

Fysioterapipraksis for barn og unge med overvekt: Ein kvalitativ fokusgruppestudie av fysioterapeutar sine erfaringar

Malin Vik, MSc., fysioterapeut, Ringerike kommune. malinvik.92@gmail.com.

Wenche Bjorbækmo, professor emerita, OsloMet – Storbyuniversitetet: Institutt for rehabiliteringsvitenskap og helse teknologi.

Tone Dahl-Michelsen, professor, OsloMet-Storbyuniversitetet: Institutt for rehabiliteringsvitenskap og helse teknologi.
VID vitenskapelige høgskole: Institutt for helse.

Denne **vitenskapelige artikkelen** er fagfellevurdert etter Fysioterapeutens retningslinjer, og ble akseptert 23. juni 2023. Studien artikkelen baseres på er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) - Referanse 121179. Skriftlig samtykke er innhentet fra alle studiens informanter. Ingen interessekonflikter oppgitt.

Artikkelen ble først publisert på www.fysioterapeuten.no.

Bakgrunn

Førekomsten av overvekt og fedme[1] hos barn og unge[2] er utbreidd, både i verdssamanheng og i Noreg (1-2). Utvikling av overvekt skuldast i hovudsak ein kombinasjon av arv og disponerande miljøfaktorar og inaktivitet, skjermtid, kosthald, psykososiale og sosioøkonomiske faktorar er moglege årsaker og risikofaktorar til overvekt (3). Barn med overvekt har ofte fleire medisinske problem enn barn med normalvekt, til dømes auka risiko for hjarte- og karsjukdommar, høgt kolesterol, forstyrta glukoseintoleranse og søvnapné, samt psykososiale risikofaktorar (2-4). Barn si psykiske helse kan også verte påverka av overvekt, og barna er ofte meir utsett for mobbing, negative kommentarar, stigmatisering, angst, depresjon og einsemd (3, 5-6). Barna kan ofte ha vanskar med å henge med jamgamle barn i leiken grunna vekta, noko som kan vere eit hinder

for gode meistringserfaringar (5). Overvekt kan altså gje ei rekke negative helse- og psykososiale konsekvensar, og tilstanden skaper ofte ei bekymring.

Samtidig viser behandlinga av overvekt nedslåande resultat, og helsepersonell si tilnærming med fokus på veging er omdiskutert (3, 7-8). Måling av vekt og lengde av alle barn er ei sterk anbefaling frå Helsedirektoratet (9) og skal brukast til å vurdere det individuelle barnet si vekst og utvikling, samt kunne avdekke avvik på tidleg tidspunkt. Når det gjeld barn med avdekka overvekt er måling av vekt og lengde eit anbefalt tiltak for å kunne vurdere effekt av behandlingstiltaka som er iverksett (3). Systematiske målingar vil også gjere det mogleg å kunne følgje vekstutvikling i barnebefolkninga over tid, og det er ifølgje Helsedirektoratet ikkje kjende ulemper med tiltaket (9).

Personlege historier i media om negative erfaringar

Samandrag

Føremål: Føremålet med studien er å frambringe kunnskap om kva som kjenneteiknar den profesjonelle fysioterapipraksisen for barn og unge med overvekt.

Design, materiale og metode: To kvalitative fokusgruppeintervju med totalt sju fysioterapeutar. Det empiriske materialet er analysert tematisk. Teoretisk er analysane inspirert av omgrepet «det profesjonelle blikket», som i denne studien er fysioterapiblikket.

Funn: Funna vert presentert som fire tema: 1) Vekt som tilvisingsgrunn til fysioterapi, 2) Foreldredeltaking som del av fysioterapitilbodet, 3) Overvekt og utfordrande familiesituasjonar, og 4) Fysioterapi – ein praksis for gode kroppsopplevingar.

Funna viser at den profesjonelle praksisen til fysioterapeutar

som arbeider med barn og unge med overvekt vert kjenneteikna av at vekt har vorte ein direkte tilvisingsgrunn til fysioterapi etter at helsesjuekleiarar i tråd med gjeldande helsepolitikk målar og veg barn og unge. Foreldredeltaking er ein del av fysioterapitilbodet, og fysioterapeutane erfarer overvekt som ein del av utfordrande familiesituasjonar. Bevegelsesglede og eit godt forhold til eigen kropp er også eit sentralt kjenneteikn ved den aktuelle fysioterapipraksisen.

Konklusjon: Vi argumenterer for at fysioterapeutar sin profesjonelle praksis primært bør leggje vekt på at barna finn egne former for bevegelse og fysisk aktivitet som dei likar og kan halde fram med, trass i overvekta si. Det vil kunne gje gode helsegevinstar i ungdoms- og vaksenlivet.

Nøkkelord: barn og unge, overvekt, fysioterapitilbod.



med veging i barne- og ungdomsåra, og utvikling av ete-forstyrningar, utfordrar og nyanserer slike påstandar (10). I samfunnsdebatten er det fleire forskarar som har uttrykt skepsis til veginga, særleg med tanke på uavklarte og util-sikta konsekvensar på individnivå (11-13). Andre forskarar og fagpersonar tek derimot til orde for at veginga bør halde fram, mellom anna for å kunne avdekke kven som treng hjelp. Desse forskarane peikar på at kommunikasjo-nen rundt veginga og oppfølginga i etterkant bør endrast, samt at barna ikkje skal kjenne på skam knytt til vekt (14-16). Når det gjeld forskning i overvektsfeltet har den dreia seg mykje om effekt i form av reduksjon av ISO-kmi (KMI justert til barn) (3, 5, 17-18).

Fysioterapi har kroppen som fokusområde, og eit over-ordna mål i fysioterapibehandling er å fungere best mogleg med den kroppen ein har (19). Fysioterapeutar jobbar for å fremje god helse og utvikling hjå barn, men sjølv utfø-ringa av fysioterapi og fysioterapeutane sine erfaringar frå praksis er i mindre grad undersøkt. Føremålet med denne

studien er difor å undersøke kva som kjenneteiknar den profesjonelle praksisen til fysioterapeutar som arbeider med barn med overvekt.

Teoretisk perspektiv

I denne studien forstår vi profesjonell praksis som det fy-sioterapeutane gjer – uttrykt gjennom deira forteljingar og skildringar frå eigen praksis. Innramminga av profesjonell praksis er inspirert av andre forskarar som har studert

Kort sagt

- Fysioterapeutane sin profesjonelle praksis bør primært leggje vekt på at barna finn egne former for bevegelse og fysisk aktivitet som dei likar og kan halde fram med, trass overvekta si.
- Det er behov for eit meir nyansert syn på familiesentrert praksis.
- Fysioterapeutane sin profesjonelle praksis kan med fordel fokusere på barnesentrert tilnærming der fokuset er å styrke barnet sin eigen «agency».

profesjonell praksis, og vi har teke i bruk omgrepet *fysioterapiblikket*. Forskar, sosiolog og kriminolog Finstad tok i si forskning på slutten av 1990-talet utgangspunkt i at profesjonsblikket vert forma gjennom utdanning der den enkelte tileignar seg kunnskap som ein felles kunnskapsbase (20). Denne forståinga av profesjonell praksis har inspirert andre forskarar til å ta i bruk same metode/forståing, og i ein helsefagleg kontekst peikar sosiologen Cecilie Neumann seg ut med sitt «helsesøsterblikk». I vår utforming av omgrepet *fysioterapiblikket* har vi vore inspirert av måten Neumann har brukt helsesjuepleiarblikket for å skildre kva helsesjuepleiarar ser og kva dei ikkje ser, og korleis dette blikket påverkar kva ein gjer og kva ein ikkje gjer (20).

Design, materiale og metode

Studien er ein kvalitativ intervjustudie (21). Det er gjennomført digitale fokusgruppeintervju med sju fysioterapeutar fordelt på to fokusgrupper. Intervjua er utført av førsteforfattar og varte i ca. 1,5 time. Det vart brukt ein open intervjuguide der førehandsdefinerte tema vart teke opp slik det vart naturleg i intervjuet. Fokusgruppene omhandla kva jobben med barn med overvekt innebar og kva fysioterapeutane erfarer som etisk utfordrande i jobben. Førsteforfattar transkriberte begge intervjuet verbatim (21).

Deltakarane i studien vart inkludert gjennom eit tilgjengelegheitsutval, der vi inkluderte alle deltakarane som melde seg (22). Kurskoordinatør ved Sykehuset i Vestfold sende ut mail til alle fysioterapeutar som har delteke på kurset «Fra kunnskap til handling – overvekt og fedme hos barn og unge» med informasjon om studien og ba dei ta kontakt med førsteforfattar dersom dei kunne tenke seg å delta. Til saman sju kvinnelege fysioterapeutar som arbeider med barn med overvekt og fedme melde seg til å delta i studien. Ei av dei hadde jobba med denne gruppa i 3 år, dei andre hadde mellom 10-17 års erfaring.

Det empiriske materialet er analysert tematisk (23). Metoden identifiserer, analyserer og finn mønster i datamateriale, fordelt på seks ulike fasar. Fase 1 er å transkribere, gjere seg godt kjend med datamaterialet og notere ned idear ein får. I fase 2 genererer ein innleiande kodar. Fase 3 er å søke etter tema. Fase 4 inneber å evaluere temaa. I fase 5 definerer, arbeider ein vidare med og namngjev temaa frå materialet. Fase 6 er å produsere det skriftlege arbeidet (23). Førsteforfattar transkriberte alt materialet, las gjennom alt datamaterialet og genererte innleiande kodar. Saman med sisteforfattar vart kodane gjennomgått og søking etter tema starta. Kvalitativ analyse er ein dynamisk prosess, der vi flytta oss fram og tilbake i materialet og dei ulike fasane etter behov (23). Temaa vart gjennomgått og diskutert i fellesskap med alle forfattarane, vi slo saman ulike tema og endra namn på overskriftene, i tråd med at analysen utvikla seg.

Analysen er primært induktiv. I dei første rundane jobba vi nedanfrå og opp med utgangspunkt i empirien. I fase 4 las vi gjennom funna på nytt med meir teoretiske briller (*fysioterapiblikket*), og vi brukte også teori i fase 5. Fase 4 og 5 er soleis deduktiv. I framskrivinga av funna har vi valt ut sitat som illustrerer poenga. For å synleggjere breidda i det empiriske materialet har vi hatt fokus på å ha med sitat frå alle deltakarane.

Funn

Vekt som tilvisingsgrunn til fysioterapi

Gjeldande tilvisingspraksis i kommunane der fysioterapeutane arbeidde var at helsesjuepleiar, fastlegar, skulefysioterapeutar, barnehagelærarar, lærarar eller familiane sjølve kunne tilvise barn til oppfølging hjå fysioterapeutane. I praksis kom tilvisingane oftast frå helsesjuepleiarar i etterkant av veging og høgdemåling, som er ein del av dei gjeldande retningslinjene for helsestasjons- og skulehelsetenesta: «*Det er helsesjuepleiarane som fangar dei opp etter at dei har begynt å vege igjen*» (Susanne). Gjennom samarbeid med helsesjuepleiarane hadde vekt i seg sjølve vorte ein tilvisingsgrunn til oppfølging hos fysioterapeut.

Foreldredeltaking som del av fysioterapitilbodet

Fysioterapitilbodet var hovudsakleg organisert som gruppetilbod og inneheldt både innandørs og utandørs fysisk trening. Innandørs var det gymsalaktivitetar med fokus på samarbeidsleik og det fysioterapeutane omtalte som «kjekke aktivitetar». Utandørs var det til dømes frisbeegolf eller liknande. Eit av kjenneteikna på fysioterapipraksisen var at i alle gruppetilboda var foreldra med på trening. Fysioterapeutane såg det som ein fordel at barna fekk gode erfaringar ved å vere i aktivitet saman med foreldra, som òg fekk sett kva barna meistrar og lærer. At familiane møter andre familiar i same situasjon og at dei gjennom gruppa får eit slags samhold rundt utfordringar dei kan ha til felles, vart også sett som positivt.

Gruppetilboda inneheldt oftast samtalegrupper og undervisning for foreldra i tillegg til treninga: «*Vi har 12 møter, der halvparten er familieaktivitetar og den andre halvparten har foreldra temaundervisning og vi har aktivitetar for barna... Så vert dei følgd opp med vektmåling hjå helsesjuepleiar i etterkant av kurset*» (Bente).

Nokre av fysioterapeutane erfarte at slike opplegg ikkje fungerte: «*Vi har prøvd å ha slike grupper med helsesjuepleiar... men det var veldig vanskeleg å få folk til å møte...vanskeleg å få bra dynamikk... Vi fekk det ikkje til*» (Trude). Då vart det i staden individuell oppfølging der helsesjuepleiar hadde ansvar for mellom anna veging/måling og kosthald, og tilviste til fysioterapeut ved behov.

Overvekt og utfordrande familiesituasjonar

Fysioterapeutane såg familiesituasjonen til barnet som ein av dei viktigaste faktorane til overvekta. Dei viste til at to heimar, konflikt mellom foreldra eller lite kontakt med eine forelderen går igjen i familiane dei jobbar med. «*Det er jo ofte familiært... Det er skilde foreldre, lite kontakt med den eine forelderen...*» (Frida).

Fysioterapeutane sine erfaringar var at kosthald ofte er knytt til kjensler, og dei viste til at barna ofte arvar foreldra sine vanar når det kjem til kosthald og fysisk aktivitet. Dei var også opptekne av at foreldre må sette grenser for barna sine: «*... Det ligg veldig mykje på det med grensesetting...*» (Trude). Fysioterapeutane var frustrerte over at foreldra ikkje alltid såg at det som er av mat i kjøleskap og kjøkkenskap, kva som vert servert til middag og mengde per måltid, er grenser som ikkje barna sjølve greier å sette, men at dei treng hjelp til det. «*Det tok meg 1 år å få ei mor til å sjå at det faktisk var familien, relasjon og kanskje foreldra sine problem som gjorde at dottera hadde det etemønsteret*» (Pia).

Samtidig erfarte fysioterapeutane også at mange foreldre legg ansvaret for overvekta over på barna sine. Til dømes har foreldra sagt til fysioterapeuten at barnet berre vil ete godteri, er lat og ikkje gidd å gjere noko. «*Det er ei sanning i familien at det er barnet det er noko gale med... dette barnet som ikkje passar inn*» (Bente). Fysioterapeutane erfarte denne forståinga som problematisk.

I relasjonen med foreldra og med barnet erfarte fysioterapeutane at det var vanskeleg å snakke om overvekt og at temaet var tabu, medan fysisk aktivitet og overvekt var mindre sensitivt å tematisere. Fysioterapeutane erfarte at dei ofte var eit føretrekt tilbod hjå familiane: «*Vi er litt ufarlege... Det er lettare å ta ein prat med fysioterapeuten enn med helsesjuepleiar, som også er familieterapeut*» (Pia).

Fysioterapi – ein praksis for gode kroppsopplevingar

Mobbing, det å falle utanfor sosialt/ikkje passe inn og det å ha dårleg sjølvbilette, bidreg ifølgje fysioterapeutane negativt til det komplekse biletet rundt overvekta. Mange av barna har ikkje heilt funne plassen sin i idrett og dei fell utanfor det ordinære aktivitetstilbodet: «*...og så er det med at nokon av desse barna har personlege utfordringar kanskje, motorisk usikkerheit og dei fell litt utanfor... mobbing og einsemd, at dei ikkje heilt glir inn...*» (Trude).

Fysioterapeutane er opptekne av å gje eit tilbod der barna skal ha eit godt forhold til eigen kropp og oppleve glede og meistring i aktivitet: «*Vi har tre mål som vi jobbar med, og det er at det skal vere gøy, vi skal bli sveitte og vi skal bli andpustne... Tanken bak det er at dei skal ha med seg gode opplevingar frå aktivitet... Oppleve meistring og glede over å vere med. Forhåpentlegvis tek dei med seg opplevingane vidare*» (Silje). I denne samanhengen peikar dei på at det ikkje er så farleg å vere litt overvektig så lenge ein er fysisk aktiv. Dei viste og til at barna fann sine eigne løysningar: «*Ein av ungane..., ho er stor og har vore på nettet og funne at 'Ver glad i den kroppen du har'*» (Nina).

Fysioterapeutane er opptekne av at dei har kunnskap om tilrettelegging av fysisk aktivitet og at barna gjennom slik tilrettelegging får kjenne på meistring: «*Eg trur dette er det viktigaste for oss fysioterapeutar, det å skape dei gode kroppslige opplevingane... Kroppen er ein del av meg, den skal vi ha best mogleg forhold til og oppleve mest mogeleg glede over å kunne gjere ting med*» (Silje).

Barna er ivrige og engasjerte i tilboda til fysioterapeutane. Barna ynskjer å halde fram med treningane også etter kursslutt, og fysioterapeutane peikar på at dei ikkje dreg i t-skjortene sine på gruppetrening. Det kan ifølgje fysioterapeutane verte forstått som at barna kjenner seg trygge og frie, at dei ikkje kjenner på ubehag knytt til vekt og storleik på denne arenaen.

Diskusjon

Funna våre viser korleis den profesjonelle praksisen til fysioterapeutar som arbeider med barn med overvekt vert kjenneteikna av auka fokus på vekt, samt foreldredeltaking og utfordrande familiesituasjonar. Bevegelsesglede er også eit særleg kjenneteikn ved den aktuelle fysioterapipraksisen.

Fysioterapeutane veg ikkje barna. Det at helsesjuepleiarane veg dei som ein del av gjeldande helsepolitikk har likevel innverknad gjennom at overvekt er ein direkte tilvisingsgrunn til fysioterapi. Fysioterapeutane erfarer då

at dei ofte er eit føretrekt tilbod, noko som ser ut til å henge saman med at vektfokus er mindre framtrudende i fysioterapitilbodet der aktivitet og bevegelse er mest i fokus. At fysioterapeutane erfarer seg som «ufarlege» samanlikna med helsesjuepleiarane kan verte forstått som at måling og veging kanskje ikkje er eit så verdinøytralt vekstutviklingstiltak som Helsedirektoratet (2017) gjev uttrykk for.

Funna våre er i tråd med anna forskning som viser at praksisar som inneber testing har visse avgrensingar i møte med den levde erfaringa til dei som vert testa (24). Testing inneber at eksperten (testaren) sitt syn på kva som er viktig og ynskjeleg får forrang og fokuset vert på førehandsdefinerte standardar og i kva grad barnet innfrir disse. Regelmessig testing kan føre til usikkerheit hos barnet som vert testa og til manglande tillit til eigen kropp. For dei som vert testa handlar det primært om å bestå eller ikkje bestå testen, uavhengig av kva intensjonane med testane var (24). Funna våre illustrerer korleis fysioterapeutane erfarer at fokuset på vekt truar barna sin tillit og glede over eigen kropp og bevegelsesglede.

I tråd med Neumann (20) si forståing av korleis det profesjonelle blikket formar kva ein ser og ikkje ser og kva ein gjer og ikkje gjer, så er det interessant korleis fysioterapiblikket vert påverka av helsesjuepleiarblikket. Eit sentralt poeng hjå Neumann er at middelklassen sine eigne verdier vert dei same som dei profesjonelle verdiane. Her inneber det at deira forståingar av kropp og vekt, og familiepraksisar der alle deltek, vert dei gjeldande profesjonelle ideala. Fysioterapeutane er opptekne av at ein skal involvere heile familien i livsstilsendinga og i oppfølginga rundt overvekt. Foreldra deltek anten på trening og/eller samtalegrupper og undervisning, og er ei viktig brikke i gjeldande praksis. Ei slik tilnærming vert omtalt som familiesentrert praksis (25), og tilnærminga er i tråd med Helsedirektoratet si tilnærming, der foreldra kan bidra til å oppretthalde reduksjon av overvekt ved å motivere, trøyste, stadfeste og utfordre barnet (3). Det kom fram i vår studie at ein slik familiesentrert praksis som fysioterapeut hadde saman med helsesjuepleiar ikkje alltid fungerte. Sett i lys av dei familiedynamikkane som fysioterapeutane har erfart, er det grunn til å spørje om fysioterapiblikket (og helsesjuepleiarblikket) her, gjennom sine middelklasseverdier, ikkje når fram til målgruppa som truleg ikkje delar dei same verdiane (20).

Fysioterapeutane i vår studie er opptekne av å skape gode kropps- og bevegelsesopplevingar for barna som deltok i opplegga deira. Bevegelsesglede og eit godt forhold til eigen kropp er sentrale kjenneteikn ved deira fysioterapipraksis. På bakgrunn av erfaringane til fysioterapeutane i vår studie, med familiar som strevar, spør vi om det alltid er gunstig at foreldre skal delta i behandlingssopplegg for barn med overvekt. Kan det tenkast at eit aktivitetstilbod/bevegelsestilbod frå fysioterapeut kan vere noko barna kan ha for seg sjølve? At fysioterapi kan vere ein trygg arena for barnet å utfordre seg og kjenne på eigne grenser saman med andre som «liknar på seg sjølve». Barna kan vere saman med ein fysioterapeut, utforske og forhåpentlegvis verte glad i fysisk aktivitet og finne ut av kva ein sjølv meistarar med kroppen – ein praksis som legg større vekt på å ha barnet i fokus. Ei slik tilnærming er i tråd med ei barnesentrert tilnærming som set barnet si eiga stemme i fokus, og som utfordrar den meir etablerte familiesentrerte

praksisen (26).

Tidlegare forskning har vist korleis barn gjer motstand mot å bli kategorisert som annleis, og at det å arbeide med barn fordrar at ein møter barnet med interesse, respekt og ei openheit for å lære av dei (27). Fysioterapeutane i vår studie er opptekne av at det også må vere rom for variasjon når det gjeld kroppar og kroppsstorleik, og dei viste til eit døme der barnet sjølv hadde lete seg inspirere av retorikk om å vere glad i den kroppen du har. Det eksemplifiserer korleis barnet gjorde motstand mot at kroppen hennar ikkje vart akseptert, og viser korleis fysioterapeutane har moglegheit for å gje plass til barnet si eiga stemme.

Forsking viser nedslåande behandlingresultat når det gjeld varig reduksjon av vekt (7-8). På bakgrunn av tilgjengeleg kunnskap veit vi difor at fleire av barna vert vaksne med overvekt, og at fleire av dei har negative erfaringar med trening, aktivitet og bevegelse. I lys av dette meiner vi at fysioterapeutane sin profesjonelle praksis primært bør leggje vekt på at barna finn egne former for bevegelse og fysisk aktivitet som dei likar og kan halde fram med, trass overvekta si. Det å verte glad i fysisk aktivitet vil gje gode helsegevinstar i ungdoms- og vaksenlivet.

Metoderefleksjon

I denne studien har vi brukt fokusgruppeintervju som metode. Styrken ved fokusgruppeintervju er at samhandlinga og dynamikken mellom deltakarane opnar for innsikter som vi ikkje får gjennom individuelle intervju (28). Ved at fysioterapeutane lytta til kvarandre sine erfaringar, kunne dei spegle egne erfaringar, stadfeste likskapar og få fram forskjellar og nyansar. Ei mogleg svakheit ved studien vår er at deltakarane vart rekrutterte gjennom eit tilgjengelegheitsutval (22). Det kan derfor tenkast at dei ikkje spegla den variasjonen som finst blant fysioterapeutane som arbeider med denne gruppa. Dei sju inkluderte fysioterapeutane var til dømes alle kvinner som hadde delteke på kurset «Frå kunnskap til handling – overvekt og fedme hos barn og unge». Dersom vi hadde nytta eit strategisk utval, hadde vi hatt moglegheit til å inkludere ei gruppe som var meir variert og i større grad representerte den variasjonen som finst. Studien er kvalitativ og funna kan uansett ikkje generaliserast i statistisk forstand (21).

Konklusjon

Studien vår viser korleis den profesjonelle praksisen til fysioterapeutar som arbeider med barn med overvekt vert kjenneteikna av at vekt har vorte ein direkte tilvisingsgrunn til fysioterapi etter at helsesjuepleiarar, i tråd med gjeldande helsepolitikk, måler og veg barn og unge. Funna synleggjer at foreldredeltaking er ein del av fysioterapitilbodet til dei aktuelle barna. Vidare går det fram at fysioterapeutane erfarer overvekt som ein del av utfordrande familiesituasjonar og at foreldredeltaking kan vere ein utfordrande praksis. Bevegelsesglede og eit godt forhold til eigen kropp er også eit sentralt kjenneteikn ved den aktuelle fysioterapipraksisen.

Vi argumenterer for at fysioterapeutar sin profesjonelle praksis primært bør leggje vekt på at barna finn egne former for bevegelse og fysisk aktivitet som dei likar og kan halde fram med trass i overvekta si. Det vil gje gode helsegevinstar i ungdoms- og vaksenlivet.

Referansar

- Meyer, H. E., & Vollrath, M. Overvekt og fedme i Noreg. [Internett] Oslo: Folkehelseinstituttet; 3.januar 2017 [oppdatert 31.august 2022; henta 19.april 2023]. Tilgjengeleg frå: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>
- World Health Organization. Mapping the health system response to childhood obesity in the WHO European Region [Internett]. [oppdatert 2019; henta 20.januar 2022]. Tilgjengeleg frå: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346468>
- Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge (IS- 1734). Oslo: Helsedirektoratet; juli 2010 [oppdatert juli 2010; henta september 2020]. Tilgjengeleg frå: [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-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf](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-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_/attachment/inline/4f5ecadd-82dd-49cf-9db9-4e5d818b3c15:6a50fcb2fa16e3628ea241a92821aeab40716ef/Forebygging,%20utredning%20og%20behandling%20av%20overvekt%20og%20fedme%20hos%20barn%20og%20unge%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf)
- Øen G. Overvekt hos barn og unge: forstå, forebygge, behandle og fremme helse. Fagbokforlaget; 2012.
- Danielsen YS. Fedme hos barn: intervensjoner og atferdsendringer i praksis. Kommuneforlaget; 2014. 145s.
- Di Pasquale R, Celsi L. Stigmatization of overweight and obese peers among children. *Frontiers in Psychology*. 2017 Apr 20;8:524.
- Aamo AW, Lind LH, Myklebust A, Stormo LK, Skogli E. Overvekt og fedme i Norge: Omfang, utvikling og samfunnskostnader. *Menon Economics*; 2019. Menon-publikasjon nr.9/2019.
- Elvsaa IK, Juvet LK, Giske L, Fure B. Effekt av tiltak for barn og unge med overvekt eller fedme. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016.
- Rugseth, G., & Groven, K. S. Eksperimenterer med barns helse [Internett]. NRK.no; 28.juli 2015 [oppdatert 28.juli 2015; henta 2.april 2022]. Tilgjengeleg frå: <https://www.nrk.no/ytring/eksperimenterer-med-barns-helse-1.12475523>
- Groven, K. S., & Hofmann, B. Veiting av barn - er det etisk forsvarlig? [Internett] Oslo: Aftenposten; 30.mai 2021 [oppdatert 30.mai 2021. Henta: 31.mars 2022]. Tilgjengeleg frå: <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/7KWJ99/veiting-av-barn-er-det-etisk-forsvarlig>
- Meland E, Breidablik HJ, Thuen F, Samdal GB. How body concerns, body mass, self-rated health and self-esteem are mutually impacted in early adolescence: a longitudinal cohort study. *BMC Public Health*. 2021 Dec;21(1):1-2.
- Granlund, L., Júlíusson, P. B., & Lien, N. Veiting av alle barn er viktig for å kunne hjelpe de som trenger det [Internett]. Oslo: Aftenposten; 1.juli 2021 [oppdatert 1.juli 2021; henta 31.mars 2022]. Tilgjengeleg frå: <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/0Keb1G/veiting-av-alle-barn-er-viktig-for-aa-kunne-hjelpe-dem-som-trenger-det>
- Øen, G., & Horne Mæland, L. Veiting og måling av barn bør fortsette - på riktig måte [Internett]. Stavanger: Universitetet i Stavanger; 30.april 2021. [oppdatert 30.april 2021; henta: 31.mars 2022]. Tilgjengeleg frå: <https://www.uis.no/nb/helse/veiting-og-maling-av-barn-bor-fortsette-pa-riktig-mate>
- Ames H, Mosdøl A, Blaasvær N, Nøkleby H, Berg RC, Langøien LJ. 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*. 2020 Dec;20(1):1-22.
- Elvsaa IK, Giske L, Fure B, Juvet LK. Multicomponent lifestyle interventions for treating overweight and obesity in children and adolescents: a systematic review and meta-analyses. *Journal of obesity*. 2017 Dec 17;2017.
- Boff RD, Liboni RP, Batista IP, de Souza LH, Oliveira MD. Weight loss interventions for overweight and obese adolescents: a systematic review. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2017 Jun;22:211-29.
- World Physiotherapy. (2019). Description of physical therapy - Policy statement [Internett]. [oppdatert mai 2019, henta 5.mars 2022]. Tilgjengeleg frå: <https://world.physio/sites/default/files/2020-07/PS-2019-Description-of-physical-therapy.pdf>
- Neumann CB. Det bekymrede blikket: en studie av helsesøstres handlingsbetingelser. *Novus*; 2009. 242s.
- Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2015. 382s.
- Malterud, K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: en innføring. Universitetsforlaget; 2017. 256s.
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. 2006 Jan 1;3(2):77-101.
- Bjørnbækmo WS, Engelsrud GH. Experiences of being tested: a critical discussion of the knowledge involved and produced in the practice of testing in children's rehabilitation. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2011 May;14:123-31.
- King G, Williams L, Hahn Goldberg S. Family-oriented services in pediatric rehabilitation: a scoping review and framework to promote parent and family

wellness. Child: care, health and development. 2017;43(3):334-47.

26. Ford K, Dickinson A, Water T, Campbell S, Bray L, Carter B. Child centred care: challenging assumptions and repositioning children and young people. Journal of Pediatric Nursing. 2018;43:e39-e43.

27. Bjorbækmo WS, Greve A, Asbjørnslett M. "This is not me"--A critical discussion about methodological issues concerning agency and participatory sense-making in qualitative research with children. International Journal of Qualitative Methods.

2022 Aug 7;21:16094069221118990.

28. Malterud, K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Universitetsforlaget; 2020. 161s.

Fotnotar

[1] I artikkelen er omgrepet «overvekt» brukt som samleomgrep for både overvekt (iso-KMI >25) og fedme (iso-KMI >30).

[2] Herifrå bruker vi "barn" som samleomgrep for "barn og unge".

Title: The physiotherapy practice for children and adolescents with overweight: A qualitative focus group interview study of physiotherapists' experiences

Abstract

Purpose: The purpose of the study is to generate knowledge about the characteristics of the professional physiotherapy practice for children and adolescents with overweight.

Design, material and method: Two qualitative focus group interviews with a total of seven physiotherapists. The empirical material is analysed tematically. Theoretically, the analysis is inspired by the term «the professional gaze», which in this study is the "physiotherapy gaze".

Findings: The findings are presented as four themes: 1) Weight as reason to get access to physiotherapy services, 2) Parental participation as part of the physiotherapy offer, 3) Overweight and challenging family situations, and 4) Physiotherapy – a practice for good body experiences.

The findings show that the professional practice of physiotherapists who work with children and adolescents with

overweight is characterised by the fact that weight has become a direct reason for referral to physiotherapy after health nurses in line with current health policy measure and weigh children and adolescents. Parental participating is part of the physiotherapy practice and the physiotherapists experience overweight as part of challenging family situations. Pleasure of movement and a good relationship to one's own body is also a central characteristic of the actual physiotherapy practice.

Conclusion: We argue that the physiotherapists' professional practice should primarily emphasise that children discover their own forms of movement and physical activity that they enjoy and can continue inspite of their overweight. This will provide good health benefits in youth and adult life.

Keywords: children and adolescents, overweight, physiotherapy practice.

Fagutgivelsen 2024

Også i 2024 søker fagutgivelsen å favne hele faget fysioterapi. Redaksjonen ønsker at bredden av faget skal belyses - samtidig som vi håper å dykke ned i enkeltområder. Du som faglig bidragsyter og forfatter kan være med på å sette retning for denne utgivelsen.

Manusfrist for alle Fysioterapeutens artikkelkategorier settes til 1. august 2024. Utgivelse: 13. november 2024.



<https://www.fysioterapeuten.no/forfatterveiledning/121682>