



Motiverende intervju ved oppfølging av overvekt hos barn

Hva sier forskning om helsesykepleieres erfaring med motiverende intervju i oppfølgingsamtale ved identifisert overvekt på barneskolen?

Kandidatnummer: 327 og 315
Emnekode: MAHEL5400 Kull 20 V22
Innleveringsfrist: 29.04.2022
Antall ord: 4369

Sammendrag

Innledning med bakgrunn: 1 av 6 norske barn har overvekt eller fedme og forekomsten øker med alder. Forekomst av overvekt vil kunne gi negative helsemessige konsekvenser senere i livet om problemet vedvarer. Helsesykepleiers forebyggende arbeid i barneårene må vektlegges, slik at videre utvikling av overvekt unngås. Motiverende intervju (MI) er foreslått som metode i oppfølgingsamtaler ved identifisert overvekt, der atferdsendring er tema. MI er en samtalemetode, med mål om å finne, utvikle og styrke personens indre motivasjon og forpliktelse til endring. Hensikten til denne litteraturstudien er å se hva forskning sier om helsesykepleieres erfaringer i bruk av MI i oppfølgingsamtaler med overvektige barn.

Metode: Litteraturstudie. Systematiske søk ble gjennomført med samme søkeord i Ebsco-base, Embase/Ovid, PsychINFO og Cochrane Library. Det ble inkludert tre relevante treff.

Resultat: Helsesykepleierne erfarte MI som en god metode for å snakke om sensitive tema som overvekt, og egnet for arbeid med motivasjon og atferdsendring. utfordringer og dilemmaer oppstod ved manglende anerkjennelse av overvekt som et problem, eller ved manglende motivasjon til å gjøre endringer. Samtidig erfarte helsesykepleierne fordeler ved MI, som styrket brukermedvirkning og samarbeid.

Konklusjon/Oppsummering: Overvekt er et sensitivt tema for alle parter og helsesykepleier må være bevisst sine egne holdninger og tanker rundt overvekt i møte med familien. Ved hjelp av MI fungerer helsesykepleier som en støtte for familien, i deres endringsprosess mot livsstilsendring, der de selv kommer frem til løsninger basert på egen indre motivasjon.

Nøkkelord: Barn, overvekt, foreldre, Motiverende Intervju, helsesykepleier

Abstract

Background: 1 in 6 children in Norway is overweight or obese, and the incidence increases with age. The occurrence of obesity could have negative health consequences later in life if the problem persists. Public Health nurses' preventive work in childhood must be emphasized, so that further development of overweight is avoided. Motivational interview (MI) has been proposed as a method in follow-up interviews for identified overweight, where behavior change is a topic. MI is a conversational method with the goal of finding, developing and strengthening the person's inner motivation and commitment to change. The purpose of this literature study is to look further into research findings in Public Health nurses using MI in follow-up interviews with overweight children.

Method: Literature study. Systematic searches were performed with the same keywords in Ebsco-base, Embase / Ovid, PsychINFO and Cochrane Library. Three relevant matches were included.

Results: Public Health nurses experienced MI as a good method for talking about sensitive topics such as obesity and suitable for work with motivation and behavior change. Challenges and dilemmas arose from a lack of recognition of obesity as a problem, or from a lack of motivation to make changes. Public Health nurses experienced the benefits of MI, which strengthened user participation and collaboration.

Conclusion: Obesity is a sensitive topic for all parties and the Public Health nurse must be aware of their own attitudes and thoughts about obesity in meeting with the family. With the help of MI, Public Health nurse acts as a support for the family in their process of change towards lifestyle change, where the family find solutions based on their own inner motivation.

Keywords: Children, Overweight, Parents, Motivational Interview, Public Health nurse

Innledning

Overvekt er et folkehelseproblem. Ca. 1 av 6 barn i Norge har overvekt eller fedme og forekomsten øker med alder (Folkehelseinstituttet, 2017). Det er utfordrende å oppnå varig vektreduksjon når overvekt først er utviklet. Forekomst av overvekt vil kunne gi negative helsemessige konsekvenser senere i livet om problemet vedvarer. Helsesykepleiers forebyggende arbeid i barneårene må vektlegges, slik at videre utvikling av overvekt unngås (Helsedirektoratet, 2010, s. 10).

Bakgrunn

Overvekt skyldes en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk over tid, men skal ikke utelukkende ses på som en ernæringsrelatert sykdom. Genetiske faktorer og biologisk ubalanse i appetittreguleringen, kan gjøre enkelte mer utsatt for utvikling av overvekt og fedme enn andre. Psykiske og sosiale faktorer kan også være medvirkende faktorer til vektutviklingen (Helsedirektoratet, 2012, s. 175).

Samtale om overvekt kan være et vanskelig og sårbart tema, og kan bidra til negative følelser og selvbilde hos de det gjelder. Overvekt blir av mange betraktet som selvforskyldt. Skam og skyld er følelser som ofte er knyttet til overvekt, og kan føre til psykiske problemer, sosial isolasjon og utvikling av uhelse. Overvekt påvirker også sosiale- og psykiske funksjoner negativt (Helsedirektoratet, 2010, s. 39-40; Holme et al., 2019, s. 485). Folkehelseinstituttet utarbeidet en oversiktsartikkel for Helsedirektoratet, som viser at foreldre er bekymret for å snakke med barna om overvekten, i frykt for å skade barnets selvbilde og selvtillit (Ames et al., 2020, s. 16). Foreldre som reagerte negativt eller med vantro ved formidling av overvekten, hadde mindre sannsynlighet for å godta barnets vektstatus (Ames et al., 2020, s. 15). Hvordan helsesykepleier møter familien vil derfor være avgjørende for videre godt samarbeid mellom partene (Helsedirektoratet, 2010, s. 39-40).

Helsedirektoratet viser til familien som den viktigste ressursen for barnet og fremhever foreldre som gode rollemodeller for barns utvikling og oppvekst. Endring av levevaner bør omfatte hele familien for å forebygge videre utvikling av overvekt (Helsedirektoratet, 2010, s. 33, 11). Skolehelsetjenesten har en plikt til å tilrettelegge for at barn og deres foreldre blir

lyttet til og hørt (Helsedirektoratet, 2019a). Barnets rett til å bli hørt og si sin mening støttes av FNs barnekonvensjon artikkel 12, barneloven § 31 og Grunnlovens § 104. Videre har helsesykepleier plikt til å gi tilpasset informasjon (Helsepersonelloven, 1999, § 10) og familien har rett til medvirkning og informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1, 3-2, 3-4, 3-5).

Ifølge nasjonalfaglige retningslinjer for skolehelsetjenesten skal helsesykepleiere måle høyde og vekt i barneskolen ved 1. og 3. trinn (Helsedirektoratet, 2019b). Ved identifisert KMI på eller over Iso-KMI 25 (Helsedirektoratet, 2021), som indikerer overvekt, skal egen retningslinje følges. Helsesykepleier skal innkalle foreldre og eventuelt barnet til en kartlegging- og veiledningssamtale. En Iso-KMI skal alltid sees i sammenheng med barnets kroppsfasong, andel fett- og muskelmasse og tidligere målinger. Ved mistanke om patologiske årsaker til overvekt skal barnet utredes av fastlege. I oppfølgingsamtaler, der atferdsendring er tema, foreslår Helsedirektoratet å benytte Motiverende intervju (MI) som samtalemetode (Helsedirektoratet, 2010, s. 11; 2019b).

Psykologene Miller og Rollnick har de siste 30 årene utviklet og arbeidet med MI som metode (Miller & Rollnick, 2016, s. 7). De definerer MI som; «*en samarbeidsorientert samtalestil som har som mål å styrke en persons indre motivasjon for og forpliktelse overfor endring*» (Miller & Rollnick, 2016, s. 38). MI er evidensbasert, samarbeidsorientert og målrettet samtalemetode om pasienters motiver i en empatisk og aksepterende atmosfære. Målet med MI er å finne-, utvikle- og styrke personens indre motivasjon, mestring og forpliktelse til endring (Barth, 2020, s. 139-146). Metoden er krevende og kan ta tid å utvikle (Miller & Rollnick, 2016, s. 396; Tveiten, 2020, s. 144). Nymoens sin fagartikkel omhandler integrering av MI i praksis og får frem viktigheten av tid til innlæring, praktiske øvelser, veiledning og korrigerende feedback ved implementering av MI (Nymoens, 2020, s. 37).

Grunnleggende prinsipper i MI er å uttrykke empati, utvikle diskrepans mellom dagens status og hvordan man ønsker å ha det, rulle med motstand, unngå argumentering og støtte mestringskompetansen. Dersom personen får undersøke egne motstridende tanker, argumenter for hvorfor endring er ønskelig, og styre når endring skjer, øker sannsynligheten for endring (Helsedirektoratet, 2017). MI som samtalemetode bygger på fire kommunikasjonsferdigheter: åpne spørsmål, bekreftelse, refleksiv lytting og oppsummering (Miller & Rollnick, 2016, s. 61-63). Helsesykepleier skal unngå å vekke eller styrke motstand i

samtaler. Der motstand oppstår, skal man lytte og vise forståelse, og unngå argumentasjon (Ivarsson, 2017, s. 20-22; Miller & Rollnick, 2016, s. 62). I stedet for å gi mengder av informasjon og velmenende råd, skal helsesykepleieren være en veileder og støttespiller i endringsprosessen, og utforske brukerens ambivalens og motivasjon ved bruk av MI (Helsedirektoratet, 2017). Helsesykepleier vil ved hjelp av MI, møte familien med aksept, nysgjerrighet, medfølelse og partnerskap. I MI er antakelsen at familien selv vet best hva de trenger, da de er eksperter på seg selv. Familien skal ha ledelsen i sin egen endringsprosess. Å søke familiens egne verdier, motivasjon, evner og ressurser er sentralt for å lykkes med endring (Barth, 2020, s. 139-144; Helsedirektoratet, 2017).

Den transteoretiske endringsmodellen er tett forbundet med MI-praksis, og kan være nyttig å ha kjennskap til når man arbeider med livsstilsendring. MI kan være nyttig i de tre første stadiene i endringsprosessen. Endringsmodellen sier at bevisste endringsprosesser består av fem stadier. Det første stadiet kalles føroverveielser, der problemet finnes, men endring vurderes ikke. Neste stadiet er overveielser, der man er oppmerksom på problemet, men ambivalent til handling. Det tredje stadiet er forberedelser der man tar et valg og mobiliserer ressurser for å kunne gjennomføre endring. Det fjerde stadiet er et handlingsstadium der endring gjennomføres, og i det siste stadiet er et vedlikeholds stadium, der endring blir integrert i vanemønster (Barth, 2020, s. 142-143).

MI er en empowerment-intervensjon som vektlegger medvirkning og anerkjennelse av pasientens kompetanse, med mestring som hovedmål (Tveiten, 2020, s. 91). Å gi råd betyr å fortelle noen hva de bør gjøre. Av og til ønskes råd, og da medvirkes det ved å be om råd. Å bestemme over noen samsvar ikke med empowerment-tenkning og brukermedvirkning (Tveiten, 2020, s. 131). Empowerment kan ses på som myndiggjøring eller «å gjøre sterk». Målet i empowerment og MI samsvarer, og den enkeltes ressurser, ferdigheter og kompetanse vektlegges slik at bruker kan nå sitt potensial. Denne tilnærmingen skal bidra til mestring, trygghet, positivt selvbilde samt opplevelse av å få tilbake makt og kontroll i eget liv (Tveiten, 2020, s. 74-75).

I empowerment-tenkning er familien ekspert på seg og sitt liv, og det skjer en maktomfordeling fra helsesykepleier til familien. Helsesykepleierens merkunnskap og ekspertkompetanse representerer makt, og det kan være fristende å bruke makten til å påvirke familier i riktig retningen. En samtale mellom familien og helsesykepleier foregår i

spenningsfeltet mellom brukermedvirkning og ekspertpåvirkning. Helsesykepleier må være bevisst og bruke sin ekspertkompetanse slik at familiens mestringskompetanse øker (Tveiten, 2020, s. 214). Å ha en ekspertrolle er ikke hensiktsmessig i samtaler der behovet er personlig endring (Miller & Rollnick, 2016, s. 72).

Empowerment er nært assosiert med brukermedvirkning (Christiansen, 2020, s. 35). Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet og et sentralt prinsipp i helse- og omsorgstjenesten. Familien har rett til å medvirke og helsesykepleier har plikt til å involvere familien. Brukermedvirkning handler om å medvirke og være delaktig i det som angår en selv (Vågen, 2020, s. 23-24).

Helse- og omsorgsdepartementet lanserte begrepet helsekompetanse, med mål om å øke helsekompetansen i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Tveiten omtaler helsekompetanse som evnen til å trekke kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Helsekompetanse kan være en viktig forutsetning for å kunne ta beslutninger knyttet til livsstilsvalg og forebyggende tiltak for å mestre egne helseutfordringer (Tveiten, 2020, s. 15).

Hensikt

Oppfølging av overvekt er en av helsesykepleiers oppgaver på barneskolen. Samarbeid og brukermedvirkning står sentralt for å sikre god oppfølging av barn og unge. Måten helsesykepleier møter familien på, vil derfor være avgjørende i prosessen mot varig endring av livsstil. Verdien i MI som metode og helsesykepleiers profesjonsverdier har mange likhetstrekk. Hensikten med denne studien er å se på hvilke erfaringer helsesykepleiere har med MI i oppfølgingssamtaler med familien og barn på barneskolen med identifisert overvekt, der adferdsendring er tema.

Problemstilling

Hva sier forskning om helsesykepleieres erfaring med motiverende intervju i oppfølgingssamtale ved identifisert overvekt på barneskolen?

Metode

Ved hjelp av PICO-skjema ble det formulerte en problemstilling og funn av relevante søkeord. Deretter fant vi ulike synonymer på engelsk ved bruk av MeSH (Helsebiblioteket, 2020). Søk i Google Scholar gav en rask oversikt over eksisterende forskning på tema, før vi igangsatte med systematiske søk i databaser etter aktuelle artikler. Systematiske søk ble utført med samme søkeord og kombinasjoner i aktuelle databaser, som vist i tabell I. Aktuelle artikler ble kvalitetssikret ved bruk av sjekklister fra Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016).

Tabell I: Søkeord

Søkeord og kombinasjoner		
Kombinert med OR: Children Kids Youth Child Pediatric	AND	Kombinert med OR: Parents Caregivers Mother Father Parent Guardians Family Parental involvement Parental cooperation
AND		AND
Kombinert med OR: Overweight Obesity Obese Fat Unhealthy weight High BMI		Kombinert med OR: School nursing Health nursing Public health nursing Nurse
		AND
		Kombinert med OR: Motivational interviewing MI Motivational interview

Studier som omhandler overvekt hos barn, er inkludert i søk. Grunnet begrensede treff, ble det valgt å inkludere studier som også omhandlet fedme. Det er kun inkludert engelskspråklige artikler. Søket ble begrenset til aldersgruppen 5-12 år, da hovedfokuset i studien er barn i barneskolen. Kun fagfellevurderte artikler fra år 2009 til 2022 ble inkludert. Kvalitative studier var preferert for å kunne finne helsesykepleiers erfaringer. Likevel ble det inkludert kvantitativ forskning som var relevant for aktuell problemstilling.

Tabell II: Søk i databaser

Søk i databaser			
Database	Antall treff	Relevante treff	Brukte/aktuelle
Ebsco-base (Felles søkemotor for databasene Cinahl, Medline, SocIndex med flere)	63	9	3
Embase/Ovid	29	6	0(3)
PsychINFO	4	0	0
Cochrane Library	4	0	0
Totalt	100	15	3

Etiske vurderinger

Alle artiklene i denne studien var engelskspråklige, og vi har forsøkt være bevisst vår engelske fortolkning, for å unngå feil fremstilling av artiklenes resultater. Vår egen erfaring og forforståelse av tema kan også ha vært med på å påvirke hvordan artiklene fortolkes, selv om vi har forsøkt å være nøytrale og bevisst dette.

Resultat

Tabell III: Litteraturmatrise

Litteraturmatrise			
Referanse	Hensikt	Metode	Resultat
<p>Söderlund, L. L., Nordqvist, C. Angbratt, M. Nilsen, P.</p> <p>«Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children».</p> <p>Sverige, 2009</p> <p>https://doi.org/10.1093/her/cyn039</p>	<p>Identifisere utfordringer og fordeler ved motiverende intervju i helsesykepleiers veiledning med barnet og foreldrene ved overvekt og fedme hos barn i alder 5 og 7 år.</p>	<p>Fokusgruppeintervju, intervjuguide med åpne spørsmål.</p> <p>10 helsesykepleiere fikk 2-dagers MI-kurs. MI ble praktisert i seks måneder.</p> <p>Helsesykepleierne fikk 4 oppfølgingsmøter i løpet av de 6 månedene for å diskutere og få feedback i bruken av MI.</p>	<p>Helsesykepleier og foreldres anerkjennelse av overvekten som et problem ble identifisert som hindring i å bruke MI. Manglende motivasjon og ambivalens til å gjøre noe med overvekten kommer også frem som en hindring ved bruk av MI. Helsesykepleiernes anerkjennelse av MI- teknikker og MI-ånden var en effektiv problemløser.</p>
<p>Söderlund, L. L. Malmsten, J. Bendtsen, P. Nilsen, P.</p> <p>«Applying motivational interviewing (MI) in counselling obese and overweight children and parents in Swedish child healthcare».</p> <p>Sverige, 2010</p> <p>https://doi.org/10.1177/0017896910373136</p>	<p>Ser på helsesykepleieres holdninger og erfaringer etter gjennomført MI-kurs.</p> <p>Studien evaluerer hvordan MI-kurset endret helsesykepleieres praksis i forhold til veiledning til barn og deres foreldre ved overvekt og fedme hos barna.</p>	<p>Tverrsnittstudie, deskriptivt design.</p> <p>76 helsesykepleiere fra 33 ulike avdelinger fikk i 2008 et 2-dagers MI-kurs.</p> <p>Det ble gjennomført telefonintervju ved hjelp av spørreskjema, med gradert svaralternativer, ett år etter fullført kurs.</p>	<p>Helsesykepleierne mente at MI var fordelaktig i forhold til tradisjonelle rådgivningsmetoder, og for å påvirke motivasjon og atferd.</p> <p>MI hadde betydelig effekt på helsesykepleieres kliniske arbeid og resulterte i endringer i praksis. Helsesykepleierenes holdninger til MI var i hovedsak positive, og forenelig med deres verdier og normer.</p>
<p>Bonde, A. H. Bentsen, P. Hindhede, A. L.</p> <p>«School Nurses' Experiences With Motivational Interviewing for Preventing Childhood Obesity».</p> <p>Danmark, 2014</p> <p>https://doi.org/10.1177/1059840514521240</p>	<p>Erfaringer og dilemmaer helsesykepleiere møter ved bruk av MI i veiledningssamtaler med overvektige barn og deres foreldre.</p>	<p>Kvalitativ kasusstudie, semistrukturert intervju.</p> <p>12 helsesykepleiere fikk 4-dagers kurs i MI og vektutfordringer.</p> <p>Barn og unge med overvekt fra 41 forskjellige skoler ble valgt gjennom rutinemessig KMI-sjekk. Utvalget og deres foreldre ble tilbudt tre veiledningssamtaler i løpet av ni måneder.</p>	<p>MI-teknikker ble aktivt brukt i samtaler. Erfaringer med å respektere familiens autonomi, også der familien uttrykker motstand.</p> <p>Helsesykepleiers verdier og normer var forenelig med MI. Dilemma identifiseres der barnet og foreldre har ulik oppfatning om overvekt er en utfordring. Helsesykepleiere overkommer barrierer i kommunikasjon. MI bidrar til å inkludere barn og foreldre.</p>

Söderlund et al. (2009) fant i sin studie at enkelte helsesykepleiere ikke anerkjente overvekt som et problem. Andre helsesykepleier anerkjente overvekten, men var ambivalente til å igangsette intervensjoner, så lenge overvekten ikke var svært synlig. Helsesykepleierne mente ekspertenes manglende enighet om en klar definisjon av overvekt kunne være grunn til deres ambivalens. Foreldres fornektelse og ambivalens hindret helsesykepleierne i bruk av MI. Det var enklere å bruke MI med foreldre og barn som anerkjente overvekten som et problem. Foreldre som så problemet, kunne mangle motivasjon til å gjøre noe med overvekten. Enkelte foreldre avskrev seg ansvaret for overvekten og skyldte på barnet. Andre foreldre var overbeskyttende og redde for å påføre barnet følelsen av skyld og skam. Anerkjennelse av fordelene med MI-teknikkene og MI-ånden ble sett på som en kritisk faktor for å bruke MI i veiledningssamtaler. MI ble sett på som en nyttig metode for å ta opp sensitive tema som overvekt. Helsesykepleierne opplevde det som en lettelse å be om tillatelse fra familien til å gi informasjon. MI ble opplevd som en god samtalemethode til å reflektere rundt overvekten og å ansvarliggjøre familien. Familiene hadde ofte kunnskap rundt mat, og selv forslag til løsninger, hvis helsesykepleier avsto fra å gi råd (Söderlund et al., 2009).

Söderlund et al. (2010) erfarte i sin studie at nesten halvparten av helsesykepleierne hadde i stor grad endret innhold og struktur i vektsamtaler som et resultat av MI-kurset. Samtidig mente 10 % at innhold og struktur ikke hadde endret seg. 46% hadde i stor grad tilpasset MI teknikker til deres eget arbeid. 91% av helsesykepleierne mente MI var forenelig med normer og verdier en helsearbeider skal ha i arbeid med barn. Helsesykepleierne mente at MI i veiledningen med barn og foreldre var fordelaktig i forhold til tradisjonelle rådgivningsmetoder og for å påvirke motivasjon og atferd. 78% mente aktiv lytting var lett å bruke i praksis. 63 % mente det var lett å oppsummere foreldrenes meninger og være oppmerksom mot foreldrenes endringsnakk. 60% mente det var lett å spørre om tillatelse til å gi informasjon, samtidig var det 15 % som ikke brukte teknikken (Söderlund et al., 2010).

Bonde et al. (2014) så i sin studie at helsesykepleierne brukte MI-teknikker som åpne spørsmål og aktiv lytting. Helsesykepleierne la vekt på barnets opplevelse og at familien skulle få uttrykke egne bekymringer uten å få det påpekt. Gode erfaringer opplevdes med å bruke ledende spørsmål for å skape diskrepans, ved å be familien beskrive fordeler og ulemper ved nåværende situasjon versus ønsket situasjon. Helsesykepleierne erfarte å få

familien til å skalere motivasjon for endring og tilpasset konsultasjonen deretter. Unngå å pålegge råd ved å be om tillatelse, ble erfart. Enkelte familier ønsket ikke oppfølgingsamtale eller anerkjente ikke overvekten som problem. Likevel praktiserte helsesykepleierne MI-ånden ved å respektere familiens valg og dermed deres autonomi, og ble sett på som positivt ved at ansvaret ble flyttet over på familien. Helsesykepleierne opplevde verdier og normer i MI, forenelig med sine profesjonsverdier og normer. Flere av metodene de kjente fra tidligere hadde mye til felles med MI, som gjorde MI gjenkjennbart og lett å bruke. Der familien ikke anerkjente overvekten som et problem, opplevdes som en utfordring. Helsesykepleier ønsket ikke påføre familien et problem eller mulig stigmatisere barnet. Samtidig opplevde helsesykepleier å svikte barnet, ved å ikke kunne informere familien om helserisiko knyttet til overvekt. Helsesykepleierne observerte at barn tidlig oppdaget sin overvekt, eksempelvis i gymtimer. Helsesykepleier opplevde å komme i dilemma mellom å opprettholde MI-ånden og respektere familiens autonomi, eller informere om helserisiko for å ivareta barnets helse. Dilemma kunne også oppstå om barnet opplevde utfordringer med overvekten, men foreldrene ikke anerkjente problemet (Bonde et al., 2014).

Diskusjon

Overvekt, et sensitivt tema

Bonde et al. og Söderlund et al. identifiserer overvekt som et sensitivt tema (2014, s.451; 2009, s. 445-446). Overvekt blir ofte betraktet som selvforskyldt, og knyttet til følelser som skyld og skam (Helsedirektoratet, 2010). Funn viser at foreldrene vegret seg for å snakke med barna om overvekt, i frykt for å påføre barna skyld og skam eller skade barnets selvbilde og selvtillit (Ames et al., 2020, s. 16; Söderlund et al., 2009, s. 445-446). Helsesykepleierne i studien til Bonde et al. var også redd for å påføre familien et problem de selv ikke var klar over, og mulig stigmatisere barna (2014, s.451). Det kommer frem i nasjonale retningslinjer at helsesykepleier skal støtte foreldrene i at det er god omsorg å stoppe en uheldig vektutvikling (Helsedirektoratet, 2010, s. 43). Tross at overvekten er knyttet til mange følelser vil det likevel være viktig å snakke om, da barna selv kan oppleve overvekten som et problem. Kostverktøyet viser til viktigheten av å snakke med barn om overvekt og anbefaler å bruke MI i vektsamtaler. Videre anbefales det å skape god allianse, trygge rammer, møte

familiene med respekt, og vise forståelse for at overvekt kan være vanskelig (Kostverktøyet, 2016). Selv om helsesykepleier viser forståelse for overvekt som noe vanskelig, kan det likevel skape utfordringer i samtalen, om helsesykepleier ikke er bevisst egne holdninger, tanker og følelser rundt kropp. Ved bruk av MI vil trolig helsesykepleier møte familien med aksept, nysgjerrighet, medfølelse og partnerskap (Helsedirektoratet, 2010, s. 39-40). Om familien ikke opplever støtte eller føler seg møtt på en god måte, vil samarbeid bli vanskelig og familien kan kanskje takke nei til hjelp.

Annerkjennelsen av overvekt

Söderlund et al. fant i sin studie at enkelte helsesykepleiere ikke anså overvekt som et virkelig problem, og så det derfor ikke nødvendig å iverksette tiltak eller bruke MI. Videre opplevde helsesykepleierne at overvekt ikke var klart nok definert (2009, s. 444). Derimot er overvekt klart definert i norske nasjonale retningslinjer som KMI på eller over Iso-KMI 25 (Helsedirektoratet, 2019b). Samtidig understreker Helsedirektoratet viktigheten av tidlig tiltak som normaliserer eller begrenser vektøkning, slik at barnet kan vokse seg ut av overvekten, og risikoen for videre utvikling av overvekten reduseres (2010, s. 39).

Helsesykepleier skal arbeide forebyggende, ved å iverksette tiltak og tilby oppfølgingssamtaler til familien ved identifisert overvekt. Ved å ikke sette inn tiltak vil helsesykepleier ikke arbeide forebyggende og bryte en sterk anbefaling, og overvekten kan utvikle seg til neste vektkontroll (Helsedirektoratet, 2019b).

Studiene til Bonde et al. og Söderlund et al. viste helsesykepleiers utfordringer ved å bruke MI i samtaler, der foreldre forneker eller var ambivalente til overvekten (2014, s. 451; 2009, s. 445). Söderlund et al. fikk også frem at helsesykepleierne erfarte det utfordrende å bruke MI, der foreldre erkjente overvekten til barnet, men manglet vilje eller motivasjon for endring (Söderlund et al., 2009, s. 445). På den ene siden kan det oppleves vanskelig å iverksette tiltak når helsesykepleier og familien ikke har en felles anerkjennelse av problemet. På den andre siden hevder Barth at MI er skapt for å utvikle indre motivasjon, og endringsarbeidet dreier seg i starten om å bygge motivasjon og utforske ambivalens (Barth, 2020, s. 140). Retningslinjene understreker også at samtaler i starten handler om å utforske hvilke tanker og følelser familien har rundt overvekten (Helsedirektoratet, 2010, s. 39-40).

Helsedirektoratet hevder at *motstand* er en forventet og naturlig del av endringsprosessen. Helsesykepleieren skal ved hjelp av MI fungere som en veileder og støttespiller i endringsprosessen, og utforske brukerens ambivalens og motivasjon (Helsedirektoratet, 2017; Kostverktøyet, 2016). I starten av en endringsprosess kan problemet enda ikke være anerkjent, og familien ser ikke behov for endring. Helsesykepleier bør i slike tilfeller la familien selv ha kontroll og møte dem på stadiet de er (Helsedirektoratet, 2017; Kostverktøyet, 2016). Barth bekrefter dette og hevder at jo sterkere motstand eller tvil som kommer frem i samtalen, dess mer relevant er motiverende intervju som metode (2020, s.140). Støttende til dette mener Ivarsson at å lytte og vise forståelse kan føre til at motstanden dempes og samtalen går over til en respektfull dialog (2017, s. 31).

Brukermedvirkning

60% av helsesykepleierne erfarte det enkelt å spørre familien om tillatelse før de ga råd (Söderlund et al., 2010, s. 395). Studiene til Bonde et.al. og Söderlund et. al. viser til erfaringer der helsesykepleiere opplevde å unngå å pålegge familier råd og informasjon, ved først å spørre om tillatelse. Familiens medvirkning ble erfart viktig og ved først å spørre om tillatelse fikk dermed helsesykepleierne ansvarliggjort familien (Bonde et al., 2014, s. 450; Söderlund et al., 2009, s. 446). Men er det virkelig slik at kun denne ansvarliggjøringen skal til for å oppleve brukermedvirkning, eller kan det også hende at familien må ha de rette forutsetningene for å kunne foreta helsevalg? For at familien skal kunne ta beslutning og ivareta egen helse, hevder Tveiten at det forutsetter tilstrekkelig helsekompetanse (Tveiten, 2020, s. 15). Dersom helsesykepleier opplever manglende helsekompetanse hos familien vil det være fristende for helsesykepleier å bruke sin ekspertkompetanse til å påvirke (Tveiten, 2020, s. 214). Et lignende perspektiv synliggjøres av Christiansen der helsesykepleier må anerkjenne sin makt i kraft av sin ekspertkompetanse og posisjon i møte med familien (Christiansen, 2020, s. 35). I denne sammenheng er det interessant å trekke inn hva Ivarsson skriver om motstand. Det kan lett oppstå motstand dersom helsesykepleier ikke viser tilstrekkelig respekt og følsomhet, ved å komme med råd som familien ikke vil ha. På denne måten blir familiens selvbestemmelsesrett truet og helsesykepleier har mislykkes i å skape et godt samarbeid (Ivarsson, 2017, s. 29). Samtidig understreker Tveiten at i empowerment-prosessen skal både helsesykepleiers ekspertkompetanse og brukers ekspertkompetanse på

seg selv anerkjennes og bidra til en felles forståelse. Videre hevder Tveiten at reel brukermedvirkning forutsetter åpenhet og vilje fra helsesykepleier og bruker, som igjen forutsetter anerkjennelse av den eksisterende makt i relasjonen (Tveiten, 2020, s. 214-215). På den andre siden er det mange som etterspør denne ekspertkompetansen. Familien kan ønske at helsesykepleier skal fortelle dem hva de skal gjøre eller handle for dem. Det vil i disse tilfeller kunne være utfordrende å legge til rette for brukermedvirkning. Samtidig kan brukermedvirkningen være at man ber om råd når man ønsker det (Tveiten, 2020, s. 214). Barth presiserer at en grunnleggende holdning i MI er at alle mennesker ønsker sitt eget beste, og at helsesykepleier vil få bedre effekt av arbeidet når man tar utgangspunkt i familiens indre motiver. I arbeid med livsstilsendringer vil indre motivasjon være helt nødvendig (Barth, 2020, s. 141).

I studien til Bonde et. al. kommer helsesykepleierne i et dilemma med bruk av MI der foreldre ikke anser barnets overvekt som et problem, men barnet ønsker endring. Helsesykepleierne i studien opplevde å måtte velge mellom å opprettholde MI-ånden og hedre familiens autonomi, eller å overholde sin plikt til å ivareta barnet ved å informere familien om helserisikoen (Bonde et al., 2014, s. 451-452). Helsesykepleier kan på en side se behovet for å øke foreldrenes helsekompetanse. Foreldrene vil dermed selv se utfordringen til barnet og barnet vil videre oppleve å bli hørt og endring skjer. Familiens rett til informasjon, barnets rett til å bli hørt og helsesykepleiers plikt til å informere familien blir ivaretatt. I motsatt tilfelle vil barnets situasjon forbli uendret, der helsesykepleier opprettholder MI-ånden og ikke informere foreldrene om helserisiko. Foreldrene vil da oppleve å bli hørt og brukermedvirkningen ivaretatt, ved selv å bestemme over egen endringsprosess. Om helsesykepleier anser informasjonen viktig for foreldrene å få med seg, presiserer Ivarsson at, informasjonen må gis uten å få tillatelse til dette, men da senere i samtalen (2017, s.24). Et motargument til å gi informasjon uten samtykke kan være at familien er barnets viktigste ressurs og helsesykepleier er avhengig av et godt samarbeid for å oppnå livsstilsendringer hos barnet (Helsedirektoratet, 2010, s. 39-40). Familien mottar informasjon, men det koster kanskje helsesykepleier tillitten.

Verdier og implementering

Söderlund et al. (2010, s. 394) og Bonde et al. (2014, s. 451) fant i sine studier at helsesykepleierne mente MI i stor grad var forenelige med deres egne normer og verdier. Helsesykepleiere erfarte i tillegg MI som bedre enn tradisjonell veiledning når det gjelder å påvirke motivasjon og adferd. Bonde et al. fant bekreftende funn, der helsesykepleiere beskrev at MI-ånden samsvarte med deres tankesett og metoder de kunne fra før (Bonde et al., 2014, s. 451; Söderlund et al., 2010, s. 398). Funn fra Söderlund et al. viste at helsesykepleierenes gjenkjennelse av fordelene av MI-teknikkene og omfavelse av MI-ånden, var en kritisk faktor for å ta i bruk MI (Söderlund et al., 2009, s. 445). Nymoen hevder i sin artikkel om integrering av MI at motivasjonen for å ta i bruk MI i sin praksis øker om man ser nytteverdien av MI og at egne verdier samsvarer med verdiene i MI. Samtidig beskriver Nymoen videre at forskning viser at det å lære MI krever tid og organisering for å kunne overføre teoretisk kunnskap til egen praksis (2020, s. 41-42). Tross at 91 % av helsesykepleierne så nytteverdien og opplevde at verdiene i MI samsvarte med egne verdier, var det kun 46 % som hadde endret sin praksis (Söderlund et al., 2010, s. 394). Nymoen hevder forskning får frem at grunnkurs alene ikke er tilstrekkelig for å beherske metoden, men regelmessig feedback og coaching i teknikkene viser markant framgang i bruk av MI (Nymoen, 2020, s. 42-45). Dette støttes av faglitteraturen som får frem at kompetanse til å utøve MI krever kunnskaper, trening og egenrefleksjon og kan ta tid å utvikle (Miller & Rollnick, 2016, s. 396; Tveiten, 2020, s. 144). En kan kun undre seg over om implementeringen av MI var god nok i studien til Söderlund et al. (2010), da det var erfart flere hindre for bruk av MI. Motstand til nye metoder kan forekomme hos helsesykepleiere. Dette støttes av Nymoen, der hun anbefaler å tenke MI også i implementeringen av MI hos de ansatte (Nymoen, 2020, s. 38-42).

Metodediskusjon

Studiene hadde alle opprinnelse fra Skandinavia, og har overføringsverdi til norske forhold. Söderlund fra Sverige ledet to av studiene, som kan begrense resultatene. Likevel er Söderlund et al. (2009) sin studie en kvalitativ studie, som får frem erfaringene til helsesykepleierne, og Söderlund et al. (2010) er en kvantitativ studie, som undersøker holdninger og erfaringer av det samme MI-kurset som ble brukt i Söderlund et al. (2009).

Bonde et.al. (2014) sin studie var en kvalitativ studie fra Danmark som så på helsesykepleieres erfaringer med MI, og kunne sammenlignes med erfaringer fra Söderlund et al. (2009). Svakheter ved Bonde et al. (2014) sin studie er at deltagerne kunne flere kommunikasjonsmetoder fra før, noe som kan ha påvirket resultatene i studien.

Studiene gav flere erfaringer fra helsesykepleiere om bruk av MI i oppfølgingssamtaler med overvektige barn og deres foreldre, og flere av funnene var sammenfallende. Litteratursøk resulterte i få artikler av litt eldre dato, som kunne gi svar på problemstillingen, noe denne studien vil kunne bære preg av. Ekskluderings- og inkluderingskriterier kan ha gjort at relevant forskning kan ha blitt utelatt. Barn med overvekt og fedme var inkludert i alle studiene, og kan ha påvirket resultatene. Mer forskning på helsesykepleieres erfaringer på område er ønskelig, noe det konkluderes med i alle tre artiklene. Studiene har et lite utvalg, og mulig ikke nok til å generalisere. Likevel ser alle studiene på helsesykepleiers erfaringer, som samsvarer med denne studiens målgruppe og hensikt, og gjør at resultatene er sammenlignbare med helsesykepleiers praksis i Norge.

Valgte artikler hadde tydelig formulerte forskningsspørsmål, hensikt og en egnet metode. En annen styrke ved denne studien er at det ble inkludert forskning med ulikt studiedesign, både kvalitativ og kvantitativ design, hvor begge har sine styrker og begrensinger. Artiklene ble kritisk vurdert ut ifra sjekklister fra Helsebiblioteket, og ble vurdert til god nok kvalitet for å svare på denne studiens problemstilling.

Konklusjon

I denne litteraturstudien har vi fått frem ulike erfaringer helsesykepleiere har med å bruke MI som metode i oppfølgingssamtaler med barn som har identifisert overvekt. Overvekt er et sensitivt tema for alle parter, og helsesykepleier må vise aksept, empati, respekt, ydmykhet i møte med familien og være bevisst sine egne holdninger til overvekt. Funn fra studiene viste utfordringer knyttet til å bruke MI der anerkjennelsen av overvekten som et problem, ikke var lik hos helsesykepleier, barnet eller foreldrene. MI vektlegger brukermedvirkning og helsesykepleier må være bevisst sin ekspertrolle, og la familien selv komme frem til løsninger. Samtidig er det viktig at helsesykepleier har kjennskap til endringsprosessens ulike stadier og møte familien der de er. Helsesykepleierne i studiene

gjenkjente fordelene av MI og mente MI-verdiene samsvarte med helsesykepleieres egne normer og verdier. MI er i retningslinjene foreslått som metode, og kan være nyttig og egnet i arbeidet med motivasjon, ambivalens og motstand. Det er ønskelig med flere studier på erfaringene i bruk av MI, og hvordan metoden best kan implementeres i praksis.

Implikasjoner for praksis

MI er en avansert metode, som krever øving, tilbakemeldinger og tid for å utvikle til et godt nok nivå. Dersom metoden skal benyttes må dette tas hensyn til. I retningslinjene til helsesykepleier er det behov for tydeligere anbefaling for bruk av MI slik at det ikke vil bli personavhengig å ta i bruk MI i oppfølgingssamtaler. Ved implementering av MI er det derfor behov for tilrettelegging på ledelse- og organisasjonsnivå.

Referanseliste

- Ames, H., Mosdøl, A., Blaasvær, N., Nøkleby, H., Berg, R. C. & Langøien, L. J. (2020). Communication of children's weight status: what is effective and what are the children's and parents' experiences and preferences? A mixed methods systematic review. *BMC public health*, 20(1), 1-22. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08682-w>
- Barth, T. (2020). Motiverende intervju (MI) - Samtaler om endring. I A. Vågen (Red.), *Helsepedagogisk metoder - Teori og praksis* (s. 139-158). Gyldendal Akademisk.
- Bonde, A. H., Bentsen, P. & Hindhede, A. L. (2014). School Nurses' Experiences With Motivational Interviewing for Preventing Childhood Obesity. *The Journal of School Nursing*, 30(6), 448-455. <https://doi.org/10.1177/1059840514521240>
- Christiansen, B. (Red.). (2020). *Helseveiledning* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2017, 04.10.2017). *Folkehelse rapporten- Overvekt og fedme i Noreg*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/?term=&h=1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen - 2019-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf
- Helsebiblioteket. (2016). *Helsbiblioteket- Sjekklistor*. Folkehelseinstituttet. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsebiblioteket. (2020). *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk*. Folkehelseinstituttet.
- Helsedirektoratet. (2010). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme blant barn og unge: Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge/Forebygging,%20utredning%20og%20behandling%20av%20overvekt%20og%20fedme%20hos%20barn%20og%20unge%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_/attachment/inline/4f5ecadd-82dd-49cf-9db9-4e5d818b3c15:6a50fcb2fa16e3628ea241a92821aeaeb40716ef/Forebygging,%20utredning%20og%20behandling%20av%20overvekt%20og%20fedme%20hos%20barn%20og%20unge%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf
- Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken - Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kosthandboken/Kosth%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf/_/attachment/inline/afa62b36-b684-43a8-8c80-c534466da4a7:52844b0c770996b97f2bf3a3946ac3a10166ec28/Kosth%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf

- Helsedirektoratet. (2017, 07.03.2017). *Motiverende intervju som metode*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>
- Helsedirektoratet. (2019a, 11.11.2019). *Helsestasjon- og skolehelsetjenesten, Fellesdel, Brukermedvirkning: Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom skal sikre brukermedvirkning* Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/fellesdel-ledelse-styring-og-brukermedvirkning#brukermedvirkning-helsestasjon-skolehelsetjeneste-og-helsestasjon-for-ungdom-skal-sikre-brukermedvirkning>
- Helsedirektoratet. (2019b, mars 2021). *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten: Nasjonalfaglig retningslinje. Vekt og høyde: Skolehelsetjenesten bør måle vekt og høyde på barn og unge*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/skolehelsetjenesten-520-ar/helseundersokelse-og-helsesamtale#veiing-og-maling-skolehelsetjenesten-bor-male-vekt-og-hoyde-pa-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet. (2021, mars 2021). *Tabell for iso KMI for undervekt, overvekt og fedme*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/dokumenter-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/IS-1736-isoKMI-tabell-over-og-undervekt.pdf/_attachment/inline/a6ab0dc1-274e-48c7-afac-a9fd8ead469a:ccf46a452d14da0ea1e2c46d2c31d9271f0e7551/IS-1736-isoKMI-%20tabell-over-og-undervekt.pdf
- Holme, H., Olavesen, E. S., Valla, L. & Hansen, M. B. (Red.). (2019). *Helsestasjonstjenesten- Barns psykiske helse og utvikling*. Gyldendal Akademisk.
- Ivarsson, B. H. (2017). *MI: Motiverende samtaler - En praktisk håndbok for helse-og omsorgssektoren* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Kostverktøyet. (2016, 05.02.2020). *Kostverktøyet*. Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon ved St. Olavs hospital. <https://www.kostverktoyet.no/helsepersonell>
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2016). *Motiverende samtale- Støtte til endring*. Fagbokforlaget.
- Nymo, H. M. (2020). Jakten på endrings snakket - Hvordan integrere Motiverende intervju i klinisk praksis. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 17(1), 37-46. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2020-01-04>
- Söderlund, L. L., Malmsten, J., Bendtsen, P. & Nilsen, P. (2010). Applying motivational interviewing (MI) in counselling obese and overweight children and parents in Swedish child healthcare. *Health Education Journal*, 64(4), 390-400. <https://doi.org/10.1177/0017896910373136>
- Söderlund, L. L., Nordqvist, C., Angbratt, M. & Nilsen, P. (2009). Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children. *Health Education Research*, 24 (3), 442-229. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/her/cyn039>
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk-Helsekompetanse og brukermedvirkning* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Vågen, A. (Red.). (2020). *Helsepedagogisk metoder: Teori og praksis*. Gyldendal Akademisk.