterialet. Jeg har taushetsplikt i forhold til opplysningene som kommer frem, og alle data vil bli låst inn og behandlet konfidensielt. Resultatene vil bli presentert i en masteroppgave som vil være tilgjengelig for lesere via NHV sine hjemmesider og bibliotek.

Vennlig hilsen

Kristine Gram

Folkehelsekonsulent Bydel St.Hanshaugen / student

e-post: kristine.gram@bsh.oslo.kommune.no

tlf: 23 47 52 36

Vedlegg: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

”Hvordan opplever ansatte i skolehelsetjenesten i Oslo sin rolle, sine muligheter og begrensninger for å fremme fysisk aktivitet og et sunt kosthold blant barn og unge?”

Jeg har lest informasjonsskrivet og hatt anledning til å stille spørsmål. Jeg deltar frivillig og er klar over at jeg når som helst kan trekke meg uten nærmere forklaring. Jeg samtykker i å delta i studien.

Oslo den _____

Underskrift _____

