

# BACHELOROPPGAVE

Frisklivsarbeid rettet mot barn og unge

av

Gruppe 3540

28. april 2017

VF 202 – Bacheloroppgave

Bachelor i livsstilsendring og folkehelse

Antall ord 13760

April, 2017

Institutt for helsefag - Høyskolen Kristiania

” Denne bacheloroppgaven er gjennomført som en del av utdanningen ved institutt for helsefag - Høyskolen Kristiania. Høyskolen Kristiania er ikke ansvarlig for oppgavens metoder, resultater, konklusjoner, eller anbefalinger.”

## **Forord**

Vi ønsker å takke frisklivssentralene og intervjupersonene som har stilt opp for deres deltagelse. Deres oppriktighet og engasjement har inspirert oss og gitt oss en unik innsikt i temaet.

Vi vil også takke vår veileder Lars Erik Braaum for god hjelp og støtte.

Å skrive bacheloroppgaven har vært en lærerik og utfordrende prosess. Det har vært en spennende utfordring som vi har lært mye av, både om temaet og om oppgaveskriving. Mye av det vi har lært kan vi ta med oss ut i arbeidslivet.

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.2 Hensikt .....	6
1.3 Problemstilling.....	6
1.4 Begrepsavklaring .....	6
<b>2 Teori</b> .....	<b>7</b>
2.1 Overvekt hos barn og unge .....	7
2.2 KMI .....	7
2.3 Vekst/Høydekurve .....	7
2.4 Risikofaktorer ved overvekt og fedme.....	8
2.5 Samhandlingsreformen .....	8
2.6 Frisklivssentralen .....	9
2.7 Veilederen .....	9
2.8 Tilbudet .....	9
2.9 Fysisk aktivitet .....	10
2.10 Kosthold .....	10
2.11 Motivasjon.....	11
2.11.1 Motiverende intervju .....	11
2.11.2 Empowerment.....	11
<b>3 Metode</b> .....	<b>13</b>
3.1 Innhenting av data .....	13
3.2 Valg av metode .....	13
3.3 Det kvalitative intervjuet .....	13
3.4 Utvalg .....	14
3.5 Gjennomføring av intervjuet .....	15
3.6 Transkribering, koding og analyse av datamaterialet .....	15
3.7 Reliabilitet og validitet .....	16
3.8 Etikk.....	17
3.9 Metodediskusjon .....	17
<b>4 Presentasjon av funn</b> .....	<b>18</b>
4.1 Tilbudets omfang .....	21
4.1.1 Diskusjon tilbudet.....	24
4.2 Fokus fysisk aktivitet.....	25
4.2.1 Diskusjon Fysisk aktivitet .....	27
4.3 Fokus på kosthold .....	28
4.3.1 Diskusjon Kosthold .....	31
4.4 Motivasjon og mestring .....	32
4.4.1 Diskusjon Motivasjon .....	34
<b>5 Veien videre</b> .....	<b>34</b>
<b>6 Avslutning</b> .....	<b>35</b>
<b>Referanseliste:</b> .....	<b>36</b>

<b>Vedlegg 1: Intervjuguide.....</b>	<b>41</b>
<b>Vedlegg 2: Informasjonsskriv.....</b>	<b>43</b>
<b>Vedlegg 3: Samtykkeerklæring .....</b>	<b>44</b>

# **Sammendrag**

## **Bakgrunn**

Studiens hensikt har vært å belyse hvilke arbeidsmetoder de ansatte på frisklivssentraler bruker for å redusere overvekt blant barn og unge. Vi ønsket å se på hvorfor de har valgt å etablere et tilbud og hvordan de jobber.

## **Problemstilling**

På hvilken måte arbeider frisklivssentraler for å redusere overvekt hos barn og unge fra 0-18 år?

## **Teori**

Overvekt og fedme i barneårene gir en betydelig økt risiko for overvekt og fedme i voksne alder og kan føre til en rekke fysiske og psykiske helsekonsekvenser. Dette krever kommunale tiltak med vekt på forebyggende helsestrategier for å jevne ut sosiale helseforskjeller, risiko for sykdom og for å spare samfunnet for store utgifter til helsestell.

## **Metode**

Opgavens tilnærming er kvalitative semi- strukturert forskningsintervju. Ansatte på 5 frisklivssentraler ble intervjuet.

## **Resultat**

Resultatet i denne studien viste 4 ulike resultater delt inn i 4 kategorier. Hvordan frisklivssentralene har utviklet sine tilbud, hvordan de jobber med fysisk aktivitet, hvordan de jobber med kosthold og hvordan de jobber med motivasjon.

## **Avslutning**

Livsstilsendring er en prosess som krever en helhetlig tilnærming. Lekbaserte aktiviteter og økt hverdagsaktivitet, tilpassede kostholdskurs med små delmål og metoder som gir motivasjon og mestring er virkemiddel som bør brukes i frisklivssentralens tilbud for barn og unge med overvekt.

# 1 Innledning

Gjennom de siste tiår har overvekt og fedme utviklet seg til å bli et av vår tids største folkehelseutfordringer (1). Forekomsten av overvekt og fedme blant barn og unge har økt kraftig de siste 50 årene (2). Med det følger en økende risiko for sykdom i barnealder og videre i voksen alder. Overvekt og fedme er krevende å behandle. Først og fremst for pasienten selv og ikke minst for helsetjenesten. For å gi befolkningen flest mulig år med god helse og for å spare samfunnet for store utgifter til helsestell er det blitt gitt mer oppmerksomhet til forebygging og i å hindre videreutvikling av sykdom som er livsstilsrelaterte. Gode levevaner tidlig i livet vil redusere risiko for sykdom og det må legges stor vekt på forebyggende helsestrategier blant barn og unge.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne studien er valgt på bakgrunn av vår økende interesse for forebyggende helsearbeid rettet mot barn og unge. I tidligere oppgaver hvor vi har arbeidet med frisklivssentraler har vi blitt oppmerksomme på at det finnes en aldersgrense på 18 år. Det har gjort det interessant å se på hvilke tilbud som finnes for barn og unge, under 18 år, på en frisklivssentral i dag. Det er per i dag ikke alle frisklivssentraler som har et tilbud til barn og unge. Med bakgrunn i dette vil vi undersøke nærmere hvorfor enkelte frisklivssentraler har valgt å etablere et tilbud og hvordan de jobber. Hvilke arbeidsmetoder og tiltak som tas i bruk og hvilke synspunkter og erfaringer de har gjort seg i deres arbeid.

## 1.2 Hensikt

Hensikten med studien er å innhente kunnskap om tilbud for barn og unge ved frisklivssentraler i praksis og beskrive hvordan disse arbeider med å redusere overvekt blant barn og unge.

## 1.3 Problemstilling

På hvilken måte arbeider frisklivssentraler for å redusere overvekt hos barn og unge fra 0-18 år?

For å begrense og tydeliggjøre problemstillingen har vi valgt å besvare tre spørsmål:

1. Hvordan brukes fysisk aktivitet i frisklivssentralenes tilbud?
2. Hvordan brukes kosthold i frisklivssentralenes tilbud?
3. Hvordan bruker frisklivssentralene motivasjon i tilbudet?

## 1.4 Begrepsavklaring

*Arbeider-* Hvordan de ansatte i frisklivssentraler utfører ulike arbeidsmetoder i deres tilbud til barn og unge.

*Frisklivssentral*- En kommunalt, helsefremmende og forebyggende helsetjeneste med tiltak primært innenfor områdene kosthold, tobakk og fysisk aktivitet.

*Overvekt og Fedme* - Overvekt iso-KMI fra 25- 30, fedme iso- KMI 30- 35 og alvorlig fedme iso-KMI 35<

*Redusere*- Å stabilisere og minske vekt blant barn og unge, på individuelt og befolkningsrettet nivå.

## **2 Teori**

### **2.1 Overvekt hos barn og unge**

Det har vært en tredobling i antall barn med overvekt i Norge siden 1970 tallet (3). Gjennomsnittlig andel barn og unge med overvekt, inkludert fedme, var i 2015 13,3 prosent blant gutter og 16,7 prosent blant jenter (4). Det kan se ut som at prevalensen av overvekt og fedme blant barn har stabilisert seg i perioden 2008- 2015 men på et langt høyere nivå enn på 1970-tallet (2, 3). Hos ungdom ser det ut til at overvekt og fedme har økt noe mer de siste årene (4). Det er derfor god grunn til å følge med på videre utvikling. Overvekt og fedme beskrives som en tilstand med overskudd av kroppsfett som kan ha negative helseeffekter. Det er vanligvis de samme årsakene til overvekt hos barn som hos voksne. Enkelt sagt inntas det mer energirik mat enn kroppen forbruker. Det er i noen tilfeller somatiske årsaker til overvekt som genetiske defekter, sykdommer og hormonelle forstyrrelser som kan påvirke regulering av matinntak, fettlagring og vekst. I de fleste andre tilfeller er det mer psykisk betingede årsaker til overvekt, som adferdsmønstre og hva som påvirker hva vi spiser og hvor fysisk aktive vi er.

### **2.2 KMI**

Det beste tilgjengelige målet på overvekt og fedme regnes å være kroppsmasseindeks som tar utgangspunkt i vekt og høyde (5). Hos barn vil forholdet mellom vekt og høyde være i stadig endring. Det er derfor blitt utviklet internasjonale alders- og kjønnsjusterte KMI-normer for å definere overvekt og fedme hos barn og unge i alderen 2- 18 år kalt iso-KMI (5, 6). En iso-KMI over 25 angir overvekt og bør føre til økt oppmerksomhet fra helsepersonell. Ved en iso-KMI over 30 bør det tilbys behandling (6).

### **2.3 Vekst/Høydekurve**

Vekt/høydekurver er en annen metode som brukes for å utrede overvekt og fedme. Her blir overvekt definert ved at vekt/høyde blir over 97percentilen (7).

### **2.4 utfordringer**

Helse er nært knyttet opp til oppvekstvilkår og de forhold vi lever under. En betydelig andel overvekt og fedme hos barn og unge er knyttet til familiens sosioøkonomiske status, foreldres sivilstatus og om de bor i store eller små kommuner (4). Dette er en stor utfordring og vil kunne bidra til å opprettholde og øke sosiale helseforskjeller fremover. Det er viktig i et folkehelseperspektiv at kommunale helsefremmende tiltak rettes mot forebygging og redusering av overvekt blant barn for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Det er flere utfordringer innen forebygging og redusering av overvekt og fedme (6). Den sukkerrike fete maten er mest tilgjengelig og mye av tiden brukes til stillesittende aktiviteter. Feilernæring og redusert aktivitet er en internasjonal trend som har direkte sammenheng med flere livsstilssykdommer som metabolsk syndrom og diabetes. Aktivitetserfaring som barn påvirker aktivitetsnivået som voksen. Andelen barn og unge som deltar i organisert idrett er synkende. Skoleveien var tidligere arena for daglig fysisk aktivitet men barn i dag blir i stor grad kjørt med bil til skole og ulike aktiviteter. Skjermtid inkluderer tidsbruk foran datamaskiner, tv og ulike håndholdte digitale enheter. Det har vært en voldsom økning i skjermtid siste tiår. Norske barn topper statistikken i Europa når det gjelder stillesittende atferd og er relativt lite fysisk aktive i fritiden sammenlignet med barn i andre land. I en oversiktsstudie fra 2006 ble det funnet sterke bevis på at inntak av sukkerholdig drikke har en direkte sammenheng med overvekt og fedme hos barn og unge (8). Tidligere studier har også vist at barn og unge med størst inntak av sukkerholdige drikker har høyest energiinntak totalt (6).

## **2.4 Risikofaktorer ved overvekt og fedme**

Overvekt og fedme kan føre til en rekke negative fysiske og psykiske helsekonsekvenser (6). En studie rapporterte 36 % overvektige gutter og 34 % overvektige jenter at de har blitt utsatt for vektrelatert mobbing (9). Å være overvektig fører ofte til vektrelatert sosial stigmatisering som har store psykologiske og helserelevante konsekvenser (6). I en studie fra 2003 skulle 10-11 åringer rangere bilder av barn ut fra hvem de ønsket å bli venn med (10). Overvektige barn ble rangert som minst attraktive etter normalvektige, funksjonsfriske og funksjonshemmede barn. Vektrelatert mobbing øker risikoen for å utvikle misnøye med egen kropp og dårlig selvfølelse (6). Barn med fedme oppgir redusert livskvalitet sammenlignet med normalvektige. Risikoen for en forstyrret spiseatferd øker ved fedme hos barn. Og overvekt og forstyrret spising øker risikoen for spiseforstyrrelser.

Sammenlignet med jevnaldrende normalvektige viser flere studier at overvektige barn og unge har en betydelig økt sannsynlighet for å bli overvektige som voksen (3). Utvikling av metabolsk syndrom som kan føre til insulinresistens starter allerede i barneårene hos disponerte overvektige barn. Av akutte lidelser assosiert med overvekt og fedme topper endokrine komplikasjoner listen (11). Insulinresistens som leder til diabetes type 2 er den største bekymringen. Barn med overvekt er utsatt for hjerte- og kar lidelser. Utvikling av aterosklerose kan starte allerede i barneårene. Overvekt, dårlig kosthold og dårlig kondisjon øker risikoen for hjerte- og kar sykdommer. I tillegg vil den økte sannsynligheten for overvekt som voksen kunne gi komplikasjoner som ledd problemer, gallesykdom, enkelte krefttyper og søvnproblemer.

## **2.5 Samhandlingsreformen**

Samhandlingsreformen ble innført i Norge i 2012 og målet var å bedre folkehelsen og helse- og omsorgstjenesten (12). Den påpeker blant annet behovet for et folkehelsearbeid på tvers av sektorer, økende helsefremmende og forebyggende innsats og styrking av de forebyggende helsetjenestene i kommunene. Samhandlingsreformen førte til en ny folkehelselov hvor kommunene ble pålagt å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som kan påvirke den (13). Kommunen skal også gi informasjon, råd og veiledning for hva hver enkelt og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom. Kommunene ble anbefalt å opprette frisklivssentraler som et viktig ledd for å nå målene innen forebyggende



helsearbeid. Som en samarbeidspartner i kommunens folkehelsearbeid skal frisklivssentralen bidra til redusert sykdomsbyrde og sammenhengende helsetjenester.

## **2.6 Frisklivssentralen**

Frisklivssentraler er en ikke-lovpålagt forebyggende helsetjeneste som skal tilby kunnskapsbasert og effektiv hjelp til å endre levevaner, mestre sykdom og helseplager (14). Målgruppa er personer i alle aldre som har økt risiko for utvikling av sykdom eller som har utviklet sykdom og trenger hjelp til endring av levevaner og mestring av sykdommen. Det er også en målsetting at frisklivssentralene skal bidra til å motvirke sosiale forskjeller i levevaner og helseforskjeller i befolkningen. Tall fra 2014 viser at 251 kommuner og bydeler i Norge har etablert frisklivssentraler. 45 prosent av disse hadde et tilbud tilrettelagt for barn og unge. Det var i gjennomsnitt ansatt 0,9 årsverk per kommune med etablert frisklivssentral. Fysioterapeuter utgjør størstedelen av årsverkene, ellers er det mye ulikt personell med ulike utdanninger innenfor ernæring, trening og pedagogikk som jobber på frisklivssentralene.

## **2.7 Veilederen**

Veileder for kommunale frisklivssentraler er utarbeidet av Helsedirektoratet (15). Veilederen ble første gang utgitt i 2011, revidert i 2013 og oppdatert i 2016. Den beskriver anbefalinger for etablering, organisering, tilbudet ved kommunale frisklivssentraler og kvalitetskrav. Veilederen er relevant for kommuner som vil etablere frisklivssentral eller videreutvikle eksisterende tilbud. Den er primært skrevet for beslutningstakere i kommunene og ledere og ansatte i en frisklivssentral. Den er utarbeidet med et ønske om å inspirere allerede eksisterende frisklivssentraler til å videreutvikle sitt arbeid, og at kommuner som enda ikke har etablert frisklivssentral skal finne inspirasjon til å gjøre det.

## **2.8 Tilbudet**

Frisklivssentralens tilbud skal gi kunnskapsbasert støtte og har en tilnærming som tar utgangspunkt i kunnskap om hva som fremmer helse (15). Tilbud skal omfatte strukturert og tilpasset oppfølging med individuell og grupperett veiledning, informasjon og aktivitet. Oppfølgingen skal primært gi støtte til fysisk aktivitet, kosthold, snus og- røykeslutt men det kan også gis veiledning og tilbud knyttet til psykiske belastninger, søvnvaner og risikofyllt alkoholbruk. Tilbudet starter og avsluttes med en helsesamtale. Ved behov kan flere helsesamtaler gjennomføres. En plan for oppfølging lages av bruker og veileder i fellesskap med utgangspunkt i brukerens mål og funksjonsnivå. Målet er at brukeren skal bli i stand til å opprettholde endringer, og fortsette egen aktivitet etter at oppfølgingen er avsluttet. Motiverende intervju, fysisk aktivitet og kostholdsveiledning er viktige verktøy i en frisklivssentral for å fremme sunne levevaner i befolkningen. Frisklivssentralen kan samarbeide med aktører innenfor kommunale helse – og omsorgstjenester (14). Ofte samarbeider de også med spesialisthelsetjenesten, aktuelle frivillige og private aktører i tillegg til fylkesmannsambetet og fylkeskommuner. Aktuelle henvisere kan henvise deltagere til tilbudene i frisklivssentralene via en frisklivsresept og samarbeide med dem om oppfølging av sine pasienter. Andre helse- og omsorgstjenester i kommunene kan også samarbeide om enkeltbrukere og utvikling knyttet til forebyggende helsetjenester. Frisklivssentralen kan ha kontakt med privat og frivillig sektor for å ta i bruk deres tilbud til aktuelle brukere. Hvert år skal frisklivssentralene rapportere om drift og resultat til politikere og administrasjon.

Tilbudet kan tilpasses ulike alders- og målgrupper og brukeren skal kunne delta uavhengig av helseutfordringer og diagnoser (15). Det bør inngå kunnskapsformidling gjennom individuell oppfølging og gruppeaktiviteter. Temabaserte samlinger med mulighet for samtaler om endring, motivasjon, levevaner og mestring av helseutfordringer anbefales i tillegg. I tilbud rettet mot barn og unge må foresatte- og familieperspektivet legges vekt på i utformingen.

## 2.9 Fysisk aktivitet

Helsedirektoratets anbefalinger for fysisk aktivitet for barn sier at barn og ungdom bør være fysisk aktive minimum 60 minutter hver dag, i aktivitet som har moderat eller høy intensitet (16). Aktiviteter av høy intensitet bør inkluderes minst tre dager i uka. For å sikre optimal utvikling av kondisjon, muskelstyrke, fleksibilitet, fart, bevegelighet, reaksjonstid og koordinasjon bør aktivitetene være så allsidige som mulig. Mye tyder på at det viktigste er å redusere tiden barna er inaktive, og hindre mye stillesittende aktivitet og skjermtid (6). Hos inaktive barn er målet å etablere regelmessig daglig fysisk aktivitet.

Gjennom individuelle helsesamtaler, temabaserte samlinger, ulike gruppetilbud og testing av fysisk form hjelpes brukeren på en frisklivssentral til bevisstgjøring av aktivitetsvaner og gis støtte til fysisk aktivitet (15). Trening og veiledning skal følge de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet. For å kunne veilede brukerne er aktivitetshåndboken og nasjonale retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge gode verktøy.

## 2.10 Kosthold

Ved kostholdsendring hos barn er det viktig å sikre optimal vekst og utvikling og etablere gode vaner (11). Helsedirektoratets kostråd anbefaler et økt inntak av fiberholdige matvarer som grove kornprodukter, frukt og grønnsaker (16). Kostholdet bør videre inneholde magre meieriprodukter, fisk, fugl, kjøtt, bønner, linser og litt nøtter. For at barn skal kunne vokse og utvikle seg er de avhengig av et variert kosthold med jevn tilførsel av energi og næringsstoffer (17). Sukkerholdig drikke og mengden sukker for øvrig bør reduseres. Det er liten plass til mat og drikke som ikke gir barna den næringen de trenger da den totale mengden mat de spiser er relativt liten.

I frisklivssentralen blir brukere med behov for kostholdsendring fulgt opp gjennom individuelle helsesamtaler, temabaserte samlinger og kurset *Bra mat for bedre helse* (BraMat) (18). Brukerne skal få støtte til å gjøre varige kostholdsendringer som kan gjøre at de mestrer hverdagen bedre, gi bedre helse og forebygge sykdom. Frisklivssentralens tilbud skal være basert på nasjonale kostråd og relevante nasjonale faglige retningslinjer. For å sikre god kvalitet kan kosthåndboken være et viktig verktøy (15, 17). Andre nyttige verktøy for bevisstgjøring og måling av resultat kan være matfrekvensskjema, matdagbok og annen kostregistrering. Kurset BraMat er utviklet av Helsedirektoratet og er basert på de nasjonale kostrådene. Det er et inspirasjonskurs for endring av matvaner og matvarevalg og kan være en god start til varig kostholdsendring. Kostholdsendring over tid vektlegges og kurset er både teoretisk og praktisk.

## 2.11 Motivasjon

Motivasjon kan forklares som de krefter som får oss til å handle. Grad av motivasjon for å nå et mål iverksettes bevisst eller ubevisst i alle våre handlinger. En forutsetning for motivasjon til endring er tro på egne ferdigheter og ressurser (19).

For å redusere overvekt er barnets motivasjon ofte knyttet til utseende, å kunne delta i fysisk aktivitet på linje med andre eller å kunne gå med samme klær som andre (6). Forventninger om økt livskvalitet og bedre selvfølelse hos barnet er ofte foreldres motivasjon til å søke behandling.

### 2.11.1 Motiverende intervju

Uten motivasjon kan ikke endring skje (20). Motiverende intervju (MI) er en teknikk for å kartlegge brukerens motivasjon til endring. Det er en målrettet, empatisk og personsentrert samtalem metode med formål å øke brukerens bevissthet rundt egen situasjon og motivasjon til atferdsendring. Hensikten er å få fram et ønske om endring, ikke å gi råd. Gjennom aktiv lytting, empati, åpne spørsmål og oppsummering kan MI-fagutøveren avklare grad av motivasjon hos brukeren. I denne intervjumetoden er det viktig å unngå argumentasjon, ikke samtykke i kritikk, ikke tolke og analysere det som blir sagt og støtte opp om mestring. MI har vist seg å ha god effekt i arbeidet med endring av levevaner, mer effektiv enn tradisjonell rådgivning (15).

I en frisklivssentral er kompetanse innen endringsprat en grunnleggende faktor i arbeidet (15). Helsedirektoratet fremhever i Veilederen Motiverende intervju som metode i samtale om endring. Helsesamtalene er strukturerte, individuelle samtaler om helse og levevaner og bygger på prinsippene fra MI. Brukeren hjelpes til å beskrive egne grunner til å endre atferd, lage oppnåelige mål og reflektere over egen situasjon og erfaringer i endringsprosessen. Avgjørende for en god dialog og endringsprosess er å bli tatt på alvor og akseptert for de vanene man har og i tillegg få sosial støtte

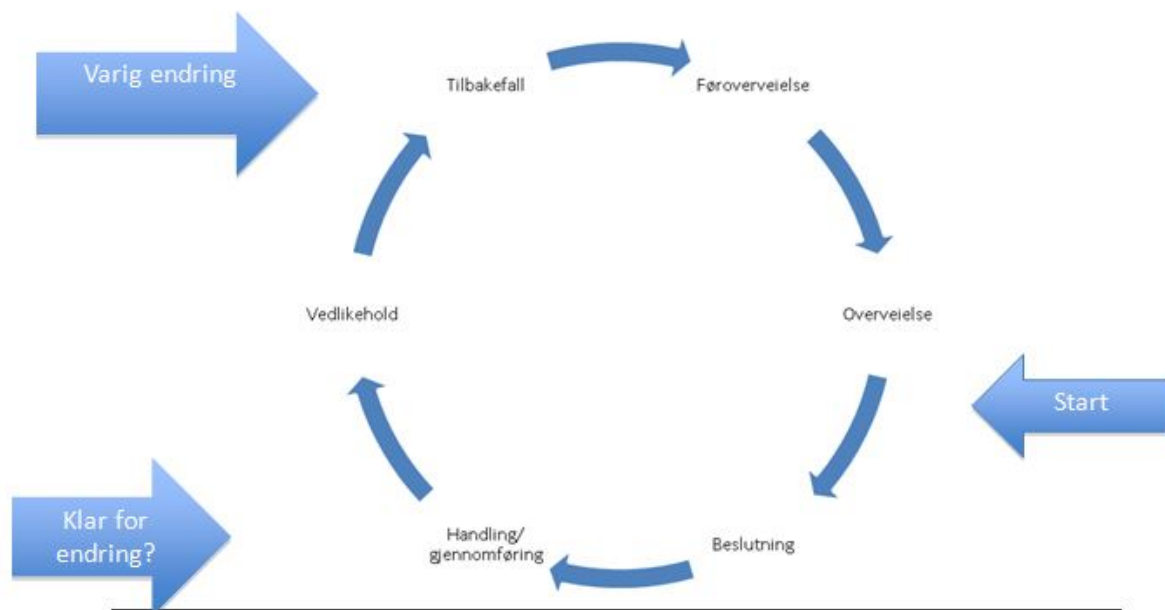
### 2.11.2 Empowerment

Begrepet *Empowerment* er sentralt i det helsefremmende arbeidet (21). Empowerment på individnivå handler om å styrke egenskaper hos enkeltmennesket for at den enkelte skal kunne ta kontroll over forhold som påvirker helsen. Det å oppleve at man har kontroll over sitt liv er sentralt for selvbildet og mestringsevnen. Et individ som har mobilisert sin styrke og makt får ferdigheter, kunnskap, handlingskompetanse og ressurser til å gjøre livsstils valg som fremmer helsen. En forutsetning for kontroll over eget liv er selvbevissthet og bevissthet forhold til egen livssituasjon (22).

*Empowermenttenkning* og *Brukermedvirkning* er grunnleggende prinsipper i det helsefremmende arbeidet (22). Begrepene innebærer en omfordeling av makt, fra fagfolk til brukere for å styrke deres ressurser, øke tron på seg selv og egne muligheter for mestring. Å være bruker innebærer mulighet for selvbestemmelse, rettigheter og plikter, knyttet til medvirkning og ansvar for egen helse og eget liv. Det innebærer at brukeren ikke er en mottaker, men en deltaker, og vurderes som ekspert på seg selv.

Empowerment står også sentralt i arbeidet i frisklivssentralen, spesielt i helsesamtalene hvor oppmerksomheten rettes mot å styrke brukerens ressurser slik at den enkelte skal oppnå mestringsfølelse (15). Det legges vekt på at brukeren selv skal være den aktive og ta ansvaret for nødvendige endringer. Fagutøvers oppgave er å bidra til bevisstgjøring slik at brukeren reflekterer over egen situasjon og endringsprosess. Prosessen har ulike faser og hjelper til å strukturere veiledningen, enten det er en-til-en veiledning eller som gruppeveiledning (22).

En modell som ofte brukes for å forstå endringsprosessen er ”stadiemodellen” (se figur 1) utviklet av Prochaska og DiClemente i 1982, 2002 (23).



Figur 1. Stadiemodellen. (Prochaska og DiClemente)

Stadiemodellen har fem endringsstrategier: (23).

- 1) Før-overveiellesfasen. Dette er fasen hvor man ikke har tenkt på å endre atferd.
- 2) Overveiellesfasen. Personen ønsker endring i denne fasen, men finner ofte unnskyldninger for å utsette endringene.
- 3) Forberedelsesfasen. I denne fasen har personen blitt overbevist om at endringer må gjøres og forbereder en endring.
- 4) Beslutningsfasen. Her prøver personen ut ny helseatferd.

5) Vedlikeholdsfasen. Den nye helseatferden er en del av ens nye vaner. Denne fasen betraktes som et midlertidig stadium da endringsprosessen kan være preget av kortere eller lengre tids tilbakefall.

Teorien bygger på en forståelse av atferdsendring som en prosess (23). I modellen utvikles atferdsendring gjennom flere stadier hvor menneskers motivasjon, vilje og preferanse for å endre atferd samsvarer med det stadiet de finner seg på. En viktig del for veilederen er å legge til rette for handlingsorienterte endringsprosesser hos den enkelte, minske barrierer mot endring og samtidig gjøre fordelene tilgjengelige. Det er nødvendig å forstå det som motiverer den enkelte til endring. Et viktig verktøy i dette arbeidet kan være MI, som fungerer som et hjelpemiddel for å ta den enkelte igjennom stadiene.

### **3 Metode**

#### **3.1 Innhenting av data**

Vi har hentet mye av vår teori fra *Helsedirektoratets veileder*, ettersom den gir anbefalinger og forslag til hvordan frisklivssentraler kan og bør etablere ulike tilbud til ulike målgrupper. Tilbudene ved hver enkel frisklivssentral sammenliknes med standardene som står nedskrevet der. For å finne relevant teori har vi søkt i offentlige rapporter og nettsider som Helsedirektoratet, Nasjonale faglige retningslinjer og Folkehelseinstituttet. For å finne relevant forskning har vi søkt i faglige databaser som Pub med, Medline, og Google Scholar. Vi har også benyttet sekundær litteratur som fagbøker og pensumlitteratur som vi mener er relevante for vår problemstilling.

#### **3.2 Valg av metode**

Man skiller gjerne mellom to tilnærminger innenfor vitenskapsmetode. Disse er kvantitative og kvalitative studier (24). Vi har benyttet kvalitativ metode. Ved en kvalitativ tilnærming ønsker man å forstå verden sett fra intervjupersonen sin side, og få frem deres tanker, følelser og meninger slik de opplever det. Det ikke mulig å tallfeste svarene, eller å måle dem opp mot hverandre, slik det er i kvantitative studier. For å kunne besvare problemstillingen har vi måttet se det fra ansattes side og fra deres virkelighet. Det innebærer at vi måtte hente inn kunnskap gjennom beskrivelser for å kunne få innblikk i erfaringer og ulike arbeidsprosesser. Kvantitative spørreskjemaer med like spørsmål og forhåndsbestemte svarsalternativer ville ikke gitt oss den dybden vi trengte for å få åpne og utfyllende svar. Temaet vi har valgt å belyse er forsket lite på fra før. Det krevde et undersøkelsesopplegg som gav mulighet til å få mye informasjon fra et lite antall personer.

#### **3.3 Det kvalitative intervjuet**

For at samle inn data til studien valgte vi det åpne individuelle intervjuet (24). Det innebærer et ansikt-til-ansiktsforhold som er mer fysisk nærværende og åpner for en tett, dynamisk og informasjonsrik konversasjon. Intervjuformen egner seg godt til å hente inn kunnskap på et dypere nivå i samtalen.

Vi har valgt et semistrukturert intervju for å kunne få en relativ åpen samtale. Intervjuformen bygger på en intervjuguide med bestemte temaer med forslag til spørsmål (25). Vi kunne på forhånd utarbeide en liste over temaer som vi ville ta opp. Samtidig kunne vi følge

intervjupersonens fortelling og utdype temaer med oppfølgingsspørsmål for hvert intervju. Intervjuguiden (Vedlegg 1) har fungert som et slags manus for våre intervjuer og har hjulpet oss å ikke glemme det vi ønsket å få frem. Vi fulgte et relativt strukturert opplegg hvor vi utformet spørsmål, der rekkefølgen av spørsmålene i stor utstrekning var fastlagt (26). Fordelen med denne tilnærming har vært å kunne sammenlikne svarene, siden alle intervjupersonene har gitt informasjon om de samme temaene.

For å avdekke svakheter ved intervjuguiden gjennomførte vi et prøveintervju i forkant av datainnsamlingen. Det gav oss en oppfatning om hvordan spørsmålene ville tolkes av intervjupersonene og om svarene stod i samsvar med vår intensjon. Prøveintervjuet hjalp oss i å bli bedre kjent med intervjusituasjonen siden vi ikke hadde intervjuet noen før. Etter prøveintervjuet ble et spørsmål lagt til, et spørsmål tatt bort, fem spørsmål ble omformulert, tre spørsmål ble forenklet og definert mer konkret. Vi endte opp med 17 åpne spørsmål.

### 3.4 Utvalg

Vi har gjort et strategisk utvalg (26). Vi valgte de frisklivssentralene som hadde de egenskapene som var strategiske i forhold til problemstillingen. Vi kontaktet Helsedirektoratet for å få en oversikt over Frisklivssentraler i Norge som har et tilbud for barn og unge. Det finnes per i dag ingen slik oversikt. Vi valgte derfor å søke på internett med søkeordene ”Frisklivssentraler tilbud for barn og unge” og ”friskliv barn og unge”. Søket endte med åtte aktuelle kandidater som alle ble kontaktet via email for forespørsel om å delta i intervju. I denne e-mailen ble det også informert om at vi ønsket å bruke lydopptak, samt at intervjuene ville bli anonymisert. Fem frisklivssentraler fra fire ulike kommuner med et innarbeidet tilbud for barn og unge svarte positivt og var villige til å stille opp til vårt forskningsprosjekt.

Utvalget vårt er hentet ut på bakgrunn av geografiske forhold. Vi var begrenset av tid, økonomi og arbeidsressurser. Det utelukket kommuner utover 1,5 times kjøring fra Oslo. Hver frisklivssentral valgte selv sine intervjupersoner på bakgrunn av hvem de anså hadde mest relevant erfaring og kunnskap innen studiens tema.

Inklusjonskriteriene er:

- Ansatte ved frisklivssentralen som jobber med å redusere overvekt og fedme blant barn og unge
- Frisklivssentraler i Norge med tilbud for barn og unge mellom 6-18 år
- Tilbud som er godt utprøvd

Eksklusjonskriteriene er:

- Frisklivssentraler utover 1,5 times kjøring fra Oslo
- Deltakere ved tilbudene
- Frisklivssentraler i andre land en i Norge

### **3.5 Gjennomføring av intervjuet**

Intervjuene ble gjennomført på i lokalene til frisklivssentralene. Hver av informantene hadde eget kontor. Vi opplevde miljøet som rolig og intervjuene foregikk uten forstyrrelser som kunne påvirke intervjuet. Stemningen varierte fra intervjuperson til intervjuperson. For å gi intervjupersonene mulighet til å forberede seg og reflektere over spørsmålene ble intervjuguiden sent til dem i forkant. Samtidig fikk de også tilsendt informasjonsskriv (Vedlegg 2) og samtykkeerklæringsskjema (Vedlegg 3).

Vi innledet intervjuet med en uformell samtale for å få en avslappet atmosfære. I starten av intervjuet var vi nøye med å informere om hvem vi er, studiens hensikt og deres rettigheter og etiske hensyn. Samtykkeskjema ble signert av intervjupersonene. Intervjuene ble tatt opp på to mobiltelefoner for å sikre informasjon på best mulig måte. Opptakene ble slettet etter at oppgaven var ferdigstilt med hensyn til anonymitet. På alle intervjuene var vi to intervjuere til stede hvor vi vekslet på å være den som styrte intervjuet og den som noterte underveis. På to av intervjuene stilte to intervjupersoner.

I intervjuene ble alle deltakerne stilt de samme spørsmålene om de temaer undersøkelsen omfatter. Under intervjuet tilpassede vi spørsmålene når vi følte at vi trengte å grave litt dypere inn i det aktuelle temaet. Umiddelbart etter intervjuene noterte vi ned de refleksjoner og inntrykk vi fikk. Vi oppdaget forskjeller mellom lengden på svarene vi fikk. Et intervju varte i tretti minutter, et i seksti minutter og tre varte i litt over seksti minutter.

### **3.6 Transkribering, koding og analyse av datamaterialet**

For å kunne arbeide med resultatet ble intervjuene transkribert fra muntlig samtale til skriftlig form (25). Vi transkriberte intervjuene tilnærmet ordrett for å sikre at all viktig og nødvendig informasjon ble tatt med. Det var forskjell på de ulike intervjuene og det var tydelig at noen var bedre forberedt enn andre. Transkripsjonen ble skrevet fra dialekt til bokmål for å forenkle, samt for å bruke nedskrevet materiale i etterkant av intervjuet.

Transkriberingen ble gjort rett etter hvert intervju. Vi brukte god tid på å transkribere. Siden vi var to som arbeidet sammen fordelte vi transkriberingen likt mellom oss. Etterpå gikk vi gjennom hverandres lydopptak og transkripsjoner for å redusere sjansen for feiltolkninger. Videre ble transkriberingen printet ut på papir. Tilsammen utgjorde transkripsjonene 65 sider tekst som ble utgangspunktet for denne oppgaven.

Under analysen organiseres dataen ved å dele det opp i biter eller elementer (25). Som teknikk benyttet vi oss av innholdsanalyse (24). Det innebar en reduksjon av tekst til mer overordnede temaer og meningsfylte kategorier. Ettersom vi har brukt en intervjuguide hvor alle intervjupersonene i undersøkelsen kommenterer de samme temaene, hadde vi allerede på forhånd dannet noen kategorier. De første temaene ble derfor definert ut fra spørsmålene i intervjuguiden, som igjen var definert ut fra problemstillingen. Vi gikk igjennom alle intervjuene for å danne et inntrykk av innholdet. Vi la til noen flere temaer og endte opp med noen utvalgte kategorier. Hver av temaene fikk hver sin fargekode. Vi markerte utsnitt av dataen som fremhevet meningsinnholdet i teksten og knyttet de sammen med hver tilsvarende farge. Det gav oss en oversikt over informasjon rundt samme tema fra alle intervjupersonene. Vi markerte sitater og beskrivelser som vi syntes hadde særlig gode poenger. Disse utsagnene brukte vi senere i presentasjonen av resultatene. Etter flere gjennomganger av innholdet og etter at analysearbeidet var ferdigstilt ble sitater gjennomgått og renvasket for småord som

skapte forvirring angående meningsinnholdet. På denne måten ble intervjupersonenes utsagn mer oversiktlig. Etter at alle intervjuene var gjennomgått og data var fylt i alle kategorier kunne vi sammenlikne likheter og ulikheter fra intervjupersonenes utsagn om de samme kategoriene.

Vi har fokusert på intervjupersonenes uttalelser, meninger og erfaringer og hva det betydde for de ulike temaene. Vi har sett på sentrale mønster og strukturert disse etter kategorier for å få en dypere forståelse av datamaterialet. Resultatet presenteres i utvalgte tema i form av direkte sitater. Sitatene fremhever hovedpoenger i deltakernes beskrivelser. Teksten som følger sitatene gir uttrykk for beskrivelser intervjupersonene har gitt. For å sikre anonymitet og ikke gi noen form for identifikasjon har vi valgt å navngi frisklivssentralene med Frisklivssentral 1, frisklivssentral 2, frisklivssentral 3, frisklivssentral 4, frisklivssentral 5.

Resultatene blir diskutert under hvert tema i lys av relevant teori, forskning og egenbetragtninger.

### **3.7 Reliabilitet og validitet**

Begrepet *reliabilitet* handler om studiens pålitelighet (26). Begrepet knytter seg til nøyaktigheten av undersøkelsesopplegget, hvordan data samles inn og hvordan de bearbeides (24). Man kan stille spørsmålet om hvorvidt en annen forsker kan komme frem til de samme resultatene, gjennom å anvende samme metode (26). En viktig del for forskeren er å redegjøre for hvordan dataene er blitt utviklet i løpet av forskningsprosessen og at eventuelle feilkilder må oppgis.

Gjennom en grundig og detaljert beskrivelse av datainnsamlingen og analysen har vi hatt som mål å legge til rette for god reliabilitet. For å styrke reliabiliteten har vi valgt å bruke direkte sitater i resultatet.

*Validitet* står for gyldighet, og handler om de tolkninger som har kommet frem, er gyldige i forhold til den virkeligheten som studeres (26). Spørsmål knytter seg til hvor sanne de beskrivelser er som intervjupersonene har gitt, om forskerens fortolkning av datamaterialet er riktig og om funnene og konklusjonene som trekkes faktisk representerer virkeligheten (24). Begrepet validitet deles opp i *intern* og *ekstern* validitet (26). Intern validitet knyttes til hvordan årsakssammenhenger støttes innenfor en bestemt studie. Den eksterne validiteten omhandler det som kalles overførbarhet. Det sier noe om i hvilken grad resultatene kan overføres til andre sammenhenger.

Sammen har vi kritisk gått igjennom analyseprosessen og vært nøye med å se etter nye temaer for at ikke vår forforståelse skal påvirke resultatet. Vi har prøvd å argumentere for at våre funn vil være gyldige i andre sammenhenger ved å drøfte resultatene opp mot teori og eksisterende forskning.

Vi mener vi har fått svar på problemstillingen men opplever samtidig at det kan stilles noen spørsmål om mulige feilkilder ved studiens kvalitet. Disse vil tas opp i metodediskusjonen.



### 3.8 Etikk

Studiet ble utført i henhold til de generelle forskningsetiske retningslinjer (27).

Etiske hensyn som skal tas i betraktning er å hindre bruk og formidling av informasjon som kan skade enkeltpersoner (26). Gjenkjennelige detaljer på intervjupersoner skal bli anonymisert og sensitive opplysninger behandles med varsomhet.

Vi har lagt vekt på å ivareta integriteten til de som ble intervjuet både under intervjuene og i etterkant. Intervjupersonene har før hvert intervju signert frivillig informert samtykkeerklæring. Intervjupersonene ble informert om at de når som helst kunne trekke seg uten å oppgi noen grunn eller at det ville gi konsekvenser.

Under analyse og tolking har vi vært nøye for å unngå feil framstilling av resultater. For å unngå plagiering av andres tekster, stjele informasjon fra andre og utgi det som eget arbeid har vi henvist til all litteratur, og brukt henvisningsskikk ved hjelp av vancouvermetoden.

### 3.9 Metodediskusjon

Vårt utvalg består av for få informanter til kunne påstå at studien er representativ for en større populasjon (24). Når det gjelder generalisering fra utvalg til populasjon i kvalitative studier kan vi aldri være sikre på at vi har fått et representativt utvalg.

Vi begynte rekrutteringsprosessen tidlig. Vi sendte email en ekstra gang til de som ikke svarte og endte opp uten noe svar. Vi ser at rekrutteringen kunne vært gjort på en annen måte for eksempel ved personlig oppmøte eller så kunne vi ringt. Da hadde kanskje informantene følt seg mer villige til å stille til intervju, og vi hadde kunnet gi et enda tydeligere svar på problemstillingen.

Transkriberingen var en omfattende del og vi endte opp med en stor mengde data. Ved forenkling og strukturering av datamaterialet kan vi ha oversett andre detaljer og nyanser og ubevisst mistet informasjon. Ved å ha benyttet lydopptak har vi hatt mulighet å gå tilbake for å se på eventuelle uklarheter. I tillegg er det en styrke at dataen finnes tilgjengelig for andre som kan kontrollere datainnsamlingen og våre utsagn (24). I transkriberingen kan dialekt og språk trekkes inn som en feilkilde. Misforståelser og uklarheter rundt både spørsmål fra intervjuere og svar fra intervjupersonene kan ha oppstått. Støy og andre forstyrrende elementer kan også ha gjort det vanskelig å tolke det intervjupersonene sa.

Det første intervjuet ble kortest. Det kan komme av at vi var uvante med å intervju og ikke fulgte tilstrekkelig godt nok opp med oppfølgingsspørsmål. Det kan også tenkes at begge parter var nervøse og spente med tanke på å komme på lydopptak. At vi var to personer som utførte intervjuene kan ha ført til mer nervøsiteten enn om bare en person intervjuet.

Hvordan spørsmålene bli stilt til intervjupersonene, at vi ikke formulerte oss riktig og at intervjupersonene ikke oppfattet spørsmålene riktig kan være mulige feilkilder.

Etterhvert fikk vi mer erfaring i å intervju og mer kunnskap. Dette kan ha ført til at vi ble mer fokuserte og klarere over hva vi lette etter. Erfaring kan også ha noe å si for hvordan vi formulerte spørsmålene og klarte å styre intervjuene inn på temaet.

Å sende ut intervjuguiden på forhånd førte til at flere hadde forberedt seg godt, mens andre ikke hadde rukket å lese gjennom den. Det gjorde at intervjuene skilte seg fra hverandre. En ulempe er at intervjupersonene kan ha blitt låst til disse spørsmålene og at vi mistet annen informasjon. Samtidig opplevde vi det som en styrke da mange gav utfyllende beskrivelser og refleksjoner rundt spørsmålene.

At spørsmålsformuleringen i intervjuguiden var relativt strukturert har sikret at alle intervjupersonene besvarte de samme temaene og muliggjorde at vi kunne stille svarene oppimot hverandre. Intervjuguiden gav føringer vi kunne forholde oss til og vi har fulgt opp og spurt videre dersom vi ønsket å få svar på noe mer. En annen forsker hadde kunnet stille de samme spørsmålene som oss i samme studie. Det er med på å gjøre vår studie repliserbar (26).

Vi har prøvd å være så åpne som mulig for å kunne gi leseren evnen til å vurdere selv om de stoler på de metodene som er benyttet (24). En styrke er at vi har vært to forskere som har gjort det vi mulig å diskutere resultatene, komme med begrunnelser og motargumenter for å så komme fram til en felles beslutning. Andre mulige perspektiver og forhold kan ha vært med på å påvirke resultatet. Til tross for strukturert gjennomgang og analyse kan egen forforståelse påvirke datamaterialet (26).

#### **4 Presentasjon av funn**

Basert på innsamlet data har vi i dette kapitlet samlet det vi anser som de viktigste funnene i studien. Først vil frisklivssentralene presenteres, med fokus på hvem vi intervjuet, hvor mange som var til stede på intervjuene, hvorfor tilbudene ble etablert og hvilken målsetting de jobber mot i tilbudet. For å danne en helhetsbilde er det nødvendig å beskrive selve tilbudet ved hvert enkel frisklivssentral. Videre presenteres resultatene sortert etter intervju spørsmålene inndelt i tre utvalgte kategorier: Fysisk aktivitet, Kosthold og motiverende intervju.

##### **Frisklivsentrals 1 (FS1)**

Antall intervjupersoner til stede: 1

Kjønn: Kvinne

Alder: 28

Utdanning: Bachelor i fysioterapi. Master i folkehelsevitenskap

Tilbudets varighet: 3 år

Bakgrunn for etablering: Oppstart av frisklivssentral. Tilbudet ble etablert samtidig som frisklivssentralen. En del av målsettingen ved oppstart var å ha et tilbud for overvektige barn og unge. På bakgrunn av folkehelsekoordinators kartlegging så man et behov i området.

Målsetting: Fokus på mestringsfølelse. Ikke noe mål å gå ned i vekt men heller å vedlikeholde vekten.

## **Frisklivssentral 2 (FS2)**

### Intervjuperson 1

Kjønn: Kvinne

Alder: 52

Utdanning: Bachelor cand.mag., Grunnfag pedagogikk, videreutdanning i Folkehelse og Friskliv

### Intervjuperson 2

Kjønn: kvinne

Alder: 30

Utdanning: Bachelor i folkehelse. Fitness basis, treningsveileder, instruktør.

Tilbudets varighet: Siden 2013

Bakgrunn for etablering: Et behov for et tilbud til barn og unge med overvekts problematikk. Særlig i et forebyggende perspektiv er det viktig å jobbe med barn og unge.

Målsetting: Å bidra til at familien kan oppnå en endring slik at de ser en forbedring på barna sine, at de skal få til å gjøre noen endringer om det er nødvendig innen kosthold eller nødvendig å være mer i fysisk aktivitet.

Antall intervjupersoner til stede: 2

## **Frisklivssentral 3 (FS3)**

### Intervjuperson 1

Kjønn: Kvinne

Alder: 49

Utdanning: Lærer med grunnfag idrett, videreutdanning innen folkehelsearbeid for barn og unge og overvekt.

## Intervjuperson 2

Kjønn: Kvinne

Alder: 59

Utdanning: Fysioterapeut

Tilbudets varighet: Siden 2009

Bakgrunn for etablering: Skoleseksjonen ønsket tiltak rettet mot barn. Helsestasjonen og helsesøstrene så en økning i vekt ved måling og veiing og ønsket å kunne gi et tilbud når de så det var behov for det.

Målsetting: Å bevisstgjøre familien på hvordan få til endring i fellesskap, oppnå helsefremmende livsstil og bedre barnas helse.

Antall intervjupersoner til stede: 2

## **Frisklivssentral 4 (FS4)**

Kjønn: Kvinne

Alder: 30

Utdanning: Fysioterapeut

Tilbudets varighet: Omtrent 10 år

Bakgrunn for etablering: Lærere og skolene så at ungdomsskoleelever begynte å falle ut fysisk eller sosialt fra skolen, frafall fra videregående skole. For å forebygge områdets utfordringer som lav utdanning, lav inntekt og sosioøkonomiske helseforskjeller.

Målsetting: Å gjøre deltakerne selvstendige til å ta egne valg, få kunnskap som trengs for å ta smarte valg i hverdagen, oppleve mestring, oppleve aktivitetsglede og forebygge at ungdommen dropper ut av skolen.

Antall intervjupersoner til stede: 1

## **Frisklivssentral 5 (FS5)**

Kjønn: Kvinne

Alder: 47

Utdanning: Helsesøster, videreutdanning i barn og overvekt i et folkehelseperspektiv, motiverende samtaleteknikk.

Tilbudets varighet: Siden 2013

Bakgrunn for etablering: Mange overvektige barn i området. Helsesøster hadde liten tid og ressurser til å følge opp barna.

Målsetting: Å gjøre varige livsstilsendringer, stabilisere vekten, være fysisk aktive i 60 minutter per dag og være aktive sammen med foreldre/foresatte en dag i uken. Foreldrene skal lære seg å være aktive med barna.

Antall intervjupersoner til stede: 1

#### 4.1 Tilbudets omfang

FS3 beskrev tilbudet sitt slik:

*“Vi har et familietilbud, hvor familiene må forplikte seg til at de også vil følge og med oppmøtekrav. Det innførte vi i 2015. Og det er viktig. For det er hele familien som skal få hjelp til livsstilsendring og foreldrene er viktige for disse barna. Og det er 9-12 år som er aldersgrensa. Av og til tar vi inn yngre barn hvis man etter veiing i 3. klasse finner fedme, iso-KMI over 30. Tilbudet er aktivitet 2 ganger i uka med barna, og da er det vi som har det, og det tenker vi er veldig viktig, at de ser oss og at vi blir godt kjent med barna og familiene og at de har den stabiliteten. Også har vi felleskvelder en gang i måneden med barn og foreldre, da er det samme opplegg med aktiviteter foreldre og barn sammen, også har vi også tema med jevne mellomrom. Det er hverdagsaktivitet, søvn, motivasjon, forskjellige tema. Så, hver høst har vi BraMat familiekurs som vi har utviklet, da vi foreldre for seg, barn for seg, så har vi noe sammen. Når foreldre er her på undervisning er barna i svømmehallen. Da er det også felles matlaging” (FS3, intervjuperson 2)*

Hovedsatsingen til FS3 er familietilbudet som retter seg mot deres hovedmålsetning om å gjennom bevisstgjøring av familien oppnå en helsefremmende livsstil og bedre helse for barna. Målgruppa er inaktive, overvektige og de som står i fare for å bli overvektig men det er også tilfeller hvor undervektige har deltatt. De har tre helsesamtaler med deltagerne individuelt i løpet av et år. Det finnes 16 plasser. FS3 har også et aktivitetstilbud til ungdom som ikke deltar i annen idrettsaktivitet. Som et universelt tilbud til alle ungdomsskoleelever har de satt i gang et prosjekt rettet mot stressmestring, søvn, og workshop i kosthold. Gjennom frisklivsresept Ung tilbyr de også individuell oppfølging gjennom samtale. Bredden i dette tilbudet skiller seg litt ut fra de andre frisklivssentralene som ble tatt med i undersøkelsen. Men det finnes også mange likheter. Uttalelse fra FS2:

*“Når det gjelder dette tilbud så er jo det et kurs som går over et helt år, følger skoleruta. Da tilbyr vi foreldrene veiledning innenfor forskjellige temaer som for eksempel grensesetting, ro og samspill, psykologisk førstehjelp, kommunikasjon, fokus på BraMat i en kort variant, kosthold og også fysisk aktivitet” (FS2, intervjuperson 2)*

På samme måte som FS3, retter FS2 sitt tilbud seg også til familien. I dette gruppetilbud ønsker man heller å nå yngre barn. Barn som går i 1-4. klasse som har en iso-KMI eller mer kan delta. Det finnes 16 plasser og trefferne holdes 1 gang i uken. Det legges fokus på å bevisstgjøre familien og foreldrene får veiledningssamtaler mens barna er i aktivitet. Det man ønsker med veiledningen er å lære foreldrene noen metoder hvor de kan påvirke barna til å gjøre noen endringer. Også her er det BraMat kurs som brukes. Deltakerne får teoretisk læring om kost og en kortere variant med praktisk matlaging som går over 4 økter per tilbud.

De har tilbud om friklivsresept UNG som individuell oppfølging. I frisklavsresept UNG må de under 16 år ha med seg forelder. Etter 16 bestemmer de selv. Tilbudet tilpasses hver enkel gjennom samtaler og informasjon om kosthold, fysisk aktivitet og depresjonsmestring for ungdom.

Fra beskrivelser om tilbudet fra FS1, så vi likheter i gruppetilbudet både fra FS2 og FS3:

***“Hver gang er det noe fysisk aktivitet, av og til så er det med foreldrene og ja stort sett så er det uten foreldrene. Da har foreldrene samtale i grupper, da de snakker om for eksempel grensesetting, mat og følelser, så har de og kostholds undervisning og matlaging” (FS1)***

Likhetene ligger i gruppetilbudet for barn og foresatte. Også her fokuserer de på fysisk aktivitet men også kostholdsveiledning med praktisk matlaging. Foreldre kan delta sammen med barna i aktiviteter, men oftest er barna i aktivitet mens foreldre får undervisning i samtalegrupper. Andre temaer som tas opp er blant annet overvekt/helse, fysisk aktivitet, motivasjon og endring av levevaner. Målgruppen for dette tilbudet er barn fra 3-7. Klasse med en iso-KMI over 25. Det er plass for opptil tolv barn og deltakerne møter en kveld i uken. Tilbudet følger skoleåret.

FS4 forteller om sitt tilbud:

***“Vi har et gruppetilbud som egentlig er et åpent aktivitetstilbud. Et gratis tilbud hvor ungdommene kan komme og gå som dem vil, komme i olabukse å være med på lekning i gymsalen å så gå hjem når dem føler at dem er ferdig, på de arenaene som ungdommene allerede er” (FS4)***

FS4 har fokus på å nå alle innbyggerne i kommunen. De jobber aktivt ut til barnehager, skoler og SFO, både til foreldre og ansatte, med undervisning innen levevaner. Som et forebyggende tiltak for ungdom fins det gratis aktivitetstilbud for alle ungdommer fra 10 år.

***“Vi har laget noen grupper som på en måte når litt mere direkte inn til de målgruppene som vi ønsker, hvor skolene er med å eventuelt henter inn de deltakerne som dem ser kan ha nytte av å være med på et sånt tilbud da, då er vi litt mer på de spesifikke” (FS4)***

I gruppetilbudet deres er det 18 plasser. Målgruppen er de skolen ser trenger noe ekstra, som er i ferd med å falle ut av gymtimen, og alderen er i likhet med F3 sin ungdomsgruppe 13- 18 år. Ungdommene i denne gruppen blir fulgt opp av egne fritidskontakter som tilbyr deltagerne transport, deltar på aktivitetene og motiverer. Det tilbys også individuell oppfølging gjennom frisklavsresept Ung. Målgruppen her er 0-18 år og har oftest overvekt og kostholdsvansker. Den individuelle oppfølgingen består av helsesamtaler med MI som metode.

En annen frisklivssentral forteller:

***“For vi har jo de individuelle samtaler, gruppetreffene, og forebyggende tilbud for både skole og barnehage. Også har vi jo vært inne på helsestasjonen og hatt undervisning for alle helsesøstrene eller alle som jobber der, da, sånn at de skal ha mer kompetanse på det med kosthold og kanskje kunne gi, noen ganger trengs det ikke så mange samtaler, noen vil ikke treffe oss” (FS5)***

I likhet med FS4 har også FS5 fokus på å undervise. De underviser ansatte på helsestasjonene innen kosthold. En gang i året har de kostholds undervisning på skolen for alle barn på 3. og 8. trinn. De er også innom barnehager og noen videregående skoler for å undervise i kosthold:

***“Barna blir henvist til oss som har en overvekt eller fedme og da får man tilbud om individuelle samtaler og så får man tilbud om at bli med på gruppetilbud. Og det varer i 6 måneder eller 1 år, etter 1 år da så prøver vi jo å avslutte. Vi går også ut og har kostholdsveiledning på skolene for vi ser jo at det er jo så pass stort problem at vi ønsker å jobbe med litt bredde på tilbudet, så alle barn på 3e og 8e trinn der helsesøster går inn og tar vekt og lengde har vi kostholds undervisning en gang per år. Så då må alle barna komme liksom innom det tilbudet som vi har” (FS5)***

I den individuelle oppfølgingen hvor barna blir henvist til frisklivssentralen blir MI brukt som metode i likhet med FS4. Gruppetreffene er som FS1, FS2 og FS3 tilpasset familiene. De har valgt å dele inn i familier med barn på 3-6 år, familier med barn på 7-12 år, bare foreldre og en gruppe for gutter på 14 år. Tidligere var gruppene bare for barn som ble henvist men er nå en åpen gruppe der den som blir henvist også kan ta med seg søsken eller venner. Deltakere varierer alt fra 3-30 barn per treff. De skiller seg ut med å ha gruppetreff 1 gang i måneden. Fokuset er størst på kosthold men også på hverdagsaktivitet.

På spørsmål om hvordan deltagerne rekrutteres til tilbudet svarte FS5:

***”i forbindelse med at helsesøster tar vekt og lengde på 3. og 8. trinn så går de og informerer om at her kan man få hjelp om man ønsker eller at man har et barn med overvekt så må helsesøster ha et tilbud eller hun må ha en samtale med den familien og da kan hun bruke oss som et tilbud i den samtalen og si at dere kan få mere hjelp på frisklivssentralen så sånn blir det reklamert... det ligger ute på nettsiden på skolen at man kan ta kontakt om man har noen spørsmål eller er bekymret for om barnet har overvekt” (FS5)***

Samtlige i vår undersøkelse omtaler helsesøster som den viktigste henviseren og samarbeidspartneren. De er enige om at fastlegen i liten grad henviser barn og unge til frisklivssentralene. FS4 og FS5 opplever at barnehager og skoler tar kontakt ved bekymring og ønske om kurs eller temaundervisning for ulike grupper. Alle har opplevd at foreldre tar kontakt på eget initiativ, men oftest etter samtale med helsesøster. Lærere og spesialhelsetjenesten blir også omtalt som viktige henvisere. Da vi spurte om oppfølging svarte FS4:

***“Helsesøster har alle målinger, men vi får percentilkurver tilsendt av helsesøster for de deltagerne vi har felles, eller de som er på resept” (FS4)***

De fleste frisklivssentralene samarbeider med helsesøster i oppfølgingen. Helsesøster utfører målingene, og gjennom samtaler og møter blir helsesøster og de ansatte i frisklivssentralene

enige om oppfølgingsstrategien. Utvikling i vekt og målinger blir tatt opp i helsesamtalene med deltagerne.

FS5 utfører målingene selv:

***“Vi tar all oppfølging og treffer barna på skolen eller i barnehagen så det blir mye reising for oss” (FS5)***

Mange av frisklivssentralene opplever at barna blir henvist på nytt og er med i gruppetilbudene flere runder og trekker fram at den langvarige endringen gir best resultat.

#### **4.1.1 Diskusjon tilbudet**

I etableringen og utviklingen av en frisklivssentral trengs det kunnskap om områdets innbyggere og eksisterende tilbud og tjenester (15). Helsetilstanden og risikofaktorer blant innbyggerne må stå i samsvar med tilbudets omfang og målsetning. De fem frisklivssentralene i vår undersøkelse har alle ulike utfordringer i sine områder som har påvirket utviklingen av tilbudene.

Lav utdanning, lav inntekt og sosioøkonomiske helseforskjeller var utfordringer som lå til grunn for etableringen av gruppetilbudet hos FS4. De så fysiske og sosiale frafall blant ungdomsskoleelever og elever i videregående skole. FS4 har valgt å ha lite fokus på familien. Deres satsningsområde har vært ungdom. De satser på et bredt aktivitetstilbud og å forebygge sosiale helseforskjeller som blant annet overvekt. I vår undersøkelse fant vi at FS4 ønsker å nå flest mulig ungdommer for å gi mestring og aktivitetsglede og kunnskap. Dette for å styrke deres evne til å ta gode valg og forebygge frafall i videregående skole. En rapport utarbeidet av Helsedirektoratet i 2010 viste at det er en sammenheng mellom utdanning og aktivitet (28). Antallet som oppfyller anbefalingene for fysisk aktivitet øker med utdanningslengden. En kostholdsundersøkelse gjort av helsedirektoratet i 2012 viste at det også er en sammenheng mellom kosthold og utdanning (29). De med lang utdanning spiste mer kornvarer, grønnsaker, frukt og bær enn de med kort utdanning. De viste også at de med lav utdanning hadde et høyere forbruk av saft og brus enn de med høy utdanning. Det kan derfor tyde på at et fokus på kosthold også vil virke forebyggende i forhold til frafall i videregående skole.

Vi fant at FS1, FS2, FS3 og FS5 alle hadde overvekts problematikk som utgangspunkt for etableringen av sine tilbud. De så et behov i området, helsesøster trengte noen å henvise barn med overvekt til. Noen hadde mange overvektige barn i området og i noen områder så helsesøster en økning i vekt. Nasjonale retningslinjer for overvektige barn og unge påpeker at et behov av oppfølgingstilbud til barn og unge med overvekt eller risiko for å utvikle det (6).

Gruppetilbudene hos disse frisklivssentralene omfatter kosthold i større grad enn hos FS4. De har fokus på yngre barn og på familien. Veilederen trekker fram familieperspektivet som noe som må vektlegges i tilbudene rettet mot barn. Forskning viser at det å inkludere foreldre og familie spiller en stor rolle for å redusere overvekt hos barn (30). FS1, FS2 og FS3 har brukt familieperspektivet ved å undervise foreldre mens barna har aktivitet. På denne måten involveres foreldrene som jo har den største påvirkningen i barnas mat valg. FS5 underviser hele familien samtidig noe som kan gi familien en felles plattform og åpne for dialog mellom foreldre og barn i forhold til kost og grensesetting. Noen foreldre kan ha nytte av å treffe andre foreldre i samme situasjon for å utveksle erfaringer og ideer. FS1 vil med dette styrke



barnas mestringsfølelse og stabilisere vekten mens FS2 ønsker at familien skal oppnå en endring i levevaner der det trengs, innen kosthold eller fysisk aktivitet. FS3 vil gjennom bevisstgjøring bedre barnas helse og hjelpe familien til en helsefremmende livsstil. FS5 ønsker med sin metode å stabilisere vekt, gi varige livsstilsendringer og lære familier å være aktive sammen.

Helsedirektoratets Veileder vektlegger forebyggingsstrategier for barn og unge (15). Men veilederen har få føringer for krav og anbefalinger i utvikling av tilbud til barn. I våre intervjuer fremkom det at intervjupersonene ønsket seg flere føringer. Tilgjengeligheten av ferdig utarbeidet materiell og kurs kan gjøre at flere kommuner har mulighet til å opprette tilbud for å redusere overvekt blant barn og unge.

## 4.2 Fokus fysisk aktivitet

Vi ville se nærmere på hvordan fysisk aktivitet brukes mot barn og unge ved de ulike frisklivssentralene. Vi spurte om hvilke aktiviteter de bruker for å aktivere barn og unge. En forteller:

***“mest mulig uteaktiviteter, også har vi blant annet svømming, sykkeltur, klatring, kampsport, stafetter, lek og moro, så det er mye forskjellig” (FS2, intervjuperson 2)***

Samtlige poengterer at mye av treningen foregår utendørs, men også innendørsaktiviteter traktes frem. Som eksempler på andre aktiviteter nevnes kanonball, trampoliner, innebandy og bordtennis. Samtlige frisklivssentraler påpeker viktigheten av å gjøre treningen variert og lystbetont, gjerne i form av lek. De legger vekt på at barna skal oppleve mestring. Uttalelse fra FS3:

***“Vi er veldig opptatt av å ha det gøy også har vi det med styrke og kondisjon i bakhodet hele tiden men vi leker det inn og opplever mestring” (FS3, intervjuperson 2)***

I samtlige gruppetilbud for de mindre barna inkluderes foreldrene sammen med barna i aktivitet innimellom. Uttalelse fra FS2:

***“Foreldrene har veiledning mens barna driver med aktivitetene. Men så hender det at de er sammen med barna, og det er også veldig viktig for å vise at det kan være enkelt å være sammen med barna å gjøre ting. Er det noe som er blitt borte så er det jo den hverdagsaktiviteten og de tingene vi gjør sammen, så det er noe med det å skape lek og at det går an” (FS2, intervjuperson 1)***

Frisklivssentralene ønsker å vise foreldre at det kan være morsomt og enkelt å være aktiv med barna. Det er på den måten et mål at foreldre skal oppleve bevegelsesglede sammen med barna å endre sin holdning til fysisk aktivitet, og være fysisk aktive i hverdagen:

***“målet er jo at foreldrene skal lære seg at være aktive med barna sine, det er viktig å jobbe videre med” (FS5)***

De ble trukket frem at samtlige samarbeider med andre organisasjoner, aktører og idrettslag i forbindelse med å introdusere nye aktiviteter for barn og foresatte:

***“Av og til leier vi inn eksterne idrettsorganisasjoner for å vise barn hva som finnes, og så har vi sånn generell fysisk aktivitet som kanskje kan like litt på gymtimene de har, kanonball, nappehaler, trampoliner” (FS1)***

Alle frisklivssentraler trekker frem samme mål med sine aktivitetstilbud. Gjennom å prøve ut mange ulike aktiviteter vil forhåpentligvis det lede til at alle barna finner en aktivitet de synes er morsom, som de mestrer og kan delta i også etter endt deltakelse. FS2 uttaler:

***”vi jobber ut mot aktører her i kommunen som for eksempel kickboksing og klatreklubben, som da tilbyr en time aktivitet, sånn at vi kan vise dem nye aktiviteter og nye måter å mestre på og aktiviteter som de kan delta i senere” (FS2, intervjuperson 2)***

Når det gjelder frisklivsresept UNG ved FS2 gis det individuell veiledning innen fysisk aktivitet. For å finne aktuelle aktiviteter brukes en oppdatert aktivitetskatalog som gir oversikt over tilgjengelige idrettstilbud i området.

FS4 skiller seg ut ved å ligge tett innpå ulike idrettslag og foreninger. Vi blir fortalt at de valgt å knytte seg til flere etablerte aktører i nærområdet. Det danner et godt utgangspunkt for bredde i aktiviteter og varierte samlinger:

***“Alt ifra lek og moro ute og så aking på vinteren, vi har hvert og gått på skøyter, fiske, bordtennis, men det går veldig mye på å bruke de arenaene som er tilgjengelige” (FS4)***

En regelmessig informasjonsutveksling med samarbeidspartnere gir god kjennskap til hverandres tilbud. Slik sikrer de et best mulig tilbud for ungdommer da de kan henvises til disse når det er behov for det. I tillegg når de målgruppen bredt ved å gi tilgang til aktiviteter ved en kalender som er åpen for alle. Ungdommer tilbys åpne varierte aktivitetstilbud hele uken.

FS5 skiller seg ut ved å ikke bruke resurser på et eget aktivitetstilbud:

***”ettersom det er så mange andre tilbud her så trenger ikke vi å bruke ressurser på det, vi jobber isteden med den hverdagsaktiviteten og får dem og møte opp på det dem har lyst og prøve ut” (FS5)***

De jobber med å få barn og unge inn i allerede eksisterende tilbud i idrettsforeninger, klubbhus og skolens gymsal. De har et nært samarbeide med et frivillighetssenter som tilbyr lokaler og varierte aktivitetstilbud for barn og ungdommer. Vi blir fortalt at målet deres er varige livsstilsendringer, og at de legger fokus på hverdagsaktivitet.

En frisklivssentral har arrangert et gå- til- skolen prosjekt hvor målet er mer fysisk aktivitet, mindre bilkjøring ved skolene og en sosial skolevei for barna. FS3 uttaler:

***“over en 3 ukers periode så skulle alle barn og unge registrere om de gikk til og fra skolen og sende inn resultater ... så det er blitt et universelt tiltak for fysisk aktivitet” (FS3, intervjuperson 1)***

I tillegg legger de spesielt vekt på å bevisstgjøre barn og foreldre om nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet:

***“Og vi hadde hverdagskonkurransen over 2 uker, der de registrerer hva de gjør, de får 1 poeng for ti minutter, og da ligger jo føringene på minst 60 minutter daglig og helst 90, og hvis du får med deg familien din, da får du dobbelt poeng” (FS3, intervjuperson1)***

I forbindelse med hverdagskonkurransene fyller deltakerne ut en aktivitetsdagbok.

I intervjuene spurte vi også om noen av de andre frisklivssentralene tar i bruk stimuleringsiltak i form av aktivitetsbøker. Det fremkom at FS2 og FS4 bruker aktivitetsbøker i den individuelle oppfølgingen. Begge tar utgangspunkt i helsedirektoratets kursmateriell.

Ved spørsmål om frisklivssentralene tester fysisk form på barna var det to frisklivssentraler som oppgav at de bruker løpetester: Uttalelse fra FS3:

***“Vi bruker Andersens løpetest, hvor de løper fram og tilbake tvers over salen og det gjør de parallelt så de ser ikke hvem som gjør det bra eller ikke, barna ser ikke det. De løper 15 sekunder også er det 15 sekunders pause og de holder på i 10 minutter” (FS3, intervjuperson 2)***

Uttalelse fra FS1:

***“vi gjør noen fysiske tester så som 6 minutters løpetest” ..... de springer 6 min rett og slett så langt de klarer og så har man brukt skritt tellere på dem og så har de og fått lov og kartlegge, foreldre har kartlagt sånn hvor mye er de i fysisk aktivitet og hvor mye sitter de i ro og hvor mye tv aktivitet de er i” (FS1)***

#### **4.2.1 Diskusjon Fysisk aktivitet**

Fysisk inaktivitet ser ut til å spille en stor rolle i utviklingen av overvekt og fedme. Studier har funnet at barn som utvikler fedme har vært mer inaktive enn de som ikke utvikler fedme (31). For å kunne redusere vekten anbefales det at barnet er mer fysisk aktiv (6). Det er ikke gjort mye forskning på effektiviteten av aktivitetene som tilbys på de ulike frisklivssentralene, men det er tydelige tegn på at visse treningsformer bør prioriteres. Ved tilrettelegging for aktivitet hos barn med fedme anbefales det at aktivitetene skal være lystbetonte, morsomme og motiverende (16). Samtlige frisklivssentraler vektlegger en variasjon av lekinspirerte idretter slik at barna skal føle mestring og få lyst til å være i aktivitet. Mye av treningen foregår utendørs. Dette er i tråd med Helsedirektoratets anbefallinger (15).

Lek er viktig for barns livskvalitet og legger til rette for verdifull utvikling og læring (32). Gjennom lek og bevegelser utvikler barn motoriske, kognitive og sosiale emosjonelle ferdigheter. (32,16) Ved lek kan barn erfare av sine omgivelser, lære om andre og om seg selv gjennom å bruke kroppen i aktivitet og samspill (32). Lek kan fungere som et redskap til å gi barn utvikling og læring innen mange felt.

Samtlige frisklivssentraler inkluderer foreldre i aktivitetene i barnegruppene. Det er vist at foreldres emosjonelle og praktiske støtte er av stor betydning for livsstilsvaner, spesielt når det gjelder fysisk aktivitet (31). Barn tar etter foreldre i holdninger til fysisk aktivitet. En studie viste at barn av fysisk aktive foreldre er mer fysisk aktive enn barn av inaktive foreldre (11). I tillegg viser forskning at barn blir mer glade i de aktivitetene de har gjort ofte, og der de opplever godt felleskap med foreldrene (31). At barna får prøve ut mange ulike aktiviteter med foreldre mener vi kan ha stor betydning for å øke aktivitetsnivået hos barna.

I livsstilsprogrammer rettet mot overvektige barn er det vanlig å jobbe med å øke hverdagsaktiviteten og redusere skjermaktiviteter med anbefalinger på høyst to timer om dagen (31,11) Et par timers organisert trening hver uke vil ikke motvirke mange timers daglig inaktivitet. For å ha et aktivitetsnivå som er i henhold til de nasjonale anbefalingene, vil det i tillegg til de organiserte aktivitetene ved frisklivssentralene være nødvendig å øke aktivitetsnivået gjennom mer hverdagsmosjon. Slik vi ser det er det viktig å innarbeide gode vaner ved at man er fysisk aktiv til og fra skole, barnehage og til og fra ulike aktiviteter. Barn som går til skolen har et høyere gjennomsnittlig aktivitetsnivå gjennom hele dagen enn barn som blir kjørt til skolen (33). En av frisklivssentralene har startet et gå-prosjekt til skolen. Dette mener vi er et viktig tiltak for å oppnå anbefalingene for fysisk aktivitet. Det kan utgjøre en stor forskjell for den samlede daglige fysiske aktiviteten (34). Kanskje kan barna ta med seg disse vanene inn i det voksne livet.

I resultatet fremkom det at en frisklivssentral tok i bruk hverdagskonkurranser for å stimulere til mer hverdagsmosjon. Et viktig poeng er at barn og foreldre blir bevisstgjort sine aktivitetsvaner gjennom å loggføre aktivitetsdagbok, samtidig som foreldre lærer å trene sammen med barna og de kan nå nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet. Det er vist at foreldre som inkluderes som aktive medspillere i en livsstilsendring, hvor de registrer egen aktivitet og setter opp målsetninger for positive endringer er med på å bedre behandlingens effekt på barna (35).

Fysiske tester beskrives som nyttig for at deltakeren skal bli bevisst egne aktivitetsvaner og motivasjon (15). Resultatet viser at to frisklivssentraler tester fysisk form hos deltakerne, hvor de bruker løpetest. Vi tenker at for deltakere i vår målgruppe kan en fysisk test virke skremmende. Man kan anta at selvbildet, når det gjelder fysisk aktivitet, ikke er så sterkt med tanke på at deltakerne som kommer ofte kjennetegnes for å være lite i aktivitet. Vi mener likevel at flere av disse tester kan gi en god indikasjon på fysisk form ved oppstart, oppfølging og senere for å sammenlikne resultater og fremgang på deltakerne (15). Testen kan være nyttig i forhold til motivasjon og mestring.

I Helsedirektoratets veileder blir kommunene oppfordrede til å avklare samarbeidsmuligheter med relevante lag, organisasjoner og private aktører (15). Alle poengterer at et samarbeid med ulike lag, og frivillige og foreninger gir et bredere tilbud. Det kan være at det er begrenset med personell, ressurser og kompetanse til å drive et tilbud alene. En kartlegging fra SSB tyder på at i større og mer sentrale kommuner finnes det et bredere tilbud og større utvalg av idrettslag, frivillige organisasjoner og private aktører (14). Andre ulikheter kan komme av at noen er kommet lengre i utviklingen av sitt tilbud, beliggenhet og sentralitet.

### **4.3 Fokus på kosthold**

Vi ønsket å få et innblikk i hvordan frisklivssentralene bruker kosthold som arbeidsmetode i sitt arbeid for å redusere overvekt hos barn og unge.

FS5 beskriver:

***“Vi har kostholdsundervisning som følger helsedirektoratet sine kostråd og det er et gruppetilbud som de har hatt mot voksne som heter BraMat. Da har vi lagt det om litt sånn at det går mer mot barn” (FS5)***

FS5 ønsker å ha fokus på kosthold og har tatt i bruk helsedirektoratets BraMat kurs i gruppe som de har tilpasset barn og unge. Foreldre får undervisning i grunnleggende kostholsveiledning. FS5 forteller:

**“Mange har dårlig kunnskap om hva som er bra å spise, de har endelig råd til å kjøpe mye brus, så det er status. De har råd til å gå på MacDonalds osv” (FS5)**

I kursene er grensesetting og kulturelle utfordringer innen mat og matvaner også tema. Det er fokus på at endringen i kostholdet må skje med små skritt av gangen. De vil gi kunnskap om hva som er sunt og hva ulik mat gjør med kroppen:

**“vi har veldig konkrete ting som vi viser for eksempel melkepakke, da vi forteller hvorfor er den her melken bedre enn helmelken. Dette er også ting vi bruker i samtale, liknende ting der vi fyller cola flasker med sukker. Dette viser vi i små stasjoner der vi kanskje har gruppe på 4,5,6 barn så vi da kan fortelle hva vi ønsker å få frem og det er jo et sunt kosthold og fysisk aktivitet. Frukt og grønnsaker, vi følger Helsedirektoratets sine kostråd. Så det her er jo en måte å nå alle barna selv de barna som spiser dårlig mat eller spiser for lite, så kan vi også komme inn med hvorfor er det viktig å spise bra mat” (FS5)**

Viktige verktøy for å gi økt forståelse rundt kosthold er konkrete bilder og matvareforpakninger som illustrerer hva som er sunt og ikke sunt. De snakker om nøkkelhullet, har smakeleker og prøver å introdusere nye matvarer og hvordan de kan brukes. I den individuelle oppfølgingen bes deltagerne kartlegge kostholdet sitt gjennom å skrive ned og ta bilder av hva de spiser. FS5 forteller:

**“i starten var vi veldig nøye med å se på kalorier og se hva de egentlig spiser, men det er ikke riktig det foreldrene gir oss. De forsøker å vise et bedre bilde av hva de egentlig har hjemme” (FS5)**

Å ta bilde med telefonen av maten gjør det vanskeligere å underrapportere kostholdet. Mens deltagerne har bildet av maten foran seg snakker de for eksempel om hva som er bra med maten de har spist og hva som kunne vært gjort bedre. De opplever at denne metoden øker bevisstheten hos både barna og de voksne. De har også kostholdsundervisning for alle barn i området på 3. og 8. trinn. De er innoen barnehager og noen videregående skoler for å undervise i kosthold.

Vi spurte FS2 om kosthold i sitt tilbud:

**“Det er bare for foreldrene, men vi hadde en økt med barn hvor vi snakket om frukt og grønnsaker, enkelt om kosthold og prøvesmaking av forskjellige grønnsaker” (FS2, intervjuperson 2)**

FS2 bruker helsedirektoratets BraMat konsept bare for foreldre og består av 4 økter. FS2 forteller videre:

**“det er mors og fars påvirkning som har den største påvirkningen på barna. Det går jo på hvordan man prater hjemme, hva man serverer og hva man smører i matpakka” (FS2, intervjuperson 1)**

De prøver å gi et teoretisk grunnlag for videre bruk i praksis og til matlaging i hjemmene. Med de deltagerne som kommer gjennom frisklivsresept Ung foregår kostveiledningen gjennom samtaler og matdagbok blir tatt i bruk for kartlegging av kosthold.

FS3 forteller om kostholdet i sitt tilbud:

***”vi har på en måte laget vårt eget ut ifra det, som vi kaller BraMat familie, der vi går igjennom og følger helsedirektoratets anbefalinger og foreldre får kursing i næringsstoffer og vi går gjennom nøkkelhull og brødskala og tallerkenmodell og 5 om dagen, altså det er det som er standard fra helsedirektoratet og byttelister, hva kan man bytte ut det og det med, varedeklarasjon og smakstesting. Og barna, der har vi laget eget opplegg der de får sin undervisning i forhold til hva kroppen har godt av og hva den liker å få, hva det gjør å fylle på feil drivstoff, altså helt enkelt ikke sant, hva skal til for at kroppen vår skal fungere best mulig” (FS3, intervjuperson 1)***

FS3 har også brukt helsedirektoratets BraMat kurs med egne tilpasninger rettet mot familiegrupper. De ønsker å heve kunnskapsnivået og legger vekt på å gjøre det enkelt og overkommelig:

***“det var utrolig dårlig kunnskap om sånne enkle ting som brødskalaen, frukt og grønt, altså kunnskapen var ikke der” (FS3, intervjuperson 2)***

Deltagerne får hjemmeoppgaver som å lete etter nøkkelhull og rydde kjøleskapet. De har med matlaging som en del av kurset og har med matretter som er overførbare til matlaging i hjemmet. I helsesamtalene i den individuelle oppfølgingen blir deltagerne bedt om å skrive ned matinntaket på en vanlig dag som de i samarbeid med deltageren lager en plan ut ifra.

En annen frisklivssentral forteller:

***”vi har litt kosthold innimellom, det hender vi lager litt mat på bålpanne, vi bruker burgere med fiskekaker for å vise litt sånne alternativ, taco med masse gulrøtter i kjøttdeigen ... de får opplevelser på at det går an å bruke litt andre matvarer enn det som de kanskje har hjemme” (FS4)***

FS4 har ikke egne kostholdskurs rettet mot barn og unge. I gruppene «sniker» de likevel inn litt kunnskap om nøkkelhullet, brødskalaen og 5 om dagen. De jobber med kosthold mot barn og unge gjennom å bruke BraMat kurset for å undervise de ansatte i barnehager, SFO og skole. FS4 forteller:

***“hvis det er noen som kommer hit på helsesamtale og skal gjøre endringer i kosten så tar vi ofte en kostholdsanalyse og de kan skrive dagbok ...” (FS4)***

I den individuelle oppfølgingen kan matdagbok brukes for å kartlegge kostholdet og det legges ut ifra den en plan tilpasset den enkelte.

Uttalelse fra FS1:

***”de har ei gruppe for foreldrene, når det er samtalegruppe for foreldrene også er det samtalegruppe for ungene når de har kosthold” (FS1)***

I FS1 får foreldrene teoretisk informasjon om kosthold 4-5 økter pr kurs. De ønsker i likhet med FS3 å gi økt bevisstheten i grunnleggende kosthold i gruppetilbudet. Temaer er matlaging, mat og følelser og grensesetting. Barna får også kostholdsinformasjon i gruppe en gang per kurstilbud. Når det er teoretisk undervisning er barn og foreldre adskilte, ved praktisk matlaging er de sammen. En ekstern ernæringsfysiolog er ansvarlig for kostholdsundervisningen. Deltagerne kan få individuell kostholdsveiledning i helsesamtaler.

#### **4.3.1 Diskusjon Kosthold**

De fleste av frisklivssentralene vi intervjuet vektlegger foreldrenes og familiens rolle i tilbudet til barn og unge. Når det gjelder kosthold som arbeidsmetode vil foreldrenes påvirkning være av stor betydning for å redusere overvekt hos barna. Familiens valg av mat vil ofte være avgjørende for barn og unges valg av kosthold. Barn er underlagt familiens vaner og uten støtte fra familien er det vanskelig for overvektige barn å gjøre endringer i sine kostvaner. Den viktigste faktoren i utviklingen av matpreferanser hos barn er foreldrenes livsstil (11). Vi mener at involvering av foreldre i kostholdsundervisningen er nødvendig for å kunne få til en endring hos barnet. Overvekt går ofte i arv. I noen tilfeller trengs det kanskje en kostholdsending og vektreduksjon for hele familien. En studie gjort av Watson m.fl. (35) i 2011 viste at å inkludere foreldre aktivt i livsstilsendringen til barna vil gi en bedre effekt. Familien blir et team som har kostholdsendingen som et felles familieprosjekt. Det er vanskelig å behandle overvekt, men ifølge Flodmark er det tross alt lettere å oppnå endring hos barn enn hos voksne (36). I hans arbeid holdes familien fram som et viktig utgangspunkt ved kostholdsending hos barn. Han mener familiens involvering er essensiell for å lykkes i endringsprosessen.

Flere av frisklivssentralene hadde også grensesetting som tema og som en del av kostholdsundervisningen. Hos overvektige barn er det viktig at foreldrene hjelper barna til å begrense matmengden (37). Mange foreldre kan oppleve det som vanskelig å sette grenser for mat når barnet er overvektig. Det krever ofte øvelse men er helt nødvendig. Ved å si «nei» til barna tar foreldrene ansvar for barnets helse. I mange familier forbindes familiehygge med usunn mat og når familien er samlet skal man kose seg. Vi tror noen foreldre kan trenge hjelp og veiledning til å se sitt ansvar for å gi familien anbefalt ernæring og til å komme bort fra tanken om at familiehygge innebærer usunn mat og dermed også bli i stand til å sette grenser for barna sine.

Noen av frisklivssentralene var opptatte av undervisning ut til skoler og barnehager. I en studie utført av Da Silveira et al. så de på effekten av kostholdsundervisning i skolen og hvordan den kan være med å redusere overvekt i befolkningen (38). De kom fram til at det hadde en positiv effekt på barns KMI og at særlig kostholdsundervisning over et år er effektivt for å redusere overvekt hos barn. Vi tenker at alle kommunene i større grad burde fokusere på kostholdsundervisning som fag.

Alle frisklivssentralene vi intervjuet bruker helsedirektoratets BraMat kurs i kostholdsundervisningen. Vi blir fortalt at kurset som er utviklet er for voksne, og måtte derfor tilpasses barn og unge. Vi undres over at det ikke allerede finnes et BraMat kurs som har barn og unge som målgruppe. Et BraMat kurs rettet spesifikt mot barn og unge og deres familier, ville gjort det enklere å finne gode passende inspirasjonskilder og kanskje ført til at flere frisklivssentraler tatt i bruk kostholdsundervisning som metode for å redusere overvekt blant barn og unge.

En av sentralene bruker konkreter aktivt i sin kostholdsveiledning av barn og deres familier. Vi tror at denne teknikken kan være et viktig verktøy i formidlingen til barn og deres familier, særlig imot små barn og i de familier hvor språk kan være en utfordring.

Når det gjelder gruppetilbudet i FS4 undres vi over mangelen på eget kostholdskurs for deltagerne. Grunnen kan være at deres tilbud retter seg mot ungdom og ikke omfatter familien på samme måte som hos de andre frisklivssentralene. Med tanke på deres befolkningsrettede målsetting ser vi at en annen grunn kan være at de ved å utdanne de ansatte i barnehage, skole og SFO innen kosthold, mener de kan nå flere barn.

#### **4.4 Motivasjon og mestring**

Da vi spurte FS5 om hvordan de motiverer sine deltagere svarte intervjupersonen gjennom Motiverende intervju. FS5:

***”vi prøver jo å ha all kommunikasjon i forhold til MI med motiverende samtaleteknikk. Men det er jo en selvfølge når vi jobber i frisklivssentralen som skal ha det grunnleggende verktøyet ...” (FS5)***

De bruker MI aktivt i alle sine helsesamtaler. Alle ansatte i frisklivssentralen har gjennomført kurs i Motiverende intervju. Foreldre og barn eller bare foreldre er tilstede i samtalene. De ønsker å ha med barna så mye som mulig:

***”vi prøver å finne ut hva barnet selv tenker, hva det nå er som motiverer dem” (FS5)***

Intervjupersonen forteller videre at de opplever at felles helsesamtaler med barn og voksne skaper en felles plattform som familiene kan jobbe videre på hjemme. Foreldre opplever at det kan være lettere å snakke med barna om vanskelige ting når det først har blitt tatt opp i frisklivssentralen. De hjelper deltagerne å komme fram til konkrete, realistiske små delmål som er oppnåelig. Det opplever de gir mestringsfølelse og mestringstillit. De mener også det er viktig å veie deltagerne hver de kommer for å kunne gi ros ved vektnedgang og snakke om hva de har gjort riktig, og ved vektoppgang snakke om hva som har vært vanskelig, er det noe som kan gjøres annerledes. FS5 forteller:

***“det er ikke så lett å motiverende samtale med en tolk, og deres kultur tilsier heller ikke at de skal tenke gjennom og snakke så mye om følelser og tanker om mat, men gjøre som jeg sier. Men man får kartlagt hva problemet er i alle fall, så får man ta det derfra” (FS5)***

FS5 holder til i et multikulturelt område hvor språk og kultur kan være en utfordring. Konkreter som bilder og matemballasje er viktige verktøy i kommunikasjonen.

Vi spurte FS1 samme spørsmål og intervjupersonen forklarte at MI ikke er en metode som brukes aktivt mot barn i F1 men at prinsippene ligger i bakhodet i helsesamtalene:

***“en bruker jo MI mer eller mindre ubevisst hele tiden” (FS1)***

Videre forteller hun at de opplever at det å hilse og se hver enkelt motiverer. Barna synes aktivitetstreffene er morsomme og det gjør at de har lyst å komme flere ganger:

***“når de kommer så ønsker vi dem velkommen og fint å se dem igjen” (FS1)***



På samme måte som FS1 opplever FS2 at det er motiverende i seg selv å møte opp å oppleve at aktivitetene i gruppetilbudet er morsomme. FS2 forteller:

***“motivasjonsbiten er jo på mange måter å få komme de første gangene å se hva det er. Og etter det opplever jeg at det ikke er så vanskelig. Da gleder de seg til hver gang ... Så motivasjonen kommer litt av seg selv bare det er morsomt nok med humor og mestring” (FS2, intervjuperson 1)***

De forteller at de mener det er viktig å legge lista lavt og gi deltagerne litt medbestemmelse i valg av aktiviteter. En annen viktig faktor de trekker fram er kommunikasjon med deltagerne på sms. Uttalelse fra FS2:

***“jeg sender ut meldinger hver tirsdag og er også den de kan kontakte hvis det er noe, hvis noe oppstår eller de trenger hjelp til transport eller noe sånt, man skal ikke undervurdere effekten av den kommunikasjonen på telefon med velkommen skal dere være ... Jeg tror det har litt å si, da ...” (FS2, intervjuperson 1)***

Foreldrenes påvirkning betyr mye og de har en før- samtale med foreldre i starten av et tilbud. Her tas noen av teknikkene i MI i bruk. I individuell oppfølging gjennom frisklivsresept Ung bruker de alltid MI.

FS4 har stor tro på MI som verktøy innen motivasjon og bruker det i alle helsesamtaler:

***“MI er jo kanskje det største virkemidlet vi har i forhold til å ansvarlig gjøre og få fram motivasjon til de som skal gjøre endringene, da ... Jeg tror det hjelper lite hvis vi kommer med en plan, det her skal du gjøre, fordi da skjer det ikke så mye” (FS4)***

Intervjupersonen trekker fram viktigheten av personlig oppfølgingen også i gruppetilbudet. Hun forklarer at for dem har det vært en suksessfaktor med påminnelser og transportordning via fritidskontakter og skolehelsesøstre:

***“de får en sms ... hei, husk at det er aktivitet i morgen, jeg henter deg ved postkassen kl halv seks ... vi har veldig god erfaring med transportordningen, at de vet at de blir henta, de vet at noen venter på dem” (FS4)***

Videre forteller intervjupersonen at i den individuelle oppfølgingen synes noen det er gøy og motiverende å bruke aktivitetsbok eller kostdagbok mens andre blir mere motivert av å finne et aktivitetstilbud de synes er gøy.

På vårt spørsmål om hvordan deltagerne motiveres trekker også FS3 fram personlig oppfølging i gruppetilbudet som en viktig faktor:

***“Alle skal bli hilst på med navn når de kommer, de skal bli sett, de skal bli tatt imot, de skal ha forståelse for at vi er glad for at du kommer i dag. Det er viktig for å kjenne på den – her er det noen som venter på meg” (FS3, intervjuperson 1)***

De bruker konkurranser for å motivere til hverdagsaktivitet hvor deltagerne må sanke poeng og får de nok poeng får de premie. FS3 forteller videre:

***“Det er ikke bare for resultatet, men det har noe med å motivere seg, å tørre å bli sliten, å yte. Det er mye indre motivasjon vi bruker tid på da. Vi kan heie på deg men du må ville ta deg ut sjøl og kjenne at det er greit å bli sliten” (FS3, intervjuperson 1)***

I den individuelle oppfølgingen gjennom frisklivsresept forteller de at MI brukes som en bakgrunnskunnskap. De opplæring i MI men mener det er ulikt hvor egnet det er som teknikk rettet mot barn.

#### 4.4.1 Diskusjon Motivasjon

Samtlige av frisklivssentralene vi intervjuet trekker fram viktigheten av å se hvert enkelt barn i gruppeaktivitetene. Å hilse på den enkelte, gi dem en følelse av at de er viktige i gruppen og at noen venter på dem. Vi tenker at denne positive gruppementaliteten vil gi barna en økt motivasjon til å møte opp og også yte mer. Mange barn med overvekt og fedme kan føle seg utestengt og annerledes. Det å kunne føle seg velkommen og inkludert mener vi kunne motivere og gi økt mestringfølelse. I Veilederen beskrives det at grupper kan skape mulighet for sosial støtte og et utvidet nettverk (15). En studie trekker fram at en opplevelse av mestring og å være en del av et positivt felleskap er viktig (39). Videre ansees det som beskyttende faktorer mot psykiske lidelser blant ungdom å være sosial, ha støtte fra venner og å være med venner på fritiden.

To av frisklivssentralene i vår undersøkelse trekker fram MI som den viktigste arbeidsmetoden for å redusere overvekt hos barn og unge. MI kan være et viktig verktøy i arbeidet mot overvektige barn fordi de ofte har mindre mestringstro enn normalvektige barn (31). I en prosess for å finne barnets egen motivasjon til å oppnå endring kan teknikker innenfor MI være til hjelp. MI er en mye brukt metode i endringsarbeid på voksne men er mindre utprøvd på barn. To av de andre frisklivssentralene var usikre på bruken av MI på barn. Studier som er gjort har vist gode resultater ved bruk av MI på overvektige barn og unge, men det trengs ytterligere forskning for å konkludere med at det virker (40, 41).

Foreldres motivasjon kan være avgjørende i behandling av overvektige barn (31). Mangel på motivasjon kan skyldes at foreldre ikke ser problemet hos sitt overvektige barn og derfor ikke ser behovet for endring (41,3). Det kan være en sammenheng mellom foreldres motivasjon og deres vekt. Det hevdes at foreldre som sliter med egen vekt kan ha vanskeligheter med å se overvekt og konsekvensene overvekten kan medføre for barnet (41). Økt kroppsvekt blant befolkningen kan også gi en økt toleranse for overvekt. Det kan føre til en større aksept for å være stor og gjøre det vanskeligere å vite hva som er normalvekt og hva som er overvekt hos barnet. Júlíusson beskriver i sin studie fra 2010 et blindhetsfenomen blant foreldre (3, 42). Overvektige barn skiller seg ikke like mye ut som før noe som kan føre til en blindhet for problemet hos foreldre. Juliusson mener at i 70% av tilfellene ser ikke foreldrene overvekt hos barn i alderen 6-12 år.

Små realistiske mål vil også kunne fungere som motivasjon (31). Alle våre intervjupersoner var enig om at endringene bør begynne så smått som mulig. For opplevelse av positiv mestringserfaring er små, oppnåelige og gjerne kortsiktige mål av stor betydning. Det kan bidra til økt motivasjon og er vesentlig ved livsstilsendring. Positive endringer bør gis stor oppmerksomhet mens skuffelser noteres uten stort fokus.

## 5 Veien videre

Vi har tro på befolkningsrettede og universelle tiltak i arbeidet for å redusere overvekt hos barn og unge. En kombinasjon av fysisk aktivitet, kosthold og motivasjon ser ut til å være nødvendig for å få best mulig effekt (11). For daglig livsmestring er fagene *mat og helse* og *kroppspøving* i skolen sentrale (42). Skolen er den arenaen hvor alle barn kan nåes. Vi tenker at

frisklivssentralens tverrfaglige kompetanse i større grad kan tas i bruk i skolen. Et nytt tilrettelagt undervisningsfag som vektlegger balansen mellom energiinntak og energiforbruk kan gi norske elever og barnehagebarn innsikt i betydningen dette har for deres helse, og kan være et viktig forebyggende tiltak for å redusere overvekt hos barn og unge. Frisklivssentralen er den kommunale instansen som har de faglige ressurser som trengs i utføringen av denne typen fag. Sammenlignet med andre helsetjenester viser kartlegging at frisklivssentralen har en kostnadseffektiv drift (14). En implementering av frisklivssentraler i skolen vil nå målgruppen bredt med minst mulig bruk av ressurser.

Selv om det finnes mye dokumentasjon på at kosthold og fysisk aktivitet har stor betydning for helsen trengs det studier av langtidseffekter på hvordan deltagelsen ved frisklivssentralen påvirker barn og unges helse og livssituasjon. Det er interessant å få innsikt i deltagerens opplevelser og hvordan de opplever hverdagen etter endt deltagelse.

## **6 Avslutning**

For å oppnå varig livsstilsendring er det nødvendig med en helhetlig tilnærming. Det er sentralt å inkludere andre samarbeidspartnere og foreldre. Et tverrfaglig samarbeid er nødvendig.

I behandlingsopplegget bør det fokuseres på lyst og lekbaserte aktiviteter som medfører økt motivasjon og deltagelse. I en livsstilsendring vil økt hverdagsaktivitet utover organiserte aktiviteter ha stor betydning for å nå nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet.

Kostholdsendringen må skje med enkle grep og må tilpasses målgruppen. For å lykkes i endringsprosessen er det essensielt for de ansatte i en frisklivssentral å involvere foreldrene. Foreldrene må lære å ta ansvar for barnas helse og sette grenser. Familiens valg av mat vil være avgjørende for barnets kosthold. Kostholdsendringen bør være et felles prosjekt som hele familien deltar i.

MI kan være en god metode for å få fram barn og unge og familiens motivasjon. Foreldres motivasjon spiller en viktig rolle. Gruppeaktiviteter har vist seg å kunne motivere barn og unge, gi mestring og følelse av fellesskap. Å gi positive tilbakemeldinger og sette opp små delmål vil også føre til økt motivasjon og mestringsfølelse. Dette er viktige virkemiddel som bør brukes i behandlingen av barn og unge med overvekt.

Livsstilsendring av overvekt er en omfattende og krevende prosess. Det er sannsynlig at barn og unge og deres familier kan trenge hjelp og støtte. Frisklivssentralenes tilbud kan tilby den faglige kompetansen som trengs for å oppnå varige endringer.

## Referanseliste:

1. WHO. Facts and figures on childhood obesity. 2014 [Internett]. WHO. [sitert 24. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/en/>
2. Folkehelseinstituttet. 4.3. Utvikling av overvekt og fedme hos barn og unge. Oslo: Folkehelseinstituttet; [Internett]. Folkehelseinstituttet. [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://www.fhi.no/nettpub/barnehelserapporten/helse-og-levevaner/utvikling-av-overvekt-og-fedme-blant/>
3. Júlíusson, PB. Overweight and obesity in Norwegian children. [doktoravhandling] Bergen: Universitetet i Bergen; 2010. 100 s. [Internett]. [sitert 15. april 2017]. Tilgjengelig på: [http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/4504/Dr.thesis\\_Petur%20Benedikt%20Juliusson.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/4504/Dr.thesis_Petur%20Benedikt%20Juliusson.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
4. Hovengen, R. Biehl, A. Glavin, K. Folkehelseinstituttet. Barns vekst i Norge 2008 - 2010 - 2012. Høyde, vekt og livvidde blant 3. klassinger. 2014 [Internett]. Folkehelseinstituttet. [sitert 27. januar 2017]. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/rapport-20143-barns-vekst-i-norge-pdf2.pdf>
5. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. 2000;320:6.
6. Helsedirektoratet. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. 100 s. IS-1580 [Internett]. [sitert 24. april 2017]. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/389/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge.pdf>
7. Norsk Helseinformatikk. Percentilskjema. Trondheim: [Internett]. NHI.no. [sitert 15. april 2017]. Tilgjengelig på: <https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/skjema/barnesykdommer/percentilskjema/>
8. Malik VS, Schulze MB, Hu FB. Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. *Am J Clin Nutr*. 8. januar 2006;84(2):274–88.
9. Griffiths, LJ. Wolke, D. Page, AS. Horwood, JP. the ALSPAC study team. Obesity and bullying Different effects for boys and girls. *Arch Dis Child*. 2006; 91: 121-125 [Internett]. [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: [https://www.researchgate.net/profile/Dieter\\_Wolke/publication/7588566\\_Obesity\\_and\\_bullying\\_Different\\_effects\\_for\\_boys\\_and\\_girls/links/0deec52337e965ce64000000/Obesity-and-bullying-Different-effects-for-boys-and-girls.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Dieter_Wolke/publication/7588566_Obesity_and_bullying_Different_effects_for_boys_and_girls/links/0deec52337e965ce64000000/Obesity-and-bullying-Different-effects-for-boys-and-girls.pdf)
10. Latner JD, Stunkard AJ. Getting Worse: The Stigmatization of Obese Children. *Obes Res*. 1. mars 2003;11(3):452–6.

11. Aarskog, D. Bjerknes, R. Overvekt og fedme hos barn og unge. *Pediatrisk endokrinologi*. 2004;18: 6-23 [Internett]. [sitert 16. april 2017]. Tilgjengelig på: [http://pediatrisk-endokrinologi.no/2004/1/Aarskog\\_Bjerknes\\_2004\\_1.pdf](http://pediatrisk-endokrinologi.no/2004/1/Aarskog_Bjerknes_2004_1.pdf)
12. Helse- og omsorgsdepartement. (2008-2009) Samhandlingsreformen. (St.meld. nr. 47 2008-2009) [Internett]. [sitert 27. januar 2017]. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
13. Folkehelseloven. 2012. Lov om folkehelsearbeid. LOV-2011-06-24-29 [Internett]. [sitert 27. januar 2017]. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
14. Ekornrud, T. Thonstad, M. Frisklivssentraler i kommunane. Kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbod. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2016. 128 s. [Internett]. [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: [http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/256787?\\_ts=15308376750](http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/256787?_ts=15308376750)
15. Helsedirektoratet. Helsedirektoratet. Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering og organisering. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. 68 s. IS-1896 [Internett]. [sitert 3. februar 2017]. Tilgjengelig på: [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/53/Veileder%20for%20kommunale%20frisklivssentraler\\_IS1896.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/53/Veileder%20for%20kommunale%20frisklivssentraler_IS1896.pdf)
16. Helsedirektoratet. Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet. Oslo: Helsedirektoratet; 2012 28 s. IS-2170 [Internett]. [sitert 15. april 2017]. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/806/Anbefalinger-om-kosthold-ernæring-og-fysisk-aktivitet-IS-2170.pdf>
17. Kosthåndboken. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1972. [Internett]. [sitert 16. april 2017]. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/51/Kosthaandboken-IS-1972.pdf>
18. Helsedirektoratet. Bra mat for bedre helse kurslederhefte. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. 36 s. IS- 0244 [Internett]. [sitert 24. april 2017]. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Frisklivssentraler/Bra-mat-for-bedre-helse-kurslederhefte.pdf>
19. Espnes, GA. Smedslund, G. Helsepsykologi. 2. utgave, 4. opplag 2014. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2009; 447 s.
20. Barth T, Näsholm C. Motiverende samtale - MI. Endring på egne vilkår. 1. utgave, 5. opplag. Bergen: Fagbokforlaget; 2007. 171 s.
21. Mæland, JG. Forebyggende Helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis. 3. utgave, 3. opplag 2014. Oslo: Universitetsforlaget 2010; 234 s.
22. Tveiten S. Den vet best hvor skoen trykker. Om veiledning i empowermentprosessen. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2008. 159 s.

23. Sletteland N, Donovan R M. Helsefremmende Lokalsamfunn. 1. utgave, 2. opplag 2014. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS ;2012; 234 s.
24. Jacobsen DI. Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015. 432 s.
25. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2015. 381 s.
26. Thagaard, T. Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode. 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS; 2013. 244 s.
27. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Generelle forskningsetiske retningslinjer. [Internett]. [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på:  
[https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/fek\\_generelle\\_retningslinjer.pdf](https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/fek_generelle_retningslinjer.pdf)
28. Helsedirektoratet. Fysisk aktivitetsnivå blant voksne og eldre i Norge. Oppdaterte analyser basert på nye nasjonale anbefalinger. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. 24 s. IS-2183. [Internett]. [sitert 6. april 2017]. Tilgjengelig på:  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/729/Fysisk-aktivitetsnivaa-blant-voksne-og-eldre-i-norge-oppdaterte-analyser-basert-pa-nye-nasjonale-anbefalinger-i-2014-IS-2183.pdf>
29. Totland, TH. Melnæs, BK. Lundberg-Hallén, N. Helland-Kigen, KM. Lund-Blix, NA. Myhre, JB. et al. Helsedirektoratet. Norkost 3 En landsomfattende kostholdsundersøkelse blant menn og kvinner i Norge i alderen 18-70 år, 2010-11. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. 67 s. IS-2000. [Internett]. [sitert 6. april 2017]. Tilgjengelig på:  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/301/Norkost-3-en-landsomfattende-kostholdsundersokelse-blant-menn-og-kvinner-i-norge-i-alderen-18-70-ar-2010-11-IS-2000.pdf>
30. Gruber KJ, Haldeman LA. Using the Family to Combat Childhood and Adult Obesity. *Prev Chronic Dis* [Internett]. 15. juni 2009 [sitert 5. april 2017];6(3). Tilgjengelig på:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2722397/>
31. Danielsen, YS. Fedme hos barn. 1. utg. Oslo: Kommuneforlaget AS; 2014. 145 s.
32. Greve, A. Løndal, K. Læring for lek i barnehage og skolefritidsordning. *Tidsskrift for Nordisk barnehageforskning*. 2012; 5(19): 1-14. [Internett]. [sitert 24. april 2017]. Tilgjengelig på: <https://journals.hioa.no/index.php/nbf/article/viewFile/447/439>
33. Cooper AR, Andersen LB, Wedderkopp N, Page AS, Froberg K. Physical Activity Levels of Children Who Walk, Cycle, or Are Driven to School. *Am J Prev Med*. oktober 2005;29(3):179-84.
34. Bahr, R. Helsedirektoratet. Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2015. 620 s.

35. Watson, P.M. Dugdill, L. Pickering, K. Bostock, S. Hargreaves, J. Staniford, L. Cable, N.T. A whole family approach to childhood obesity management (GOALS): Relationship between adult and child BMI change. *Annals of Human Biology*. 2011; 38(4): 445-452 [Internett]. [sisert 13. april 2017]. Tilgjengelig på:  
[https://www.researchgate.net/profile/Paula\\_Watson2/publication/51228073\\_A\\_whole\\_family\\_approach\\_to\\_childhood\\_obesity\\_management\\_GOALS\\_Relationship\\_between\\_adult\\_and\\_child\\_BMI\\_change/links/00b4951e94442413f4000000/A-whole-family-approach-to-childhood-obesity-management-GOALS-Relationship-between-adult-and-child-BMI-change.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Paula_Watson2/publication/51228073_A_whole_family_approach_to_childhood_obesity_management_GOALS_Relationship_between_adult_and_child_BMI_change/links/00b4951e94442413f4000000/A-whole-family-approach-to-childhood-obesity-management-GOALS-Relationship-between-adult-and-child-BMI-change.pdf)
  
36. Flodmark, C-E. Ohlsson, T. Symposium on «Behavioural nutrition and energy balance in the young» Childhood obesity: from nutrition to behaviour. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2008; 67: 356-362 [Internett]. [sisert 14. april 2017]. Tilgjengelig på:  
<https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/S0029665108008653>
  
37. Kostverktøyet. Grensesetting. Trondheim: St. Olavs hospital. [Internett]. Kostverktøyet.no. [sisert 13. april 2017]. Tilgjengelig på:  
<http://www.kostverktoyet.no/helsepersonell/kommunikasjon/Grensesetting>
  
38. Da Silveira, JAC. Taddei, JAAC. Guerra, PH. Nobre, MRC. J. The effect of participation in school-based nutrition education interventions on body mass index: A meta-analysis of randomized controlled community trials. *Preventive Medicine*. 2013; 56(3-4): 237-243 [Internett]. [sisert 25. april 2017]. Tilgjengelig på:  
[https://www.researchgate.net/profile/Paulo\\_Guerra3/publication/235390869\\_The\\_effect\\_of\\_participation\\_in\\_school-based\\_nutrition\\_education\\_interventions\\_on\\_body\\_mass\\_index\\_A\\_meta-analysis\\_of\\_randomized\\_controlled\\_community\\_trials/links/02e7e52c183a3520df000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Paulo_Guerra3/publication/235390869_The_effect_of_participation_in_school-based_nutrition_education_interventions_on_body_mass_index_A_meta-analysis_of_randomized_controlled_community_trials/links/02e7e52c183a3520df000000.pdf)
  
39. Myklestad, I. Røysamb, E. Tambs, K. Risk and protective factors for psychological distress among adolescents. A family study in the Nord Trøndelag Health Study. *Social Psychiatry*. 2011; 47(5): 771-782 [Internett]. [sisert 7. april 2017]. Tilgjengelig på:  
[https://www.researchgate.net/profile/Ingri\\_Myklestad/publication/51057635\\_Risk\\_and\\_protective\\_factors\\_for\\_psychological\\_distress\\_among\\_adolescents\\_A\\_family\\_study\\_in\\_the\\_Nord-Trondelag\\_Health\\_Study/links/0fcfd509253413a3cb000000/Risk-and-protective-factors-for-psychological-distress-among-adolescents-A-family-study-in-the-Nord-Trondelag-Health-Study.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ingri_Myklestad/publication/51057635_Risk_and_protective_factors_for_psychological_distress_among_adolescents_A_family_study_in_the_Nord-Trondelag_Health_Study/links/0fcfd509253413a3cb000000/Risk-and-protective-factors-for-psychological-distress-among-adolescents-A-family-study-in-the-Nord-Trondelag-Health-Study.pdf)
  
40. Resnicow, K. Davis, R. Rollnick S. Motivational Interviewing for Pediatric Obesity: Conceptual issues and Evidence Review. *Journal of the american dietetic association*. 2006; 106(12):2024–33.
  
41. Mareno, N. Parental perception of child weight: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*. 2013; 70(1):305–12.
  
42. Helsedirektoratet. Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge. 144 s. IS-2203. [Internett]. [sisert 25. april 2017]. Tilgjengelig på:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/311/Samfunnsutvikling-for-god-folkehelse-IS-2203.pdf>



## Vedlegg 1: Intervjuguide

### Intervju: Frisklivsarbeid rettet mot barn og unge

Navn: Frisklivssentral Alder: Utdanning:	
1. Hva er dine arbeidsoppgaver på frisklivssentralen?	
2. Hvilke tidligere arbeidserfaringer har du?	
3. Hvor lenge har frisklivssentralen hatt et tilbud for barn og unge?	
4. Hvorfor ble tilbudet etablert?  “Drivkraften bak tilbudet”	
5. Hvordan var prosessen for å etablere tilbudet?	
6. Hvordan rekrutteres barna?	
7. Hva omfatter tilbudet for barn og unge?  “i sin helhet”	
8. Når det gjelder fysisk aktivitet, hvordan bruker dere det i tilbudet?	
9. Hvordan går dere frem når det gjelder kosthold, hvilken metode bruker dere?	
10. Hva gjør dere for å motivere deltagerne?	
11. Ut fra din erfaring, hvilken arbeidsmetode anser du gir størst effekt for å redusere overvekt?	

12. Hvordan tilpasses tilbudet til hver enkelt deltager?	
13. Har dere en målsetting for tilbudet?	
14. Hvordan måler dere resultater på deltagerne?	
15. Har dere sett noen positiv utvikling hos deltagerne?	
16. Hvilken oppfølgingsstrategi har dere etter endt deltagelse?	
17. Har tilbudet forbedringspotensial?	

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv

### Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en bacheloroppgave

Vi er to 3. års studenter som studerer livsstilsendring og folkehelse ved Høgskolen Kristiania og holder nå på med en avsluttende bacheloroppgave. Temaet er frisklivsarbeid rettet mot barn og unge. Vi ønsker å innhente kunnskap om tilbud for barn og unge ved frisklivssentraler og se på hvordan de ansatte jobber for å redusere overvekt blant barn og unge.

Vi ønsker å besøke 5 frisklivssentraler som har et tilbud for barn og unge. For å innhente informasjon er det ønskelig å intervju sentrale ansatte i frisklivssentralen som er delaktige i gjennomføringen av tilbudet.

Intervjuet vil ikke ta mer enn en time, og vil bli tatt opp som lydopptak på mobiltelefon. Det vil bli tatt notater underveis mens intervjuet pågår. Den aktuelle intervjuperioden avtales via mail. Spørsmålene vil være rettet mot hvordan dere jobber og deres erfaringer innen dette temaet.

Deltagelsen er frivillig, og du kan når som helst trekke deg uten å gi en begrunnelse for hvorfor. Dersom du trekker deg, vil alle innsamlede data om deg anonymiseres og ikke benyttes i oppgaven. Opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig.

Vi ber om lov til å kontakte dere i etterkant av intervjuet dersom vi kommer på noe mer som er relevant for studien.

Vennligst signer den vedlagte samtykkeerklæringen dersom du ønsker å delta i undersøkelsen. Har du noen spørsmål, eller ønsker å bli informert om resultatene fra undersøkelsen når de foreligger, ta gjerne kontakt med oss.

Marina Mørskogen (ansvarlig student)  
E-post: [marinamorskogen@hotmail.com](mailto:marinamorskogen@hotmail.com)  
Mob: 46545637

Helen Westgård Pajnic (ansvarlig student)  
E-post: [colin\\_leni82@hotmail.com](mailto:colin_leni82@hotmail.com)  
Mob: 40243044

## Vedlegg 3: Samtykkeerklæring

### Samtykkeerklæring for deltagelse i bacheloroppgave

Bacheloroppgavens tittel: Frisklivsarbeid rettet mot barn og unge

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet og formålet med bacheloroppgaven. Jeg er gjort meg kjent med at opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert, slik at det ikke kan etterspores. Jeg er videre kjent med at jeg når som helst kan trekke meg fra å delta, uten å måtte oppgi noen grunn til det.

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Signatur:..... Dato:.....