

Klinikers erfaringer med brugen af Fibion SENS Motion som klinisk værktøj til behandling af børn og unge med fedme

En kvalitativ studie

Cecilie Christiansen

VEILEDER

Mette Stavnsbo
Per Christer Thomas Westergren

Universitetet i Agder, 2023

Fakultet for helse- og idrættsvidenskab
Institutt for ernæring og folkehelse

Master

Forord

Denne masteropgave er slutningen på min toårige uddannelse i folkesundhedsvidenskab. Det har været en lærerig proces, som har givet mig viden og indsigt i folkesundhed. Masteropgaven har været krævende og til tider frustrerende, men det har også været meget lærerigt, hvor jeg vil tage nye erfaringer med mig videre i livet. Jeg vil takke mine informanter for at have medvirket i projektet, uden jer ville denne masteropgave ikke have været muligt. Tak til mine vejledere, tak for god vejledning, spændende og lærerige samtaler, og konstruktive og værdifulde tilbagemeldinger. Tak for jeres engagement og tak for at have medvirket til, at holde motivationen igennem masteropgaven. Til slut vil jeg takke min mand for den støtte og opbakning han har givet i denne proces.

Indholdsfortegnelse

Sammendrag	5
Abstract	6
1.0 Introduktion.....	7
2.0 Baggrund og Teori.....	9
2.1 Risikofaktorer forbundet med fedme og overvægt.....	9
2.2 Fysisk aktivitet.....	10
2.3 Inaktivitet, stillesiddende tid og søvn	11
2.4 Måling af fysisk aktivitet.....	12
2.5 Metoder til at reducere overvægt og fedme hos børn og unge.....	14
2.6 Motivation for mere fysisk aktivitet.....	14
2.7 Self-Determination theory.....	15
2.8 Implementeret tiltag i sundhedstjenesten for at forbygge overvægt.....	17
2.9 Sundhedsprofessionelles erfaring med behandling af overvægtige børn.....	18
2.10 Sundhedsprofessionelles erfaring med elektronisk værktøj til behandling af patienter	19
2.11 Udfordringer ved brug af accelerometer i en klinisk sætning.....	20
2.12 Implementering af Fibion SENS Motion i klinikken.....	22
2.13 Magt relation mellem sundhedsprofessionelle og patienten.....	23
3.0 Metode og design	24
3.1 Projektets design og studiekontekst	24
3.2 Udvælgelse og rekruttering af informanter	25
3.3 Datasamling.....	25
3.4 Interview situation	26
3.5 Transskribering.....	27
3.6 Fænomenologi som kvalitativ forskningstilgang	27
3.7 Forforståelse.....	29
3.8 Analyse og databehandling.....	29
3.9 Ethiske overvejelser.....	33
4.0 Resultater	35
4.1 Præsentation af resultater	35
4.2.1 Fibion SENS Motion hjalp behandler og familien i behandlingstilbuddet.....	35
4.2.2 Personalet oplevede Fibion SENS Motion som positivt og nyttigt værktøj i behandlingstilbuddet.....	36
4.2.3 Personalet oplevede at de gik fra subjektiv til objektiv	38
4.2.4 Det var svært at gennemføre	40
4.2.5 Tiden var ikke tilstrækkelig.....	44
4.2.6 Personalet oplevede familien som mindre robuste	45

5.0 Diskussion	47
5.1 Kort opsummering af resultaterne.....	47
5.2 Diskussion af resultater.....	47
5.2.1 Implementering af Fibion SENS Motion i klinikken.....	47
5.2.2 Stigmatisering af patienter og forældre med sygelig overvægt.....	49
5.2.3 Kommunikation mellem patient og sundhedsprofessionelle.....	51
5.2.4 Fibion SENS Motion øger motivationen.....	52
5.3 Refleksion af projektet styrker og svagheder.....	53
5.3.1 Reliabilitet.....	54
5.3.2 Validitet.....	55
5.3.3 Overførbarhed.....	58
6.0 Konklusion	59
7.0 Referenceliste	60
Bilag 1	72
Bilag 2	81
Bilag 3	84
Bilag 4	87
Bilag 5	88

Sammendrag

Projektets baggrund

Børn og unge med sygelig overvægt og fedme behandles i specialsundhedstjenesten, hvor der er fokus på fysisk aktivitet og søvn. Accelerometer måler fysisk aktivitet objektivt, og kan bruges til at styrke behandlingen, men der er behov for mere viden om hvordan personalet oplever værktøjet i klinisk praksis. Derfor er det relevant at undersøge om et nyt accelerometer, Fibion SENS Motion kan være et klinisk værktøj, som kan hjælpe behandler og familien til et bedre behandlingstilbud.

Formålet med projektet

Formålet med projektet var at undersøge hvordan brugen af Fibion SENS Motion som klinisk værktøj i behandlingstilbuddet til børn og unge med fedme opleves af personalet.

Metode

Projektet har en kvalitativ forskningstilgang. For at indsamle data blev fire sundhedsprofessionelle fra en behandlende klinik i Norge interviewet. Interviewene var semistruktureret og målet var, at få frem personalets egne tanker og erfaringer om brugen af Fibion SENS Motion som klinisk værktøj. Efter interviewene blev dataene transskriberet, kodet og analyseret ved hjælp af Braun & Clarke (2006) tematisk analyse.

Resultater

Resultaterne viste at personalet på klinikken oplevede at de fik et værktøj, som kunne hjælpe behandler og familien til at arbejde tættere sammen på en positiv måde, samt give familien et bedre behandlingstilbud. Værktøjet gav behandler og familien objektive data om barnets fysiske aktivitetsniveau. Personalet oplevede at de ikke havde tilstrækkelig tid i deres konsultationer til at anvende værktøjet. Videre oplevede de ansatte at det var en svær patientgruppe at implementere værktøjet hos.

Konklusion

Fibion SENS Motion var et positivt værktøj i behandlingstilbuddet til børn og unge med fedme. Personalet skal dog være opmærksomt på udfordringer ved implementering af værktøj i klinisk praksis.

Nøgleord

Accelerometer, Fibion SENS Motion, Børn, Fedme, Sundhedsprofessionelle

Abstract

Background

Children and adolescent with overweight and obesity in Norway are treated in the specialist health service, where physical activity and sleep are key components. Accelerometer measures physical activity objectively and can be used to strengthen treatment in these clinics, but knowledge is needed about how staff experience the use of accelerometers in clinical setting. Therefore, it is importen to examine whether a new accelerometer, Fibion SENS Motion, is a useful clinical tool that can help the therapist and the family to provide better treatment.

Aim of the study

The purpose of the project was to investigate what experiences staff at a clinic, had with Fibion SENS Motion as a clinical tool in treatment of children and adolescents with obesity.

Method

The project has a qualitative research approach. To collect data, four health professionals from an clinic in Norway were interviewed. The interviews were semi-structured, and the aim was to elicit the staff's own thoughts and experiences on the theme. Following the interviews, the data were transcribed, coded, and analyzed using Braun & Clarke's (2006) thematic analysis.

Findings

The results showed that the staff at the clinic experienced that the Fibion SENS Motion could help the therapist and the family to work closer together in a positive way, as well as provide the family with a better treatment offer. Fibion SENS Motion provided the therapist and the family with objective data about the child's physical activity level. The staff found that they did not have enough time in their consultations to use the tool. Furthermore, the employees experienced that it was a difficult patient group to implement the tool with.

Conclusion

Fibion SENS Motion was a positive tool in the treatment of children and adolescents with obesity. However, staff must be aware of challenges when implementing tools in clinical practice.

Keword

Accelerometer, Fibion SENS Motion, Children, Obesity, Health professionals

1.0 Introduktion

Før i tiden var børn med fedme et sjældent fænomen. Nu er fedme et af de mest udbredte problemer i sundhedsvæsenet i ”veludviklede” lande (Jurado-Castro et al., 2020; WHO, 2021). Børn med overvægt har lettere ved at blive ramt af sygdomme som astma, led plager, vækstforstyrrelser, søvnproblemer og hudproblemer. Børn med overvægt kan også føre til sociale og følelsesmæssige problemer, samt øger risikoen for at barnet også bliver overvægtig i voksenalderen, og derved får sundhedsproblemer som for eksempel forhøjet blodtryk, hjerte-karsygdomme og diabetes type 2 (Reilly et al., 2003). Fysisk inaktivitet er i dag anerkendt som en central risikofaktor for livstilsrelaterede sygdomme, og kan være årsag til for tidlig død (Ekelund et al., 2016). Flere studier viser, at der er en sammenhæng mellem inaktivitet og overvægt blandt børn og unge. Fysisk aktivitet er vigtigt for sund vækst og udvikling blandt børn og unge. Derfor er det vigtigt at børn får et positivt forhold til fysisk aktivitet fra en tidlig alder. Forekomsten af børn og unge med overvægt og fedme er stigende i Norge. Der bør derfor lægges vægt på forebyggende behandling og sunde levevaner tidligt i livet (Júlíusson et al., 2010; Øvrebø et al., 2021) Strukturelle forhold som levevilkår, miljø, socialt netværk og bosted kan repræsentere afgørende betingelser for barnets muligheder til, at etablere sunde levevaner som forebygger vægtproblemer. Børnehaver, skoler og skolefritidsordninger er steder hvor børn tilbringer meget af deres tid. Disse institutioner har en vigtig rolle i at bidrage til gode levevaner, og tilrettelægge for fysisk aktivitet og gode kostvaner (Vilimas et al., 2005). Dårlige kostvaner, inaktivitet og lang TV tid og anden skærmapaktivitet kan bidrage til udviklingen af overvægt og fedme (Marshall et al., 2004). På baggrund af dette er der udarbejdet nationale retningslinjer for primærsundhedstjenesten om forebyggelse, udredning og behandling af overvægt og fedme (Helsedirektoratet, 2010). Det kan være sværere at opnå vedvarende vægttab når man først er blevet overvægtig. Forældre spiller en stor rolle i forhold til barnets kropsvægt, da de er rollemodeller for barnet, og derfor har stor indflydelse på barnets fysisk aktivitet og kostvalg. Usunde spisevaner hos forældre kan være forbundet med høj kropsvægt hos barnet (Birch & Davison, 2001). Dersom måling, vejning og klinisk undersøgelse bekræfter at der foreligger fedme, er det nødvendigt med udredning og behandlingstiltag på flere arenaer, og med involvering af flere faggrupper. Jurado-Castro et al. (2020) beskriver i deres review, at en tværfaglig tilgang til behandling af børn og unge med overvægt og fedme kan have positiv effekt, og medfører oftere en vedvarende vægtreduktion. Særlig familiebaserede interventioner der kombinerer kost, fysisk aktivitet og adfærdsændring har vist, at være effektiv og betragtes som den nuværende bedste behandlingsform for børn og unge med overvægt og fedme (Colquitt et al., 2016;

Jurado-Castro et al., 2020; Mead et al., 2017). Bivirkninger af interventionerne er små, men som med alle fedmerelaterede behandlinger og interventioner hos børn og unge, bør potentielle bivirkninger overvejes, herunder en negativ påvirkning på vækst, spiseforstyrrelser og psykisk velvære (Mead et al., 2017). De norske retningslinjer for behandling af børn og unge med overvægt og fedme, bygger på international viden om, hvad som er den bedste behandling, og giver de bedste resultater. De mest alvorlige tilfælde af børn og unge med sygelig overvægt får tilbud om behandling i special sundhedstjenesten. Denne behandling består af kognitiv adfærdsterapi, motiverende samtaler, kostvejledning og rådgivning i forhold til fysisk aktivitet. Målet med behandlingen er, at opnå langvarig forbedring af levevaner, vægtstabilisering, vægtreduktion og forbedring af eventuelle følgesygdomme (Helsenorge, 2019). Fysisk aktivitet kan måles objektivt med hjælp af accelerometer. Fibion SENS Motion er et nyudviklet accelerometer, hvor de tidligere begrænsninger ved måling af fysisk aktivitet med accelerometer er adresseret. Fibion SENS Motion er et miniatyre accelerometer, der indsamler objektive data på fysisk aktivitet, og hvor brugeren kan få tilbagemeldinger om bevægelsesmønstre og aktivitetsniveau.

Jeg er tilknyttet et projekt (dette projekt nævnes ikke med navn for at anonymisere og beskytte informanterne), med det overordnede formål, at undersøge om et nyt accelerometer, Fibion SENS Motion, kan have en gavnlig effekt på behandling af børn og unge med fedme. Det er set at brugen af klinisk værktøj kan have positiv effekt på behandling af børn og unge med fedme, da værktøjet kan støtte og vejlede både sundhedspersonalet og familien (Westergren et al., 2021). Min masteropgave vil være et delprojekt under dette projekt og hensigten er, at udforske hvordan klinisk personale erfarer at anvende accelerometeret i opfølgningen af børn og unge med fedme. Mit forskningsspørgsmål knyttet konkret til studiekonteksten er med følgende problemstilling; *Hvordan opleves brugen af Fibion SENS Motion som klinisk værktøj i behandlingstilbuddet til børn og unge med fedme af personalet?*

2.0 Baggrund og Teori

2.1 Risikofaktorer forbundet med fedme og overvægt

Mere end en milliard mennesker i verden er overvægtige, her i blandt 340 millioner unge og 39 millioner børn, og dette tal er stadig stigende (WHO, 2021). Overvægt og fedme kan defineres som *”en tilstand med unormal eller overdreven fedakkumulering, som udgør en risiko for sundheden* (WHO). World Health Organization anslår, at 167 millioner mennesker har dårligere helbred på grund af overvægt og fedme (WHO, 2022). Overvægt og fedme er alene den femte største dødsårsag i verden (WHO). Mellem 15 til 20 procent af børn er overvægtige eller fede i Norge (Júlíusson et al., 2010; Øvrebø et al., 2021). For at definere overvægt og fedme anvendes Body Mass Index (BMI), som er et praktisk objektiv mål til at vurdere graden af overvægt og fedme. BMI beregnes ud fra oplysninger om højde og vægt. BMI er kropsvægten i kg divideret med kvadratet på højden målt i meter, kg/m^2 (WHO, 2000). De grænser som benyttes hos børn og unge, er relateret til køn og alder, idet BMI varierer med alderen. BMI hos børn og unge under 18 år omregnes BMI til ISO-BMI for at kunne relateres til BMI- værdier for voksne. The International Obesity Task Force (IOTF) har udviklet BMI- kurver, og internationale grænseværdier ISO-BMI/IOTF for børn og unge med overvægt og svær overvægt i forskellige aldersgrupper (Cole et al., 2000). Fordelen ved at anvende denne målemetode er, at det er muligt at sammenligne forekomsten af overvægt i børnepopulationen internationalt. Det anbefales at anvende kønsspecifikke og aldersstandardiserede BMI -kurver med internationale grænseværdier (ISO-BMI/IOTF), til definition af børn og unge med overvægt og svær overvægt i skolealderen. Overvægt defineres som $\text{BMI} \geq \text{ISO-BMI/IOTF-25}$, svær overvægt defineres som $\text{BMI} \geq \text{ISO-BMI/IOTF-30}$, og sygelig overvægt defineres som $\text{BMI} \geq \text{BMI/IOTF-35}$ (Cole et al., 2000; Cole & Lobstein, 2012; Nysom et al., 2001). Overvægt og fedme er en livstilsygdom der påvirker kroppens normale funktion, og kan have en negativ indvirkning på hjerte, lever, nyrerne, leddene, samt negativ indflydelse på fertiliteten. Overvægt og fedme øger risikoen for astma, forhøjet blodtryk, højt kolesterol, problemer med blodsukkerregulering og dårlig selvfølelse hos barnet (Reilly et al., 2003). Børn og unge med overvægt og fedme kan opleve stigmatisering af andre, på grund af den høje vægt (Latner & Stunkard, 2003). Flere af disse børn og unge kan opleve mobning, som kan føre til isolation og lav selvtillid (Lachal et al., 2013). Børn og unge med høj BMI har lavere selvfølelse end normalvægtige børn, og kan opleve ensomhed (Hesketh et al., 2004; Mériaux et al., 2010). Overvægt og fedme er ikke kun et fysisk problem, men kan også skabe sociale problemer som påvirker barnets psykiske

trivsel. Sker det at overvægten følger barnet ind i voksenlivet, kan det øge risikoen for en række livstilsrelaterede ikke-smitsomme sygdomme, som type 2- diabetes, hjerte-kar-sygdomme, hypertension, hjerneblødninger, forskellige former for kræft, samt psykiske problemer (Reilly et al., 2003).

Den globale stigning af overvægt og fedme, kan resultere i økonomiske konsekvenser (Yach et al., 2006). Omkostninger ved fedme er estimeret til 68 milliarder kroner årligt i Norge. Individer med svær overvægt eller fedme har tre gange højere sygefravær, i forhold til andre befolkningsgrupper og har flere sygehusindlæggelse, og får udskrevet flere recepter på medicin per år end normalvægtige (Raebel et al., 2004). Endvidere har personer med overvægt og fedme højere forekomst af arbejdsløshed (Wettergreen, 2016) Udover forældre, intuitioner og skoler er politikere, fødevarereproducenterne og detailhandel også vigtige aktører i, at forebygge overvægt og fedme. Der bør skabes et godt fødevarer miljø, og alle bør have adgang og råd til en sund kost (WHO, 2022). Markedsføring af mad og drikkevarer med højt indhold af fedt, sukker og salt, rettet mod børn og unge skal begrænses (Kraak et al., 2016). Byer skal skabe plads til sikker gang og cykling (WHO, 2022).

2.2 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet defineres som...”*enhver kropslig bevægelse produceret af skeletmuskeler, som resulterer i energiforbrug*”(Caspersen et al., 1985). Børn og unge bør være fysisk aktiv i mindst 60 minutter hver dag. Aktiviteten bør være med moderat eller høj intensitet, og der bør lægges til rette for aktiviteter med høj intensitet mindst tre gange i ugen for, at øget muskelstyrke og styrke skelettet (Helsedirektoratet, 2022). Studier viser at børn med overvægt og fedme generelt er mindre fysisk aktive end normalvægtige børn og, at mange ikke opfylder de nationale anbefalinger for 60 minutter daglig fysisk aktivitet (Elmesmari et al., 2018; McMurray et al., 2016). Regelmæssig fysisk aktivitet kan reducere risikoen for koronar hjertesygdomme, slagtilfælde, diabetes, hypertension, tyktarmskræft, brystkræft og depression. Derudover er fysisk aktivitet en afgørende faktor for det totale daglige energiforbrug, og er derfor fundamental for energibalancen og vægtkontrol (Reilly et al., 2003). Børn og unge med overvægt og fedme bør være fysisk aktive i mindst 90 minutter hver dag for at forhindre udviklingen af insulin resistens (Helsedirektoratet, 2010). WHO anbefaler at alle lande udvikler en national fysisk aktivitets handlingsplan for, at øge

det fysiske aktivitetsniveau i befolkningen (WHO, 2010) . Studier viser at mellem 15 til 20 procent af børn har overvægtige eller fede i Norge (Júlíusson et al., 2010; Øvrebø et al., 2021).

Børn og unge med overvægt og fedme kan opleve fysisk aktivitet som tungt og hurtig udmattende, og derfor føle at de ikke opnår samme aktivitetsniveau som sine jævnaldrende (Zabinski et al., 2003) Dette kan reducere glæden ved fysisk aktivitet og kan føre til, at mange oplever den høje vægt som en barriere til at være fysisk aktiv (Faith et al., 2002; Lachal et al., 2013; Zabinski et al., 2003). Regelmæssig fysisk aktivitet blandt børn og unge er nødvendig for normal vægt og udvikling, og kan fremme børns og unges sundhed (Kjelvik, 2012). Ud fra de nationale overvågning system for fysisk aktivitet og fysisk form, kortlægning af fysisk aktivitet, sidde-tid og fysisk form blandt børn og unge 2018 (ungKan3) ses at 87 % af piger og 94 % af drenge i seksårsalderen, opnår den anbefalede mængede fysisk aktivitet på mindst 60 min per dag, af moderat til hård intensitet. Blandt ni åringerne opnår 64% af pigerne og 81% af drengen anbefalinger, hvor 15 åringerne piger og drenge er 40 % og 51 %. Fundene i denne rapport indikerer at samfundet samlede indsats for at øge aktivitetsniveau, og reducere faldet i fysisk aktivitet gennem børne- og ungdomsårene ikke har været tilstrækkelig (Steene-Johannessen et al., 2019). Vaner for fysisk aktivitet og glæden ved bevægelse opstår ofte i børn og ungdomsårene. Det er derfor vigtigt med en tidlig indsat for at stimulere den generelle befolkning til, at være mere fysisk aktiv. Specielt hos børn og unge med overvægt og fedme, som ofte er mindre aktive (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; Jurado-Castro et al., 2020).

2.3 Inaktivitet, stillesiddende tid og søvn

Fysisk inaktivitet stiger i mange lande med store sundhedsmæssige konsekvenser som følge. Fysisk inaktivitet er den fjerde største risikofaktor for global dødelighed (WHO, 2010). Fysisk inaktivitet kan defineres som ” *en tilstand hvor det er minimal øgning i energiforbrug udover hvile niveau, som i praksis vil sige at ligge eller at sidde i ro i vågen tilstand* (Nerhus et al., 2011). En Metabolic Equivalent of Task (METs) defineres som den energi der brugers ved at sidde stille (Jetté et al., 1990). Stillesiddende tid defineres som en enhver vågen adfærd karakteriseret ved et energiforbrug på $\leq 1,5$ METs. Meget stillesiddende tid kan føre til fedme og andre livstilsrelaterede ikke-smitsomme sygdomme (Sedentary Behaviour Research Network, 2012). Dette kan dog forhindres ved at øge det fysiske aktivitetsniveau (Ekelund et al., 2016). Ud fra de nationale overvågning system for fysisk aktivitet og fysisk form, kortlægning af fysisk aktivitet sidde-tid og fysisk form blandt børn og unge 2018 (ungKan3), ses det at seksåringer bruger omkring 400 min/dag på

siddetid. Hvor både 9-åringer og 15-åringer bruger henholdsvis ca. 450 min og 550 min daglig. I alle aldersgrupper bruger piger mere siddetid end drenge, dog er forskellen mellem kønnene ganske lille (Steene-Johannessen et al., 2019).

Det anbefales at børn sover mellem otte til fjorten timer i døgnet, afhængig af hvor gammel barnet er (Hirshkowitz et al., 2015). Søvnmangel og dårlig søvnkvalitet kan have indflydelse på udviklingen af overvægt og fedme, og risiko for livstilsygdomme (Cappuccio et al., 2008; Fatima et al., 2016). Søvnmangel er forbundet med ændringer i de appetitregulerende hormoner og disse ændringer vil medføre en stigning i appetit, hvilket kan føre til øget fødeindtag og vægtøgning (Knutson, 2007). Søvnmangel kan have indflydelse på børns sundhed, da det forstyrrer blodsukkerreguleringen. Det ses at søvnmangel kan føre til svækkelse af glukosemetabolismen og stigning i insulinniveauet, hvilket kan øge risikoen for udvikling af diabetes (Knutson, 2007; Quist et al., 2016). En anden faktor der kan forklare søvnproblemer hos børn og unge er, hvor meget tid de bruger foran en skærm inden sengetid. Skærmforbrug før sengetid kan forringe søvnkvaliteten. Børn der ser meget på skærm, kan have tendens til et øget indtag af fastfood, der kan resultere i overvægt og fedme (Börnhorst et al., 2015).

2.4 Måling af fysisk aktivitet

Der findes forskellige metoder til at måle fysisk aktivitet. Spørgeskema er historisk set den mest brugte metode til at registrere fysisk aktivitet, derfor er meget af den viden vi har, om sammenhængen mellem fysisk aktivitet og sundhed, hentet fra spørgeskemaer (IPAQ, 2005). Fordelen ved at anvende spørgeskema til indsamling af data er, at det er relativt billigt, tidsbesparende for deltagerne, og spørgeskema kan bruges på store grupper og er minimalt invasive (Sallis, 1996; Schnurr et al., 2017). Ulempen ved at anvende spørgeskema til at måle fysisk aktivitet hos børn og unge er, at der ofte kan være fejl rapportering, da børn og unge kan have vanskeligt ved at lave detaljerede genkald, eller over eller under rapportere (Vanhelst et al., 2014). Ulempen er også, at der kan ske forskellige opfattelser af spørgsmål og begreber (Chinapaw et al., 2010; Sallis, 1991) Andre metoder til at indsamle data om fysisk aktivitet, kan være pulsmåler eller accelerometer, disse instrumenter indsamler kun objektive data. Et accelerometer er en elektronisk enhed der bruges til at måle accelerationer, disse accelerationer kan være statiske ligesom tyngdekraften, eller dynamisk til at mærke bevægelse eller vibrationer. Målinger med accelerometer kan relateres til energiforbrug for et bestemt udvalg af aktiviteter, og det giver mulighed for at måle

intensitet, varighed og frekvens for børn og unges fysiske aktivitetsniveau (Corder et al., 2008). Accelerometer til måling af fysisk aktivitet kan enten bæres på håndleddet, hoften, ryggen, lænden, låret eller på anklen. Placeringen af accelerometret kan være afgørende for, hvilke bevægelsesdata der kan registreres, og hvor nøjagtig de kan anvendes til at måle fysisk aktivitet. Tidligere kunne accelerometer ikke registrerede alle former for fysisk aktivitet, og var ikke vandtætte. Disse problemstillinger blev adresseret af Fibion SENS Motion. Låret er den bedste placering for måling af forskellige aktivitetstyper, da den kan måle sidde, stå, gå, løb og cykling (Skotte et al., 2014). Derfor blev Fibion SENS Motion plasteret på låret. Håndleddet er det mest komfortable placering af accelerometer for børn og unge (Fairclough et al., 2016). Dog kan være svært at måle for eksempel cykling, eller stillesiddende aktivitet hvis accelerometret placeres på håndleddet (Hildebrand et al., 2014; Tarp et al., 2015). I projekt blev Fibion SENS Motion (Fibion SENS Motion, Fibion Inc. Jyväskylä, Finland) anvendt, som er et nyudviklet accelerometer der indsamler objektive data på fysisk aktivitet. Data oplodes fra accelerometret til en skybaseret løsning via en app, som kan downloades på deltagerens mobiltelefon. Data lagres på en sikker netbaseret webserver, hvor data til videre statistisk analyse, eller færdige opsummeringsrapporter kan lastes ned til brug i, for eksempel konsultationer med klienten. Brugeren kan få tilbagemelding om bevægelsesmønstre, og deres fysiske aktivitetsniveau. Fibion SENS Motion er et vandtæt tre-aksial miniatyr akselometer. Accelerometret vejer kun 7 gram og skal passeres 10 cm fra den laterale epikondylen af knæet, ved hjælp af et medicinsk godkendt plaster. Dette tilsammen betyder minimalt ubehag for brugeren, og barnet vil kunne sove, bade, deltage i idræt og andre aktiviteter som normalt, uden at tage hensyn til accelerometret. Fibion SENS Motion giver valide målinger af forskellige bevægelsesmønstre, aktiviteter og krospositioner, via forprogrammerede algoritmer, og kan differentiere mellem forskellige aktivitetsformer, som for eksempel siddende og stående aktivitet, gang, løb og cykling. Accelerometret kan også benyttes til at måle fysisk aktivitet som lav, moderat og høj intensitet, samt estimere daglig energiforbrug og søvnmønstre ud fra Fibion dagsrapporter (Fibion Inc., 2015). Accelerometret kan være et effektivt redskab til at måle fysisk aktivitet i en klinisk sætning, men det kræver at der er tæt samarbejde mellem brugeren og sundhedspersonalet (Arvidsson et al., 2019). Accelerometret kan ikke stå alene for udviklingen af børns bevidsthed om egen fysisk aktivitet, men i kombination med personlig feedback kan det have en positiv effekt på deres bevidsthed om fysisk aktivitet (Crossley et al., 2019). I dag er accelerometri det bedste og mindst invasive værktøj til at måle den tid der bruges stillesiddende og fysisk aktivitet, og kan estimere intensitetsniveauerne over tid (Jurado-Castro et al., 2020). Specifikt i dette masterprojekt var

hensigten, at få viden om personalets erfaring med Fibion SENS Motion som klinisk værktøj til behandling af børn og unge med fedme.

2.5 Metoder til at reducere overvægt og fedme hos børn og unge

Der har været en betydelig stigning i forekomsten af børn og unge med overvægt og fedme i den vestlige verden, inden for de seneste årtier (Buoncristiano et al., 2021). Metoder til at reducere overvægt og fedme hos børn og unge, kan være øget fysisk aktivitet, reduceret tv-tid og andet skærm tid (Ekelund et al., 2006; Epstein et al., 2008). Reduceret indtag af energitætte fødevarer og et øget indtag af fiberholdige fødevarer, samt frugt og grønt kan reducere overvægt og fedme (Malik et al., 2006; Moreno et al., 2008). Børnehaver, skoler og skolefritidsordninger er arenaer hvor børn tilbringer meget af deres tid, derfor har disse intuitioner en vigtig rolle i at bidrage til sunde levevaner ved, at tilrettelægge for varieret fysisk aktivitet og sunde kostvaner (Strong et al., 2005). Forældre er de vigtigste rollemodeller for børn og unge, da det er de som i største grad påvirker barnets livsstil. Det er vigtigt at forældre har sunde spisevaner, da usund madkultur i familien, kan være en faktor der bidrager til usund livsstil (Birch & Davison, 2001). Forældrene har ansvaret for at barnet har let adgang til sunde madvalg og inddrage barnet i indkøb, madlavning og fysiske aktivitet i hverdagen (Helsedirektoratet, 2007). Forældrene har indflydelse på at sætte grænser i forhold til barnets inaktivitet, reducere tv-tid og andet skærmtid, og tilrettelægge og opmuntre til mere fysisk aktivitet (Golan & Crow, 2004). Derudover er det vigtig, at styrke indsatsen hos familier med lav socioøkonomisk status, da det tyder på at børn af forældre med et lavere uddannelsesnivea, ofte har højere risiko for udvikling af fedme (Júlíusson et al., 2010). McMurry et al. (2016) hævder, at aktivitetsniveauet hos familier med børn der har overvægt, er mindre fysisk aktive i weekenderne end i hverdagen. Dette kan skyldes at skoledagene er tilrettelagt for mere fysisk aktivitet, men kan også tyde på at familiedynamikken kan have noget at sige i forhold til barnets fysiske aktivitetsniveau. Nedsat familie funktion kan være associeret med mindre fysisk aktivitet i familien. (Foster et al., 2018; McMurray et al., 2016).

2.6 Motivation for mere fysisk aktivitet

Motivation er essentiel for menneskers adfærd, og beskriver hvorfor mennesker vælger og fastholder en målrette adfærd. Ordet motivation stammer fra det latinske ”movere”, som betyder at bevæge eller at flytte. At motivere er en proces der i sidste ende resultere i, at en person præsterer noget bestemt. Ens motivation er påvirket af både indre og ydre faktorer (Hein, 2019). For at

motivere børn og unge til at være mere fysisk aktivitet er det vigtig, at hjælpe barnet til at udvikle gode vaner, som for eksempel, at cykle eller gå til og fra skole, og deltage i fritidsaktiviteter. Det at have en mere aktiv form for transport, kan motivere børn og unge til fysisk aktivitet (Strong et al., 2005; Waxman, 2004). Udendørs aktiviteter og ustruktureret leg, kan også motiverer børn og unge for mere fysisk aktivitet, såsom cykling, skatebord, vandreture, klatring i træer, ikke – konkurrerede aktiviteter som fangeleg og svømning (Christiana et al., 2014). Sociale aspekter som venskaber og fællesskaber er essentiel når det ønskes, at ændre børn og unges fysiske aktivitet, da venners aktivitetsniveau har en motiverende effekt på barnet (Macdonald-Wallis et al., 2012). Visuel feedback, så som accelerometer kan øge børns motivation til fysisk aktivitet, samt øge deres forståelse for egen aktivitetsniveau (Crossley et al., 2019). Ved hjælp af accelerometeret kan personalet opmuntre til fysisk aktivitet, samt hjælpe familien til at reflektere over familiens fysiske aktivitetsniveau, som kan være motiverende. En kombination af målsætning og forstærkende interventionsstrategier er effektiv til, at øge motivation for fysisk aktivitet (Brown et al., 2016) Dette tyder på at accelerometer kan være et positivt værktøj i dialog med familien og barnet. Familiebasere interventioner ses også som en positiv metode til at fremme fysiske aktivitet. Derudover er forældrenes støtte og opmuntring vigtig til, at motivere børn og unge til mere fysisk aktivitet (Brown et al., 2016).

2.7 Self-Determination theory

Self-Determination theory, også kaldt selvbestemmelsesteorien er en psykologisk teori der omhandler, hvad der skal til for at mennesker oplever selvbestemmelse i deres liv. Edward Deci og Rivhard Ryand er to amerikanske professor i psykologi, som står bag selvbestemmelsesteorien. De hævder, at motivation ikke er noget vi enten har eller mangler. I stedet mener de at der findes god og dårlig motivation, hvor de skiller mellem kontrolleret motivation (ydre motivation) og autonom motivation (indre motivation) (Gagné & Deci, 2005).

Autonom motivation handler om at gøre noget af lyst fordi selve handlingen er interessant, sjov og skaber glæde. Mennesker som er indre motiveret arbejder med opgaver eller aktiviteter, fordi det giver glæde og positive følelser, at gennemføre en bestemt opgave eller aktivitet. Dette gør at personalet eller barnet har lyst til at udføre aktiviteten igen (Gagné & Deci, 2005).

Kontrolleret motivation handler om at udføre en opgave eller aktivitet fordi man får en belønning. Et menneske kan motiveres til en bestemt adfærd ved ydre påvirkning, som for eksempel ved ros eller afstraffelse. Ifølge teorien vil adfærden dog oftest ophøre, så snart rosen eller afstraffelsen fjernes, vil adfærden også ophøre (Gagné & Deci, 2005).

Selvbestemmelsesteorien tager udgangspunkt i, at mennesket har tre grundlæggende medfødte psykologiske behov, som skal opfyldes for optimal vækst og udvikling. Disse behov er oplevelse af tilhørighed, oplevelse af kompetence og oplevelse af selvbestemmelse. Disse tre psykologiske behov er nødvendig og positiv for indre motivation (Gagné & Deci, 2005).

Oplevelse af tilhørighed

Oplevelser af tilhørighed er central i selvbestemmelse teorien. Positive sociale relationer, tillid, respekt og anerkendelse er betegnelser for oplevelse af tilhørighed. Barnet skal opleve at blive set og værdsat, ligeledes skal personalet også opleve at blive værdsat. Dette kan give dem større mulighed for at opnå følelsen af værdi, sådan at de kan håndtere ydre påvirkning for, at nå et bestemt mål (Gagné & Deci, 2005).

Oplevelse af kompetence

Personalet og barnet skal opleve at have tilstrækkelig kompetence for at kunne løse opgaven. De skal opleve at de mestre og har evnen til at opnå et ønsket resultat. Opgaven skal give udfordringer, men samtidig skal personalet og barnet opleve, at de har tilstrækkelig kompetence til at løse opgaven. Følelsen af kompetence er afhængig af det sociale aspekt. At opleve støtte og anerkendelse har betydning for indre motivation. Tilbagemeldinger og anerkendelse både undervejs og når arbejdet er afsluttet, er vigtigt. Tilbagemeldinger som giver opmuntring og støtte kan bidrage til, at personalet og barnet får større tro på, at de vil lykkes. Dette bidrager til, at de tror på sig selv og sine kompetencer, som øger selvtilliden og giver dem energi til, at fortsætte med opgaven (Gagné & Deci, 2005).

Oplevelse af selvbestemmelse

Mennesker har behov for at føle at de er selvstændige, at de kan handle, tænke og bestemme selv. De skal derfor opleve at have tilstrækkelig selvbestemmelse i det de gør. Dette handler blandt andet om frihed med hensyn til valg af fremgangsmåde, at de selv bestemmer hvordan en opgave eller

aktivitet skal løses. Personalet og barnet skal opleve, at opgaven eller aktiviteten er meningsfuld (Gagné & Deci, 2005). Mennesker som oplever at de har selvbestemmelse, og at de mestrer opgaven eller aktiviteten de deltager i, og som har tætte relationer til andre børn og voksne vil i større grad trives, og have en sund udvikling. Tilfredsstillelse af de tre nævnte psykologiske behov fører til, at personalet og barnet er drevet af en motivation præget af indre glæde og tilfredshed (Gagné & Deci, 2005).

2.8 Implementeret tiltag i sundhedstjenesten for at forbygge overvægt

Praktiserende læger, helsestationer og skolesundhedstjenesten har en vigtig rolle med henblik på opsporing, forebyggelse, information, diagnosticering, visitation og behandling af børn og unge med overvægt og fedme. Helsedirektoratet anbefaler, at alle børn med overvægt og fedme skal følges op ud fra grænseværdier for KMI. Børn med iso-KMI over 25 skal vurderes af sundhedstjenesten. Vurderes barnet til at have overvægt, skal barnet tilbydes opfølgning og motiveres til at ændre livsstil. Kommer barnets iso-KMI over 30 er det vigtigt, at i gang sætte udredning og behandling på en klinik, som involvere flere faggrupper (Helsedirektoratet, 2010). Det er vigtigt at vægtproblemer behandles tidligt, da tidlig behandling har den bedste effekt på overvægt og fedme over tid (Flodmark, 2005). Derfor bør alle gravide få vejledning om kost og fysisk aktivitet i og efter svangerskabet af sundhedspersonalet, da overvægt hos gravide øger risiko for fødselskomplikationer og overvægt hos barnet (Henriksen, 2007). God ernæring under graviditeten er vigtigt, efterfulgt af fuld-amning ind til barnet er seks måneder og, derefter forsætte med supplerende amning indtil barnet er to år. Børn der bliver ammet, har lavere risiko for at blive overvægtig i forhold til børn som får modermælkserstatning. Det anbefales derfor at kvinder ammer i sit barn de først to leveår for, at forbygge overvægt senere i livet (Horta et al., 2007).

Børn og unge som bliver diagnosticeret med fedme kan henvises til behandlende klinikker. Denne behandling er familiefokuseret og består af et tværfaglig team med læger, diætister, fysioterapeuter og psykologer. Behandlingen består af livstilsændringer, som er konkretiseret i form af en behandlingsplan, der bliver udarbejdet til hvert enkelt barn og familiens behov. De faglige retningslinjer lægger vægt på at undgå, at have fokus på vægten, men i stedet have fokus på at forbedre barnets selvbillede, reducere psykiske problemer, forbedre livskvaliteten og selvfølelsen, samt forbedre den fysiske form og mætheds- og sultreguleringen hos barnet (Helsedirektoratet, 2010). Behandlingen består også af adfærdsterapi, hvor der arbejdes med at ændre usunde

spisevaner og øge fysisk aktivitet (Wilfley et al., 2007). Behandlingen kan bestå af gruppe og individuel undervisning eller vejledning, samt inkludere elementer af kognitiv adfærdsterapi og motiverende samtaleteknikker. Sundhedspersonalets støtte til adfærdsændring er et vigtigt element for at ændre dårlige vaner i forhold til kost og fysisk aktivitet. Det anbefales at adfærdsændring indgår som et element i tilbuddet om livstilsinterventioner sammen med kost og fysisk aktivitet. Sundhedspersonale bør have kendskab til forskellige adfærdsændringsteknikker, som for eksempel motiverende samtaler, problemløsningsteknikker, målsætninger, udøvelse af egenkontrol og stimuli kontrol, og kan bruge disse ud fra en individuel behovsvurdering. (Al-Khudairy et al., 2017). Disse teknikker skal sigte mod at hjælpe børn og unge med, at ændre deres indsigts og forståelse af tanker og forestillinger om vægtreduktion, fedme og dens konsekvenser. I behandlingstilbuddet er det vigtigt at inkludere familien, da familien er barnets vigtigste resurse. (Flodmark, 2005; Golan & Crow, 2004). Familiebaseret adfærdsbehandling er vigtig for at opnå det bedste resultat i behandling af børn og unge med fedme (Nowicka & Flodmark, 2008; Young et al., 2007). Sundhedspersonalet skal identificere hvilke resurser der er i familien, da det ofte ses, at børn der vokser op i familier med mindre resurser har større risiko for at udvikle fedme (Golan et al., 1998).

2.9 Sundhedsprofessionelles erfaring med behandling af overvægtige børn

Der kan være adskillige problematikker i forhold til hvordan de sundhedsprofessionelle oplever at behandle børn og unge med fedme i sundhedsvæsenet. Nogle af de problematikker kan være manglende uddannelse og dårlig kommunikation med forældrene (Bradbury et al., 2018). Forældre spiller en vigtig rolle i deres barns behandling og det er derfor vigtigt, at sundhedspersonalet og forældrene har god kommunikation.

Studie viser at der mangler viden om fædres og søskende erfaringer med behandling af børn med overvægt og fedme og, at det som regel er morens stemme som kommer frem i forskning (Bishop et al., 2015). Anti Laurent & Tompkins (2016) udtaler at særlig fædre kan have en tendens til, at indtage en passiv rolle og lægger ansvaret over på den anden forældre. Fædre har ofte svære ved at acceptere, at deres barns vægt er et problem og i nogle tilfælde direkte modarbejder familiens forsøg på, at omlægge til en sundere livsstil (Anti et al., 2016). Forældre der bliver opfattet som umotiveret til at ændre livsstil, opleves ofte som en udfordring for de fleste sundhedsprofessionelle, hvilket hæmmer forsøget på at arbejde sammen med familien for at fremme livstilændringer. Det ses desuden at personale med manglende uddannelse, viden og kompetence i at kommunikere med

familier der har børn med overvægt, kan udgøre en barriere mellem personalet og forældrene. De sundhedsprofessionelles personlige vægtudfordringer kan også være en barriere der resulterer i en modvilje i, at diskutere vægt med forældrene (Bradbury et al., 2018). Det ses at børn med vægtproblemer har en tendens til, at komme fra inaktive familier med dårlige kostvaner, og hvor forældre selv har overvægt (Birch & Davison, 2001). At hjælpe disse forældre med at forstå problemets omfang og de risici der er forbundet med øget vægt, bliver ofte opfattet som en stor udfordring hos personalet. Den manglende accept fra forældrene kan forhindre yderligere forsøg på at diskutere barnets vægtproblem (Bradbury et al., 2018). Forældrenes benægtelse og undskyldninger om barnets overvægt er en ofte observeret reaktion. Derfor anses vægtdiagrammet som et væsentligt værktøj til, at diskutere barnets vægt, samt opnå en bedre kommunikation med forældrene, da dette værktøj kan bidrage positivt i en intervention (Edvardsson et al., 2009). Der ses en positiv effekt i behandling af børn og unge med fedme ved, at anvende værktøjer som kan støtte og vejlede både sundhedspersonalet og forældrene (Westergren et al., 2021). Derfor er det væsentligt at undersøge om feedback rapporter baseret på objektive målinger af fysisk aktivitet, kan have en positiv og motiverende effekt, samt være et godt hjælp værktøj til at diskutere vægtrelateret problemer med barnet og forældrene. Et tidligere studie har vist, at visuel feedback kan øge børns motivation til at være fysisk aktive og kan bidrage til, at øge deres forståelse af egen fysisk aktivitetsniveau. Accelerometret kan ikke alene udvikle barnets bevidsthed om fysisk aktivitet, men i kombination med personlig feedback, kan det have en positiv effekt på deres bevidsthed om egen fysisk aktivitetsniveau (Crossley et al., 2019). Ydermere har forskning vist at accelerometer i klinisk sammenhæng kan være effektiv ved måling af fysisk aktivitet, dette kræver dog tæt samarbejde mellem brugeren og sundhedspersonalet i form af opfølgning, feedback og kalibrering (Arvidsson et al., 2019).

2.10 Sundhedsprofessionelles erfaring med elektronisk værktøj til behandling af patienter

Med den stigende forekomst af kroniske tilstande som kræver livstilsændring, er der en øget interesse og behov for at integrere data fra andre steder end klinik besøg for, at kunne diagnosticere, måle og opnå optimale resultater. Inkorporering af patient generede sundhedsdata i en klinisk sætning, er en måde at engagere patienten i egen behandling. Ofte gennem brug af teknologi såsom smartphones, bærbare enheder, mobile sundhedsapps og GPS tracker. Ved hjælp af disse systemer, har patienten mulighed for at dokumentere informationer om egen sundhed. Overvåge sit aktivitetsniveau og forbedre selvbevidstheden om sundhed, samt anvende værktøjet til bedre at håndtere egen sundhedstilstand (Lavalley et al., 2020). Patientgenerede sundhedsdata er effektiv til

at give feedback, og giver patienten og sundhedspersonalet mulighed for at yde målrettede og effektive behandlinger. Patientgenererede sundhedsdata kan ligeledes være et positivt værktøj for sundhedspersonalet til at engagere patienten i egen behandling, og forbedre kommunikationen mellem patienten og sundhedspersonalet. Anvendelse af patientgenererede data i klinisk praksis, er med til at højne patienttilfredsheden og får patienterne til at føle, at sundhedspersonalet er mere engageret i deres behandling. De patientgenererede data skal dog være lette at forstå, kortfattet og indeholde faktorer som er til gavn for patienten og klinikerens (Lavalley et al., 2020; Malhotra et al., 2016).

Adspurgt sundhedspersonale nævner, at der kan være organisatoriske og tekniske barrierer ved brugen af patientgenererede sundhedsdata. Dette bunder ofte i mistillid og skepsis til systemerne, samt dårlige computerfærdigheder (Kuek & Hakkennes, 2019). Personalet bør have gode færdigheder inden for patientgenererede sundhedsdata for, at disse kan have en gavnlig effekt på behandlingen. Derfor bør sundhedsvæsenet tilbyde uddannelse og træning til personalet med lavt niveau af digitale færdigheder, samt skabe tillid til brugen af informationssystemerne for, at højne personalets kompetencer. Implementering af et elektronisk system kræver personalets engagement, da dette kan have en indvirkning på sikkerheden, og kvaliteten af patientbehandlingen. Brugen af elektroniske systemer kan hjælpe sundhedspersonalet med, at forbedre sikkerheden, og kvaliteten af plejen (Kuek & Hakkennes, 2019).

I projektet blev personalet fortroligt med Fibion SENS Motion, og blev introduceret og uddannet i hvordan værktøjet fungerer. Der blev udarbejdet en brugervejledning til personalet (bilag 1), der indeholder instrukser om hvordan Fibion SENS Motion fungerer trin for trin.

2.11 Udfordringer ved brug af accelerometer i en klinisk sætning

En ulempe ved at anvende accelerometer i en klinisk sætning kan være, at accelerometeret kun kan måle lodrette bevægelser, og har svært ved at skelne mellem sidde tid, og lav fysisk aktivitet. Dette kan føre til underrapportering og give fejl målinger af barnets fysiske aktivitetsniveau.

Sundhedspersonalet kan derfor risikere ikke at få korrekte målinger om barnets fysiske aktivitetsniveau, hvilket kan være en udfordring for personalet i deres konsultationer og vejledning om fysisk aktivitet (Arvidsson et al., 2011; Robertson et al., 2011). Ulempen med nogle accelerometerer er, at de ikke kan bæres under vandaktiviteter og søvn, og barnet kan let glemme at montere accelerometeret efter disse aktiviteter. Dette vil føre til mangelfulde data, og ikke give den

ønskede information om barnets fysiske aktivitetsniveau (Vanhelst et al., 2014). En anden ulempe kan være at accelerometeret ikke har den ønskelig batteritid, og derfor ofte skal oplades (Robertson et al., 2011). Er det nødvendigt med mange instrukser, kan barnet miste interessen for at anvende accelerometeret (Vanhelst et al., 2014). Der kan også være problemer med mobning og stigmatisering ved brugen af accelerometer. Dette kan medføre at barnet ikke ønsker at bære accelerometeret i skolen og under sport (Robertson et al., 2011). Derudover skal appen og softwaren være enkel at benytte, og den skal give god og simpel feedback. Sker det at patienten ikke ved hvordan appen og softwaren benyttes kan det hænde, at dataene ikke bliver synkroniseret korrekt. Accelerometeret skal være nemt at montere, og skal helst kunne placeres flere steder på kroppen, som for eksempel på skoen eller på håndleddet (Maher et al., 2021; Van Coevering et al., 2005). Dette vil bidrage til højre validitet, da det ikke kan garanteres at patienten monterer accelerometeret præcist hver gang. Det ses at accelerometer fungerer bedst til de patienter som har gode færdigheder inden for elektronik, da de har en bedre forståelse. Det er vigtigt, at sundhedspersonalet bruger tid og resurser på, at sætte patienten ind i hvordan accelerometeret fungerer for at få de bedste resultater, og mindske risikoen for fejl. En barriere for anvendelse af accelerometer i en klinisk sætning kan være, at sundhedspersonalet ikke prioritere accelerometeret i behandlingen, samt manglende motivation og ikke snakker positivt om accelerometert. Det er vigtigt, at hele behandlingsteamet har kendskab og har en positiv tilgang til accelerometret for at højne ”buy inn”, og bidrage positivt til dataindsamling (Keogh et al., 2021; Maher et al., 2021). Flere af de udfordringer og ulemper der kan opstå ved brugen af acceleromter i en klinisk sætning, kan muligvis forhindres ved at anvende Fibion SENS Motion som klinisk værktøj. Dette accelerometer kan måle alt bevægelse, og kan differentiere mellem forskellige aktivitetsformer som for eksempel, siddende og stående aktivitet, gang, løb og cykling. Accelerometret kan måle fysisk aktivitet som lav, moderat og høj intensitet, samt estimere daglig energiforbrug og søvnmønstre ud fra Fibion dagsrapporter (Fibion Inc., 2015). Barnet kan sove, bade og deltage i idræt, og forskellige aktiviteter som normalt uden, at tage hensyn til accelerometeret. Accelerometeret er til minimal gene for barnet, da det er et lille accelerometer som skal placeres på låret med et plaster som giver mindst muligt ubehag. Fibion SENS Motion kan bidrage til højre validitet, og højne kvaliteten af vejledning og behandling til børn og unge med overvægt og fedme (Fibion Inc., 2015).

2.12 Implementering af Fibion SENS Motion i klinikken

For at personalet får en positiv oplevelse med at anvende Fibion SENS Motion i klinisk praksis i behandlingstilbuddet til børn og unge med fedme, er det væsentligt at undersøge hvordan værktøjet implementeres i klinikken. Nye tiltag som ikke er implementeret korrekt kan give personalet dårlige oplevelser med, at anvende værktøjet i klinikken på trods af, at det fungerer korrekt (Fixsen et al., 2005). Fixsen et al. (2011) definerer implementering som ” *en planlagt og målrettet proces med et sæt af specificeret aktiviteter, som skal til for at indføre en metode eller et program til praksisfeltet*”. For at opnå en succesfuld implementering er det vigtigt med god planlægning, dialog og tydelig information om projektet formål og forløb, samt en grundig inddragelse af personalet. Dette skal tilsammen sikre mening, motivation og sammenspil igennem hele implementeringsprocessen (Fixsen et al., 2011). Fixsen et al. (2005) har udviklet en model der indeholder seks faser der beskriver god implementering. Denne model består af: 1. Exploration and adoption, hvor organisationen indhenter information om det ønskede projekt organisationen ønsker at implementere. Der skal undersøges om behovet for projektet er til stede, og om der er en vilje og tilstrækkelige ressourcer i organisationen til, at implementere tiltaget. Samtidig bør det vurderes om tiltaget er tilpasset den konkrete kontekst, og hvilke kapaciteter der skal opbygges for, at understøtte implementeringen med kvalitet i organisationen (Fixsen et al., 2005). Det skal undersøges hvorfor tiltaget skal implementeres, hvad er behovet for tiltaget, og hvilke problemer kan dette medføre. Hvilken del af organisationen eller hvem opnår et positivt udbytte ved at implementere projektet. (Fixsen et al., 2005). 2. Program installation, i denne fase skal implementeringsplanen vurderes og økonomiske ressourcer skal beregnes. Ledelse og personale skal støtte op om projektet for at opnå en succesfuld implementering. Det er vigtigt at organisationen har gjort sig overvejelser om, hvilke potentielle barrierer og ulemper der kan opstå ved, at implementere projektet. Der skal tages stilling til, hvem som skal implementere tiltaget, og om der er behov for at opbygge kapacitet gennem træning og løbende støtte. Det er vigtigt at organisationen kan kontakte en ”superbruger” som mestre tiltaget hvis dette skal blive nødvendigt. Personalet i organisationen skal have undervisning og træning, så de bliver tilstrækkelig selvhjulpne til, at anvende interventionen (Fixsen et al., 2005). 3. Initial implementation, i denne fase skal tiltaget prøves i praksis. Det kan kræve ændringer på individniveau, som for eksempel øget kompetence, og på organisation niveau kan det være, at der bør ske ændringer i organisationskulturen. I denne fase er det vigtigt, at arbejde med tilpasninger og forbedringer, så effekten af tiltaget er så effektiv som mulig (Fixsen et al., 2005). 4. Full operation, i denne fase er tiltaget integreret i organisationen, og alle medarbejdere har ressourcer og viden om, at

anvende den givende intervention. 5. *Innovation*, i denne fase kan det ske, at der bliver skabt forbedringer af tiltaget, fordi personalet har skabt nye og bedre løsninger. 6. *Sustainability*, i denne fase gælder det om, at vedligeholde og opretholde tiltaget til trods for udskiftning af personale, økonomiske årsager og ændring i ledelsen (Fixsen et al., 2005).

2.13 Magt relation mellem sundhedsprofessionelle og patienten

Der opstår en ulig magtfordeling mellem patienten og personalet, når patienten kommer til konsultation på klinikken. Begrebet magt ses som et udtryk for samfundsmæssig og mellemmenneskelige relationer, hvor der opstår en form for forhold mellem individer og institutioner, såsom sundhedsvæsenet (Pedersen & Kirk, 2014). Der sker en magtfordeling når patienten kommer til konsultation på klinikken, da sundhedspersoner i kraft af deres uddannelse befinder sig i en magtfuld position (Pedersen & Kirk, 2014). Forhold mellem patienten og sundhedspersonale opstår der en asymmetrisk relation, som er baseret på parternes forskel i situation og kompetence. Sundhedspersonalet har en professionel rolle i relationen ved, at de har kundskab, kompetence og færdigheder som patienten ikke har. Derfor kendetegnes asymmetriske relationer ved, at den ene part har mere magt end den anden. Bruges magt på en hensigtsmæssig måde kan den skabe ændring og udvikling, hvorimod bruges magt i negativ forstand, kan den forhindre udvikling og skabe manipulation (Kvalsund & Allgood, 2005). For at magt kan bruges til fordel for patienten kræver det, at sundhedspersonalet engagerer sig og tager patientens oplevelser alvorligt, samt anvender en patientcentreret tilgang. Dette kan resultere i at magtforholdet mellem sundhedspersonalet og patienten reduceres (Canter, 2001). Sundhedspersonalet bør være bevidst om sin magt position, og gøre den til en genstand for kritisk refleksion (Brody, 1992).

3.0 Metode og design

Projektet var et studie med et kvalitativ design, med det formål at finde svar på hvordan brugen af Fibion SENS Motion som klinisk værktøj opleves af personalet. I dette projekt valgte jeg en induktiv tilgang baseret på individuelle interview af sundhedspersonalet. Brugen af kvalitativ metode blev valgt for at gå i dybden med personalets erfaringer med Fibion SENS Motion, hvor der blev lagt vægt på betydninger, ord og meninger. Ved at anvende kvalitativ metode opnåede jeg en dybere forståelse af sociale fænomener, igennem en nær relation til informanterne (Thagaard, 2018).

3.1 Projektets design og studiekontekst

Børn og unge med alvorlig fedme (Iso KMI >35) eller fedme (iso KMI > 30), med en eller flere risikofaktorer i alderen 2-18 år, kan henvises til behandling i specialsundhedstjenesten. Disse risikofaktorer kan være insulinresistens/reduceret glukosetoleranse, type 2 diabetes, hyperstension, hyperlipidemi, søvnapnø og polycystisk ovariesyndrom. Børn og unge med fedme kan behandles med livstilsændring med det formål, at opnå langvarig forbedring af levevaner, vægtstabilisering, vægtreduktion og forbedring af eventuelle følgesygdomme. Behandlingen af børn og unge med fedme kan bestå af kognitiv adfærdsterapi, motiverende samtaler, kostvejledning og rådgivning i forhold til fysisk aktivitet (Helsenorge, 2019).

For at kortlægge barnets fysiske aktivitetsniveau, bevægelses- og søvnmønstre i projektet, skulle barnet gå med Fibion SENS Motion i 7-14 dage, 24 timer i døgn. Fysioterapeuten på klinikken udleverede på første konsultation et informationsskrift om projektet, og samtykke erklæring til barnet og forældrene. Fysioterapeuten ville ringe til de kandidater som havde sagt ja til at være med i projektet før tværfaglig dag på klinikken. Dette var for at fysioterapeuten kunne svare på spørgsmål og informere om, at det var frivilligt at deltage i projektet. Derudover ville fysioterapeuten kunne planlægge og forberede sig til konsultationen, og bestille udstyr til de kandidater som ønskede at deltage i projektet. Baseline var på tværfaglig dag, hvor fysioterapeut og masterstudenter hjalp med at downloade SENS Motion appen til barnets eller forældrenes mobiltelefon, sætte på accelerometer og indsamlede samtykkeskemaer. Opfølgning af børnene blev efter tre, seks og ni måneder. Fysioterapeut ringede eller sendte melding to uger før disse opfølgningskontroller for at minde forældrene om, at sætte på accelerometeret på barnet. Ved et års kontrol ville barnet igen få sat på accelerometeret, og gå med dette i 14 dage. Herefter ville

ændringer af barnets fysiske aktivitetsniveau og mængden af stillesiddende tid i løbet af behandlingsperioden blive evalueret, og der ville blive set på feedbackrapporterne baseret på det generede aktivitetsdata, som et led i behandlingen.

3.2 Udvalgelse og rekruttering af informanter

Ved brugen af kvalitativ forskning ønskede jeg at samle meget data fra relativ få informanter. Ideelt set burde jeg interviewe informanterne indtil jeg nåede et mætningspunkt, hvilket ville sige at flere interviews ikke gav flere relevante oplysninger om, det jeg ønskede at undersøge. Kvalitative analyser er ofte omfattende, og faktorer som tid og resurser sætter begrænsninger for hvor stort et udvalg af informanter jeg kunne have, samt hvor mange informanter jeg kunne få adgang til (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Hensigten med projektet var, at jeg ville interviewe de fem ansatte som arbejdede på en behandlende klinik i special sundhedsstjenesten. Denne klinik bestod af to læger, en fysioterapeut, en diætist og en psykolog. Alle medarbejder havde arbejdet flere år på klinikken, og havde god erfaring med behandling af børn og unge med fedme. En af de ansatte skiftede arbejde inden baseline, og var derfor ikke interesseret i at deltage i projektet. Fire af de ansatte indvilgede i at være med i projektet, og ud fra dette valgte jeg at disse fire ansatte var mulige kandidater til masterprojektet. En af de ansatte interviewede jeg to gange, for at få svar på hvordan den første konsultation med påsætning, kobling og installation af accelerometer forløb. Jeg kontaktede to af de ansatte på afdelingen i forbindelse med projektets baseline/tværfagligdag, og spurgte om de var interesseret i, at blive interviewet og være kandidater i masterprojektet. De andre to ansatte blev kontaktet på e-mail. Informanterne fik udleveret et dokument med informationer om masterprojektet, samt et samtykke skema som blev underskrevet før interviewene (bilag 2).

3.3 Datasamling

I mit delprojekt for at undersøge personalets erfaringer anvendte jeg interview som metode til, at indsamle data. Interview er en god metode til at opnå viden om menneskers livssituation, deres meninger, holdninger og oplevelser. Ved brugen af interviews gav jeg informanterne mulighed for at udtrykke sig selv som bidrog til, at få en dybere forståelse af det tema som blev undersøgt (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Jeg udarbejdede et semistruktureret interviewguide rettet mod de ansatte, som arbejdede på klinikken. Interviewene tog udgangspunkt i en interviewguide, med forhåndsvalgte temaer og spørgsmål, som blev valgt ud fra problemstillingen. Interview kan være krævende at gennemføre, derfor var det en fordel at have erfaring med denne metode (Thagaard,

2018). På baggrund af min manglende erfaring med interviews, og for at tilpasse spørgsmålene i interviewguiden blev der gennemført et pilot-interview sammen med masterstudent, for at øve på interviewsituationen. Efter pilot-interviewet blev der givet tilbagemeldinger om hvordan spørgsmålene var blevet opfattet. Pilot-interviewene førte derfor til små ændringer og nye ideer til opfølgningsspørgsmål i interviewguiden. Interviewguiden var delt ind i temaer der fokuserede på sundhedspersonalets erfaring med Fibion SENS Motions brugervenlighed, relevans i forhold til systematisk kortlægning af fysisk aktivitet, tid i ro og søvn, tilpasning af behandlingsforløbet, og brugen af rapporter i samtale med barnet og familien. Derudover var der hovedspørgsmål omhandlende hvordan sundhedspersonalet bidrog til, at barnet og familien fik kundskab om barnets fysiske aktivitetsniveau, hvordan de håndterede barnets og forældrenes perspektiv, samt hvordan de anvendte rapporter for at motivere for øget fysisk aktivitet, og tilstrækkelig og regelmæssig søvn. Ved brug af semistruktureret interviews havde jeg mulighed for at revidere interviewguiden undervejs i projektet, og derved lærer mere om hvor fokus burde være i forhold til, at få svar på problemstillingen (Brinkmann & Kvale, 2018). Jeg valgte at interviewe informanterne individuelt, dette var gjort med tanke på at informanterne ikke påvirkede hinandens svar (Johannessen et al., 2016). At skille sig ud i en gruppe kan ofte føles negativt, og informanterne kan have forskellige erfaringer i forhold til opfattelsen af et gældende tema. Dette kan påvirke relevansen og mængden af data som bliver indsamlet ved, at informanterne tilbageholder informationer eller svare noget andet, end informanterne faktisk tænker og føler (Johannessen et al., 2016). Ved at anvende individuelle interviews mindskede jeg risikoen for dette, og jeg fik detaljeret data som kunne relateres til informanternes følelser, erfaringer, opfattelse og holdninger i forhold til temaet.

3.4 Interview situation

Fire af interviewene blev gennemført på klinikken, på et tidspunkt som passede for den enkelte informant. Interviewene blev gennemført på deres kontor hvor informanterne følte sig trygge, og hvor der blev skabt en afslappet stemning. Et interview blev gennemført på zoom, da informanten blev forhindret i at have interviewet fysisk. Tidspunkt og sted for interviewene blev aftalt med informanterne ved baseline/tværfagligdag og under e-mailkorrespondance, ud fra hvad informanterne selv ønskede, og hvad som passede bedst for hver enkelt. For at interviewene skal opleves som tillidsfulde og trykke for informanten, bør der skabes en god kontakt mellem interviewer og informanten (Thagaard, 2018). Dette gjorde jeg ved at starte med at smalltalk med informanten for, at løsne op for en anspændt stemning. Dette kunne føre til, at informanterne blev

opmuntret til, at give udfyldende informationer om det tema som jeg ønskede, at vide mere om (Thagaard, 2018). I kvalitativt interviews skulle jeg også tænke på at magtbalancen var ulig fordelt mellem forskeren og informanten. Da det var mig (forskeren), som var den der havde kontrollen over temaet og spørgsmålene, var det mig (forskeren) som havde mest magt. Det var vigtigt at jeg var bevidst om dette, og derfor brugte jeg tid på at skabe tillid til informanterne før interviewene (Brinkmann & Kvale, 2018). Før interviewene præsenterede jeg mig selv, og informerede informanterne om hvad som skulle ske. På denne måde blev stemning mere afslappet og uformel. Interviewene tog udgangspunkt i interviewguiden, hvor der også blev stillet opfølgende spørgsmål for, at få uddybende svar fra informanterne (bilag 3). Interviewene blev optaget på lydbånd.

3.5 Transskribering

Efter at interviewene var gennemført blev lydoptagene lagret på en password beskyttet computer, og derefter transskriberet ordret. Transskribering handler om at omsætte mundtlige samtaler til tekst. Jeg aflyttede lydoptagene i små bider, samt gennemlyttede lydoptagene flere gange, for at være sikker på at jeg havde hørt korrekt. Pauser i lydoptagene blev markeret med to punktummer, og lyde blev markeret som ehm og uhm. Transskriberingen giver forskeren mulighed for at blive fortrolig med datamaterialet samtidig med, at tolkningsprocessen bliver igangsat. I en interviewsamtale sker en interaktion mellem to mennesker, hvor begge er fysisk til stede, og hvor der bruges både verbalt og ikke-verbalt kropssprog for at udtrykke sig. Transskribering kan derfor give udfordringer med, at opfange for eksempel kropssprog og stemmeleje (Brinkmann & Tanggaard, 2015).

3.6 Fænomenologi som kvalitativ forskningstilgang

Jeg valgt at anvende fænomenologi som kvalitativ forskningsmetode i projektet, da formålet med projektet er at undersøge personalets oplevelser af Fibion SENS Motion som klinisk værktøj i behandlingstilbuddet til børn og unge med fedme. Derudover har jeg valgt Braun & Clarke som analysemetode, som har rødder i fænomenologien (Sundler et al., 2019). Fænomenologi betyder videnskab om fænomener, og det er en filosofi som er grundlagt af den tyske filosof Edmund Husserl. Han ønskede at sætte fokus på menneskets erfaring af forskellige fænomener (Kvale & Brinkmann, 2019). Fænomenologiens formål er at beskrive fænomener fra menneskets livsverden. Fænomenet er det som fremtræder i vores bevidsthed i form af oplevelser eller begivenheder. Fænomenologien bidrager til en dybere forståelse af menneskers levede erfaringer ved at søge bag

om de opfattelser, ideer eller stereotype billeder som vi normalt tillægger fænomener i vores livsverden. Livsverden er den hverdag vi lever vores liv i uden nærmere refleksion. I en persons livsverden deler mennesker omgivelser, sprog og betydning, og det er der man gør sine erfaringer. Disse levede erfaringer er udgangspunkt for fænomenologisk forskning. Livsverdenen er således fyldt med meninger og betydninger der er tavse, og denne tavse betydning kan frembringes gennem en fænomenologisk analyse. Denne analyse kan beskrive fænomeners betydning, dens substans og fællestræk. Dette vil sige essensen af de levede erfaringer, uden at bygge på teorier, hypoteser eller forskerens egen forståelse (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Under interviewene kom informanterne med konkrete beskrivelser af sine erfaringer af Fibion SENS Motion, som klinisk værktøj i behandlingen til børn og unge med fedme. Dette er personalets meninger som er påvirket af deres livsverden, og den tavse mening som ikke direkte blev sagt. Under analysen blev svarene fortolket til at indeholde meninger som for eksempel, at personalet oplevede familierne som mindre robuste. Dette tydeliggøres i dette citat: ”...de skal huske på det og vi vet jo det ofte, at det er det med compliance, det kan være det med at de må huske på det.. det ser vi jo også når vi anbefaler de at måle vekt en gang i uken, så er der veldig mange som ikke klarer å følge det opp.. så der vil alltid være .. være en risiko for.. for at noen ikke klare å følge opp.. skifte plaster når de skal... holde motivasjonen over tid.. ja..”

I dette projekt anvendte jeg Braun & Clarke tematiske analyse som metode til at analysere mine data. I tematiske analyse bør fænomenologien følge forskeren igennem hele forskningsprocessen, fra dataindsamlingen til dataanalyse og resultaterne. Forskningsprocessen skal være styret af de metodiske principper for at understrege åbenhed, sætte spørgsmålstejn ved forforståelsen og adoptere en refleksiv holdning (Sundler et al., 2019). Når forskeren stræber efter åbenhed, bør forskeren sætte spørgsmålstejn ved sin forforståelse, hvilket betyder at identificere og blive bevidste om forforståelsen. Forskeren skal lægge sine egne erfaringer og antagelser til side så meget som muligt, og fastholde en kritisk holdning og reflektere over forståelsen af data og fænomenet, ellers risikere forskerens at beskrive sin egen forforståelse i stedet for informanternes oplevelse. At sætte spørgsmålstejn ved sin forforståelse er tæt forbundet med at have en reflekterende holdning. Med en reflekterende holdning skal forskeren skifte fra den almindelige naturlige forståelse af hverdagen, til en mere selvreflekterende og åben holdning til dataene (Sundler et al., 2019).

3.7 Forforståelse

Forskerens rolle er i stor grad med til at påvirke forskningsprocessen. For mit vedkommen gik dette ud på, at jeg som forsker skulle være bevidst om min egen baggrund, og viden om det område som blev undersøgt (Thagaard, 2018). Forforståelse er den baggrund og erfaring jeg havde med mig før projektet startede. Det var derfor vigtigt at være bevidst om egen forforståelse før jeg startede dataindsamlingen, og hvordan jeg læste og fortolkede datamaterialet. Specielt er det vigtig i dette projekt da jeg er sygeplejerske, og dermed havde en forståelse for hvordan det var, at arbejde med denne patientgruppe i sundhedsvæsnet. Det kunne være udfordrende ikke at anvende min forforståelse, og det var derfor vigtigt at jeg var bevidst om denne, og lød den påvirke mindst muligt i forskningsprocessen (Kvale & Brinkmann, 2019). For eksempel nævnte personalet at barnet og familien var en svær patientgruppe, da jeg selv havde erfaringer med patienter jeg oplevede som en svær patientgruppe satte jeg ikke spørgsmålstegn ved dette, men anvendte min forforståelse.

3.8 Analyse og databehandling

Tematisk analyse er en metode som bruges til at identificere, analysere og beskrive mønstre eller temaer i dataene som er indsamlet, og bidrager til at organisere beskrive, og tolke dataene på en detaljeret måde (Braun & Clarke, 2006). I denne type analyse sammenligner man på tværs af dataene sådan, at det er muligt at gå i dybden med hvert enkelt tema. I denne proces var det vigtigt, at jeg tilstræbte at koble analyseprocessen til forskningsspørgsmålet, og til teorien (Braun & Clarke, 2006; Clark et al., 2021) For at analysere datamaterialet i masteropgaven valgte jeg, at tage udgangspunkt i Braun og Clark (2006) tematiske analyse som består af seks faser.

Fase 1: At læse og genlæse transskriptionerne og blive fortrolige med dataene

Det første trin i analysen omhandler at stifte bekendtskab med den indsamlede data. I studier hvor man har valgt at udføre interviews, skal lydoptagene transskriberes til tekst. Denne proces er en god måde til, at blive kendt med dataenes indhold (Braun & Clarke, 2006). Jeg læste gentagende gange dataene aktivt, dvs. jeg søgte efter meninger, sammenhænge og mønstre. Jeg læste alt daten før jeg gik i gang med kodning, da det fulde billede kunne give vigtig kontekst for, hvordan dataene bedst kunne fortolkes og derfra bearbejdes (Braun & Clarke, 2006). Kodning af teksten begyndte i denne fase, i form af notater om de forskellige ideer jeg fik igennem mine gennemlæsninger af dataene. Her kom det frem at dataene omhandlede objektivitet, afmagt, motivation, tidsbrug, kapacitet, samarbejde, forberedelse og kontrol. Overordnet handlede data sættet om at personalet var

tilfreds med Fibion SENS Motion, men for at værktøjet skulle fungere i behandlingstilbuddet skulle værktøjet forbedres. Notaterne brugte jeg i de næste faser til, at udvikle kodningerne af dataene som også kom til, at udvikle sig igennem projektet flere gange, som jeg kom igennem flere af analysens faser (Braun & Clarke, 2006).

Fase 2: Generere koder af datamaterialet

Efter at jeg havde læst dataene flere gang, kunne jeg begynde at kode dele af teksten systematisk, hvor jeg tog uddrag fra transskriptionen og beskrev kort hvad der var relevant i disse dele (koder). Eksempel på kodning vises under dette afsnit. De samme koder brugte jeg på flere segmenter af dataene, og nogle segmenter fik også flere koder (Braun & Clarke, 2006). Målet med denne proces var at identificere aspekter, som var relevant for analysen. Jeg markerede dem så jeg senere i analyseprocessen (de næste faser) kunne finde større sammenhænge i daten, og derudfra skabe temaer. I denne fase var jeg opmærksom på, at se så mange relevante detaljer og sammenhænge i dataene, og dermed lavede jeg så mange koder som muligt (Braun & Clarke, 2006). Jeg var opmærksom på hele teksten da jeg genererede koder, og da jeg tog uddrag fra teksten, tog jeg noget af teksten omkring den relevante del med, så vigtigt kontekst ikke gik tabt. Ligeledes var det også vigtigt, at jeg ikke kun udvalgte dele af teksten som passede ind i et særlig narrativ men, at jeg kodede alle dele af teksten (Braun & Clarke, 2006).

Tabel 1. Eksempel på uddrag fra datamaterialet og kobling til kode fra analysens andre faser

Uddrag fra datamaterialet	Kode
Ohh.. Og derfor tænker jeg, at hvis vi i tillegg har et verktøy som på en måte kan hjelpe oss, så vil det være et stort plus i forhold til at ha mer fokus på fysisk aktivitet gjennom behandlingsforløpet.	Værktøj til at have mere fokus på fysisk aktivitet igennem behandlingsforløbet

Fase 3: Kodet datamateriale inddeles i temaer

Efter at jeg lavede alle koderne, så jeg om der var en sammenhæng mellem disse. I denne fase sorterede jeg alle de genererede koder, og så hvordan de kunne kombineres på forskellig måder til, at lave forskellige overordnede temaer (Braun & Clarke, 2006). Det kan være en god ide at anvende tabeller eller mindmaps til, at skabe et visuelt overblik over koderne, deres sammenhænge, samt potentielle temaer. Jeg anvendte programmet Nvivo 12 for at kode teksten, og for at skabe et

overblik. Jeg satte de forskellige koder sammen så de gav mening, og jeg fik efterhånden udviklet en række temaer ud fra forskellige sammensætninger af koderne (Braun & Clarke, 2006). De temaer jeg kom frem til var: Fibion SENS Motion hjalp behandler og familien til at samarbejde. Utrygt med et nyt værktøj. Fibion SENS Motion skabte tidspres. Personalet lagde ansvaret over på Fibion SENS Motion og familien.

Fase 4: Gennemgang af temaer

I denne fase gennemgik jeg de kodninger og temaer som jeg foreløbig kom frem til, ud fra de forrige faser. Det ønskes at ende med gode temaer som hver især hænger sammen på meningsfulde måder, og at temaerne klart adskiller sig fra hinanden (Braun & Clarke, 2006). Disse temaerne var baseret på mit indsamlede data, og de koder som jeg havde udarbejdet. Det skete at nogle af de initiale temaer ikke havde nok data, eller havde data som ikke hang sammen til, at stå som de gjorde til at starte med. I denne proces blev temaerne potentielt sat sammen til nye temaer, hvor andre blev elimineret (Braun & Clarke, 2006). I denne fase skabte jeg nye temaer, og de temaer som jeg havde fundet frem i første omgang, blev enten elimineret eller omdøbt. Eksempel vises i tabellen.

Tabel 2. Eksempel på temaer som udviklede sig til nye temaer igennem analysens faser

Første temaer	Nye udarbejdet temaer
Fibion skabte tidspres	Tiden var ikke tilstrækkelig
Utrygt med nyt værktøj	Det var svært at gennemføre
Fibion SENS Motion hjalp behandler og familie til at samarbejde	Fibion SENS hjalp behandler og familie i behandlingstilbuddet
Personalet lagde ansvaret over på Fibion SENS Motion og familien	Personalet oplevede familien som mindre robuste

Da jeg blev tilfreds med de individuelle temaer, havde jeg skabt et nyt tematisk kort, og da kunne jeg forholde mig til alle temaerne som helhed, og bedømme om de sammen afspejlede den indsamlede data. Denne bedømmelse var baseret på min (forskernes) egen dømmekraft, men jeg skulle selvfølgelig sikre mig, at alt den vigtige data blev inkluderet i det endelige tematiske kort (Braun & Clarke, 2006).

Fase 5: Definerings og navngivning af temaer

Da jeg havde det endelige tematisk kort, skulle temaerne defineres i større detalje, så hvert temas betydning og rammer var tydelige for læseren. Temaerne skulle defineres sådan, at det var tydeligt hvordan de adskilte sig fra hinanden (Braun & Clarke, 2006). Da jeg definerede temaerne, var jeg opmærksom på hvilke relevante ting hvert tema havde, at sige om problemformuleringen, og hvordan det enkelte tema passede ind i helheden af dataene på tværs af de forskellige temaer. Nogle af temaerne blev til hovedtemaer, og andre temaer blev til undertemaer. Undertemaer kan være nødvendige til at beskrive komplekse temaer, som indeholder flere forskellige meninger. Undertemaer kan bruges til, at hjælpe læseren med at forstå nuancer i komplekse temaer (Braun & Clarke, 2006).

Tabel 3. Hovedtemaer og undertemaer

Hovedtema	Undertema
Fibion SENS hjalp behandler og familien i behandlingstilbuddet	Personalet oplever Fibion SENS som positivt og nyttigt værktøj i behandlingstilbuddet
	Personalet oplever at de gik fra subjektiv til objektiv
Det var svært at gennemføre	Tiden var ikke tilstrækkelig
	Personalet oplevede familien som mindre robuste

Fase 6: Udvikling af rapport

I denne fase blev der udarbejdet en skriftlig beskrivelse af hvordan jeg havde fortolket dataene, og hvilke temaer samt meninger jeg havde udledt i forhold til projektets problemformulering. I denne fase illustrerede jeg hvordan jeg havde fortolket dataene via mine skabte temaer, og hvilken helhedsforståelse jeg havde opnået (Braun & Clarke, 2006). Det var i denne fase at de endelige definitioner, samt beskrivelser af temaerne blev beskrevet, og jeg fik skabt et analytisk narrativ som forbandt dataene med de skabte temaer (Braun & Clarke, 2006). Jeg kom frem til seks temaer som

var udgangspunktet for at svare på problemstilling. Disse temaer var: Fibion SENS hjalp behandler og familien i behandlingstilbuddet. Personalet oplevede Fibion SENS som positivt og nyttigt værktøj i behandlingstilbuddet. Personalet oplevede at de gik fra subjektiv til objektiv. Det var svært at gennemføre. Tiden var ikke tilstrækkelig. Personalet oplevede familien som mindre robuste. Jeg valgte at anvende citater fra datamaterialet for, at tydeliggøre informanternes oplevelser og beskrivelser, og ikke bare mine fortolkninger.

3.9 Etiske overvejelser

I masterprojektet opstod der etiske udfordringer som jeg måtte være opmærksom på, og tage hensyn til. I forskningsprojektet stilles der krav til, at jeg som forskeren var bevidst om etiske aspekter (Clark et al., 2021). Før projektet kunne påbegynde, blev der indhentet godkendelse fra Norsk center for forskningsdata (NSD). Projektet var tilrådet fra NSD, og der var udarbejdet og godkendt en personvernkonsekvensudredning fra sygehuset og universitetet i fællesskab (bilag 4). Projektet var vurderet af REK (Regionale komiteer for medicinsk og helsefaglig forskningsetikk) til ikke at falde ind under lov om medicinsk- og sundhedsfaglig forskning (bilag 5). Jeg søgte om godkendelse ved Fakultetets etiske komité før opstart af dataindsamling, og denne blev godkendt. De etiske retningslinjer der blev overholdt i forbindelse med interviewundersøgelsen var informanternes samtykke, fortrolighed, konsekvenser og forskers rolle (Brinkmann & Kvale, 2018). Før opstart af interviewene, fik jeg indhentet informeret samtykke fra alle informanterne. Jeg informerede informanterne om formålet med projektet, samt eventuelle fordele og risiko der kunne opstå ved, at deltage i projektet (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Informanterne blev informeret om, at det var frivilligt og, at de kunne trække sig fra projektet når som helst. Personalet fik udleveret et dokument med informationer om projektet, og hvor de blev informeret om hvad deltagelse i projektet indebar. Dokumentet læste de først selv, og derefter blev der spurgt til om der var nogle spørgsmål til projektet. Dette blev rundet af med underskrift og godkendelse af deltagelse. Det var vigtigt, at jeg som forsker gav god information til deltagerne om projektet, da dette bidrog til at informanterne tog afgørelsen om at deltage eller ikke på et informeret grundlag, samt at sikre at deltagelsen skete frivilligt på informanternes eget interaktiv (Thagaard, 2018). Informanterne blev informerede om, at interviewene blev behandlet fortrolig og anonymt, og at deres identitet sløres. Interviewene blev transskriberes af mig, og deres underskrifter var kun til rådighed for mig, samt at det blev slettet når projektet afsluttes. Som tidligere nævnt blev interviewene optaget på lydbånd. Lydoptagene blev overført til en password beskyttet computer. Efter transskriptionen blev filerne flyttet til en

password beskyttet ekstern harddisk for at sikre at dataene ikke gik tabt, og at ingen andre fik tilgang til dataene. Det var vigtigt at alle data der omhandler informanterne blev slettet efter at projektet afsluttes, dette blev informanterne også informeret om. Fordelen for informanterne i at deltage i projektet var, at de kunne bidrage til nye viden, og have mulighed for at fortælle om deres erfaringer, og føle at de blev hørt. Informanternes oplevelser af eventuelle udfordringer med brugen af Fibion SENS Motion som klinisk værktøj, kunne bidrage med viden om og videre udvikling af proceduren med brugen af Fibion SENS Motion i en klinisk sætning. Ulempen ved at deltage i projektet kunne være, at informanterne skulle sætte tid af i deres travle hverdag til at blive interviewet. Det kunne være en belastning for deltagerne at blive spurgt om ting der kunne opleves sensitivt. Det at blive taget alvorlig, lyttet til, og at lære, vil ofte være en større fordel end ulempe, så længe forskeren behandler deltageren med respekt og omsorg.

4.0 Resultater

4.1 Præsentation af resultater

I dette afsnit vil jeg præsentere resultaterne af analysen. Temaerne var sorteret ud fra de forskellige perspektiver i forskningsspørgsmålet, og blev valgt ud fra både uligheder og fællestræk som kom frem i datamaterialet, som jeg anså som vigtig for at kunne svare på problemstillingen; *Hvordan opleves brugen af Fibion SENS Motion som klinisk værktøj i behandlingstilbuddet til børn og unge med fedme af personalet?* Der blev på baggrund af dataanalysen udarbejdet to hovedtemaer og fire undertemaer. Hovedtemaer: 1) Fibion SENS hjalp behandler og familien i behandlingstilbuddet 2) Det var svært at gennemføre. Under hvert hovedtema blev der skabt to under temaer. Under hovedtemaet 1) Fibion SENS hjalp behandler og familien i behandlingstilbuddet er der fundet undertema a) *Personalet oplevede Fibion SENS som et positivt og nyttigt værktøj i behandlingstilbuddet.* b) *Personalet oplever at de gik fra at være subjektive til objektive.* Under det anden hovedtema 2) Det var svært at gennemføre er der fundet tema med a) *Tiden var ikke tilstrækkelig* b) *Personalet oplevede familien som mindre robuste.*

I det næste afsnit vil jeg give en beskrivelse af de forskellige temaer, inkluderet anonymiseret udsagn fra informanterne.

4.2.1 Fibion SENS Motion hjalp behandler og familien i behandlingstilbuddet

Personalet havde en forventning om, at Fibion SENS Motion kunne være et klinisk værktøj som kunne hjælpe behandler og familien til at arbejde tættere sammen, og at værktøjet kunne været et positivt redskab i behandlingsforløbet. Personalet forklarede at de havde blodprøver og kurver at forholde sig til, men de håbede at Fibion SENS Motion kunne være et nyt værktøj som kunne hjælpe på en positiv måde.

"Ja absolut. sååå. Jeg ser for meg at det må være et måleverktøy.. som.. behandler og pasient kan bruke sammen, men på en positiv måte. Akkurat som man kan bruke andre ting.. man kan bruke blodprøver og kurver og alt mulig, men det handler om å finne noe som kan brukes.. sammen på en positiv måte..."

Personalet håbede at Fibion SENS ville være til hjælp for behandler og familien, for hvis personalet så at der ikke skete nogen fremgang, så kunne de prøve at motivere med hjælp af Fibion SENS Motion.

”Jeg håper at det vil være til hjelp for familien og for oss som behandlingsteam.. fordi.. for kanskje hvis du ser at de ikke får til noe spesielt, så kan vi ta tak i det og prøve å motivere dem.. så jeg håper at det vil være et positivt verktøy i vårt arbeid med familien ”

Personalet uttrykte at projektet ville være positivt, da de fikk testet et nytt verktøy som kunne hjelpe dem selv, og samtidig give familien et bedre behandlingstilbud.

”først og fremst er prosjektet positivt fordi vi... vi får teste ut om vi kan få til noe nytt som kan hjelpe oss å gi familien et bedre tilbud... ehm. Så endelig bare veldig positivt”

4.2.2 Personalet opplevde Fibion SENS Motion som positivt og nyttig verktøy i behandlingstilbudet

Personalet opplevde Fibion SENS Motion som et positivt verktøy, og ut fra deres utsagn hadde det vært en positiv opplevelse at tænde og sette på accelerometeret, og laste ned appen. De ansatte uttrykte at rapporten var enkel og positiv, fordi de fikk oversikt og informasjon om den daglige fysiske aktivitet til barnet, samt hvilke aktiviteter barnet gikk til i løpet av ugen.

”...Ehm.. informasjon om den daglige aktiviteten og hvilke aktiviteter som barnet går på i løpet av en uke.. så det tenker jeg er veldig fint”

Personalet opplevde at verktøyet bidro positivt til behandlingstilbudet da de opplevde, at verktøyet kunne give patienten feedback, og at det kunne give barnet en drivkraft og øke barnets fysiske aktivitetsnivå.

”...at de kan få den der egen feedback, og at det kan være en drivkraft for på en måte at øke fysisk aktivitet, eller at ha fokus på søvn vaner”

Selvom rapporten kunne vise dårlige resultater opplevde personalet den mindre negativ. Rapporten tydelig gjorde, at barnet ikke hadde nået anbefalingene for fysisk aktivitet, og dette syntes personalet var positivt.

”Ja, jeg syntes at den var veldig grei.. jeg syntes ikke at selv om at det var litt dårlige tall.. så syntes jeg ikke at det var veldig negativt, men den var liksom tydelig på at når de ikke hadde nådd anbefalingene.. og det syntes jeg er helt greit.. hvis vi pakker det for mye inn så kommer jo ikke informasjonen frem heller..uhm.. så det syntes jeg er helt greit”

Personalet opplevde at værktøjet var nyttigt, da det gav forældrene retningslinjer om fysisk aktivitet, og at værktøjet gav forældrene en realitets orientering om hvor meget eller lidt deres barn var fysisk aktiv.

”...og så tenker jeg at foreldrene får sånn litt retningslinjer for.. de får en forståelse for hvor mye aktivitet der skal til da... og sånn litt realitets orientering hvor mye er barnet mitt endelig i aktivitet.. hvis vi har noen foreldre som er veldig glade i at sitte, der er jo også noen som er det.. så er det veldig.. da vil alle barn være kjempe aktive.. mens deres barn kanskje ikke veldig aktive, men sammenlignet med de så er de veldig aktive.. men så er der også denne realitets orientering i forhold til hvor bude de ligge endelig.. ligge som barn generelt. Uhm”

Personalet uttrykte at Fibion SENS Motion var et godt værktøj til at snakke om barnets fysiske aktivitetsnivå. Værktøjet var brukbart i behandlingen, da det kunne måle en form for behandlings effekt.

”...ehmm..Både til at snakke om fysisk aktivitet.. og til at måle en hvis form for behandlings effekt, men også... ikke bare behandlings effekt.. på det med vekt og sånn, men også på en måte at kunne måle endring i livsstil...”

Personalet opplevde at Fibion SENS kunne hjelpe barnet til at sette og oppnå mål, og give barnet et positiv drive.

”...så var det en ting til, det var litt det samme som det jeg sa, at hvis det er noe som gir barn og unge litt positivt drive..ehm.. at det ikke skal trykk de ned hvis de ikke når målene sine, men at vi skal kunne bruke de til at sette oppnåelige mål, hvor du ser at du har litt fremgang og det kan være litt positivt for deg”

Personalet hadde en forventning om, at Fibion SENS Motion kunne hjelpe patienten til at bli mere bevidst om deres aktivitetsniveau, og at det kunne motivere barnet og familien til at være mere fysisk aktive.

”...jeg tenker at de kanskje blir mer bevisste på aktivitetsnivået når de vet at de blir målt.. ehm.. og at det kanskje kan være motiverende, og hvis man på en måte til sammen som en familie jobber med at øke aktivitetsnivået når de får den rapporten.. ikke sant, da får de jo rapporter for over to uker ikke sant.. eller i den omgangen den ene rapporten.. ehm.. og det på en måte kan være et mål at uke nummer to er høyre aktivitetsnivå enn uke nummer en.. at det kan brukes som en motivasjon for familien til at bli mer fysisk aktiv”

Personalet opplevde at Fibion SENS Motion gjorde det lettere at gi patienterne og familien individuelle råd, og veiledning om fysisk aktivitet i konsultationene.

”...jeg tror jo at det gjør at vi blir mer bevisst på.. ehm.. hvor mye den.. altså.. ja hvor mye aktivitetsnivået har å si.. ehm.. og da på en måte.. lettere for oss å gi kanskje litt mer.. ehm.. individuelle råd, ut fra hva den kartlegging viser da...”

Fibion SENS Motion hjalp personalet til at ha mere fokus på fysisk aktivitet i deres konsultasjoner. Dette syntes personalet var positivt.

”...ehm.. det har jo gjort meg mer bevisst på fysisk aktivitet og gjort at jeg kanskje fokuserer enda mer på det i løpet av kontrollene mine.. så det tenker jeg endelig er veldig positivt”

4.2.3 Personalet opplevde at de gikk fra subjektiv til objektiv

Personalet opplevde at Fibion SENS Motion, gav dem selv og familien objektive data om barnets fysiske aktivitetsnivå. Dette syntes personalet var en fordel, da all informasjon de fikk om barnets fysiske aktivitetsnivå var selvrapporert.

”uhm.. jeg tenker at en kjempefordel er det at man får objektive data på dette med aktivitetsnivå.. ehm.. fordi.. ehm.. for våre pasienter er all informasjon vi får selvrapporert...”

Med Fibion SENS Motion kunne personalet koble de objektive data sammen med hvad familien sagde i konsultationerne.

”...jeg må bare ta utgangspunkt i det de sier ellers, men nå kan jeg binde det litt sammen da. Ja.. uhm.. det at de har akselerometeret på og kan koble det litt mer sammen med hvad de sier.. uhm”

Værktøjet gav personalet og familien en klar indikation om, hvor fysisk aktiv barnet havde været. Personalet oplevede at det var letter for dem at kunne vise rapporten til barnet og familien i konsultationen, og vise hvor højt eller lavt aktivitetsniveauet havde været. Da kunne personalet bedre spørge til, hvad barnet og familien tænkte om den dokumenterede mængde fysisk aktivitet. Personalet oplevede at det var svært at sige til barnet og familien, at barnet ikke havde være tilstrækkelig fysiske aktive, hvis de ikke havde nogen dokumentation på dette. Med hjælp af værktøjet, kunne personalet vise objektive data om barnets fysiske aktivitetsniveau. Med Fibion SENS Motion behøvede personalet ikke at være konfronterende, da de kunne vise rapporten til barnet og familien.

”...men der brukte jeg det særlig for de opplevde vel, at barnet sitt var ganske aktivt og så kunne jeg vise det... jeg syntes endelig det var veldig fint.. jeg kunne objektiv.. da kunne vi se sammen på skjermen eller rapporten, at så mye stille sitting var der og så var der 15 minutter ca med moderat til høy intensitet, og så kunne jeg ha sett øhj, det anbefales mindst en time hver dag, og så var det gjennomsnittlige 15 minutter, hva tenker dere om det.. og da syntes jeg at det var fint, at kunne på en måte at... jeg ikke trenger at syntes, for jeg kan tenke når noen snakker, at her er der ikke mye rom for fysisk aktivitet, hvis de sier at de kommer hjem og så ser på.. ehm.. tv på en måte ikke sant.. og det blir.. litt synsning for meg da.. hvis de mener at de er fysisk aktive, syntes jeg at det er vanskelig for meg at si noe annet så lenge jeg ikke har noe dokumentasjon på det, men da jeg hadde det, da var det litt lettere.. på en måte.. ehm.. da trengte jeg heller ikke at være så konfronterende heller, men bare legg frem ligesom, hva tenkere dere om det dere ser her.. og det syntes jeg endelig var litt fint, og jeg tror de foreldrene fikk en litt ah ha opplevelse.. for eksempel så var moren sånn, jamen vi er jo aktive, men da sa pappaen, jamen det ser du jo her at det er vi ikke.. haha haha.. så det var endelig veldig tankevekkende.. så fikk man det litt svart på hvitt, at det var alt for lite”

Personalet oplevede at Fibion SENS Motion hjalp personalet til at være tydeligere over for barnet og familien om, hvor lidt fysisk aktivt barnet havde været. Videre oplevede personalet, at værktøjet hjalp dem og familien til at se hvor langt barnet var fra det daglige anbefalede fysiske aktivitetsniveau. Derudover hjalp værktøjet med at bevise over for familien, at det ikke var personalet som var for optaget af fysisk aktivitet.

”ehm.. kanskje er det lettere å være tydeligere som jeg sa tidligere.. at der har jeg.. at det ikke bare er synsning, at jeg tror at barnet ditt er lite aktivt.. at jeg kan formidle det sånn og at budskapet blir litt tydeligere for det er ikke meg.. foreldrene kan ikke si eller skylde på at det bare er meg som er hyper, eller er litt for opptatt av fysisk aktiviteter.. ehm.. for man kan jo fraskrive seg ansvar på veldig mange områder.. men her så kommer der en litt mer objektiv rapport.. så mye er barnet ditt i aktivitet og så kan man ta det opp mot anbefalingene og så ser man gapet på en måte.. og da kan man ikke si eller skylde på noe annet.. uhm.. jeg kan være veldig tydelig uten å være konfronterende, jeg bare viser de rapporten, at sånn er rapporten og hva tenkere dere om det.. da trenger jeg ikke at si så veldig mye”

Personalet uttrykte at Fibion SENS Motion gjorde det lettere for personalet, at give barnet og familien individuelle råd om fysisk aktivitet i konsultationerne.

”...ehm.. og da på en måte.. lettere for oss å gi kanskje litt mer.. ehm.. individuelle råd, ut ifra hva den kartleggingen viser da...”

Personalet oplevede at Fibion SENS Motion kunne være et sjovere verktøy for barnet, da accelerometeret kunne give barnet konkrete objektive målinger om deres fysiske aktivitetsniveauet.

”...et litt mer synlig verktøy og bruke på en måte. Fordi mye det vi snakker om det handler jo mye om livsstil, og endringer og sånn, men her fikk de på en måte litt mere konkret objektiv verktøy som kanskje vi håper.. ehm.. virker positivt for de.. litt gøyere for de rett og slett...”

4.2.4 Det var svært at gjennomføre

Personalet uttrykte at Fibion SENS Motion kunne være et bedre verktøy i behandlingstilbudet, hvis verktøjet blev forbedret på nogle områder. Dette kunne blandt andet være, at der blev udviklet

en app, hvor barnet og familien kunne se barnets aktivitetsniveau fra dag til dag, samt hvilke aktiviteter på hvilke tidspunkt. Personalet mente, at patienten mistede den umiddelbare tilbakemelding, som kunne være positiv for barnet og familien. Derudover kunne barnet miste motivationen, da der ikke var nogle daglige data at forholde sig til.

”...om de ikke kan se det på appen sin, for de tror at de kommer til å se aktivitetsnivået på appen .. og det tror jeg veldig mange synes er veldig trist, at de ikke kan det.. det hadde nok vært mer motiverende for de da.. å få den der umiddelbare etter en dag..at du kan se.. øhj i dag var der mye forskjell på i går.. men nå blir det ligesom lenger frem i tiden, og da mister du den der umiddelbare motivasjon.. positive feedbacken.. uhhh.. man mister litt når man ikke kan se det med en gang da.. så det tror jeg absolutt at det er et forbedringspotentiale, at hvis man klarer å kunne få det opp i appen.. og da vil du kanskje få dem til at åpne den appen litt oftere, for der har vært et problem at de ikke åpner den, og da vil datene ikke lagres”

Personalet ønskede at synkroniseringen af data burde ske automatisk, og at forældrene ikke skulle åbne appen på telefonen for at synkronisere med accelerometeret. Personalet havde informeret forældrene om, at de skulle åbne appen samtidig med at de var i nærheden af barnet, så dataene kunne blive synkroniseret. Dette fik forældrene ikke til, og derfor blev dataene ikke synkroniseret. Personalet oplevede at det var en udfordring når familien ikke havde synkroniseret før de kom til kontrollerne, for da måtte de bruge ekstra tid på synkronisering og udskrive rapporten. Dette gjorde at personalet ikke fik tiden til at forberede sig inden rapporten skulle gennemgås med familien.

”Ehm.. det er det at ikke alle foreldrene har fått det til å synkronisere i den appen, selvom vi har sagt at de skal gjøre det når de er i nærheten av barnet så har vi jo sett på.. når vi har gått inn og sett på akselerometeret, at der er noen som ikke har synkroniseret da.. ehm.. også selv om at vi har ringet at.. har vi tilfelle at de ikke har synkroniseret... så det gjør det vanskelig å få ut rapportene ikke sant, når de ikke har oppdateret det på appen sin.. ehm.. såå.. ehm.. det tenker jeg er litt.. det har vært en ulempe for.. hehe, for oss da, for det ideelle er for oss behandler er, at vi kan forberede oss, vi kan skrive ut rapporten før de kommer, men hvis de ikke har gjort det så må vi gjøre det i konsultasjonen, og da bruker vi enda mer tid.. ja som endelig er satt av til å give tilbakemeldinger og sånne ting”

Personalet uttrykte at værktøjet burde være så enkelt som muligt, og at Fibion SENS Motion burde kunne synkronisere uden at åbne appen. Dette ville gøre at flere familier fik synkroniseret, og rapporterne var klar når familien skulle til kontrol på klinikken.

”ja så det burde være så enkelt som muligt.. at den bare synkronisere bare at den er i nærheten.. og så trenger man ikke at gå inn og åpne og sånn for der mister du noen tror jeg.. ehm.. og der må man være veldig på selv da.. ehm..”

”...ja litt det der med å få det til å gjøre.. det er bra med alt det som går av seg selv og at man slipper å gå inn og nå må jeg synkronisere, nå må jeg trykke på den...”

Forældre der ikke fik synkroniseret med accelerometeret, skulle personalet ringe til forældrene for at få dem til at åbne appen og synkronisere. Dette følte personalet ikke de havde tid eller overskud til, at gøre i deres hverdag.

”...og det er også en ting som jeg synes er dumt at man må åpne appen for å synkronisere for den bude bare ha gjort det helt av seg selv.. nå må jeg ringe til de for at for dem til at åpne appen og det har jeg endelig ikke tid til eller overskudd til.. eller sånn.. jeg må lete etter de som ikke har gjort det nå og så må jeg lete etter telefonnummer og så må jeg ringe og så får jeg ikke tak i de og så må jeg ringe igjen”

Personalet ønskede at de kunne involvere receptionen/sekretæren, og de fik opgaven med at ringe til familien eller, at de kunne få et system som sendte på mindelser til familien når de, for eksempel skulle huske at sætte på accelerometeret eller huske at åbne appen for at synkronisere.

”...ja så det er endelig det.. og såå.. ehm.. det å få de til at huske å ta på ligesom før de kommer til meg.. men det handler kanskje om, at man kunne ha hatt et meldingssystem.. hadde jeg hatt en arbeidsmobil, så hadde det vært mulig å ligge inn faste varsler..”

Personalet ønskede at Fibion SENS Motion ikke krævede for meget af behandler og familien. Værktøjet skulle ikke være for avanceret og skabe stress for brugeren og personalet.

”...ehm.. og så synes jeg at det er viktig, at det ikke krever.. at det ikke blir for avansert, at det krever for mye av brukeren eller av familiene ... at det er noe som på en måte kan fungere uten for mye.. ehm.. stress.. ehmm...”

Personalet uttrykte at det kunne være utfordrende at sende rapporterne til sig selv, fordi de skulle huske hvilke rapporter som passede til hvilken patient, da de var anonymiseret. Personalet ønsket, at det skulle stå i deres plan, at patienten brukte Fibion SENS Motion i deres behandling, da ikke alle pasienter brukte værktøjet i behandlingsforløpet. Dette gjorde at der kunne oppstå situasjoner hvor pasient skulle ha oppfølging med Fibion SENS Motion, men personalet ikke var forberedt på dette.

”...det at vi kunne ha hatt.. ehm.. at det hadde stått et sted i vores timebok at det var en Fibion pasient.. ehm.. sånn at vi kunne ha forberedt oss...”

Personalet opplevde at rapporten henvendte seg mest til foreldrene, og ikke til barnet. Informanterne mente, at barnet ikke ble motivert av rapporten, da den mest omhandlede tal og kurver. Personalet mente at barnet hadde behov for å skape en indre motivasjon.

”...ehm.. jeg tror kanskje den er litt mer rettet mot foreldrene enn den er for barnet, og det tror jeg litt fordi at.. ehm.. at jeg tenker at barna ikke nødvendigvis motiveres av, at dette er anbefales og du må komme dit på en måte.. de trenger kanskje noe annet enn mer.. en form for indre motivasjon.. ehm.. enn bare tall...”

Personalet opplevde at værktøjet ikke motiverte barnet til mere fysisk aktivitet. Personalet ønsket heller ikke å anvende værktøjet til å motivere til fysisk aktivitet, da de hadde et ønske om å hjelpe barnet med, å skape en indre motivations-glede.

”...øh se der er du nesten oppe på den streg i dag skal vi prøve å klare det i morgen.. men kanskje du klare å forklare det til litt mindre barn, men det er ikke der jeg har lyst til å gå heller.. det er ikke sånn jeg har lyst til å motivere barn til å være i aktivitet.. små barn har lyst til, at vi skal prøve å utforske mest mulig aktivitet, det er det de synes er gøy .. at de klare å finne aktiviteter som de

synes er gøy og oppleve mestring.. så har de noe å bygge på, noe de tar med seg videre.. så grunnlaget er å skape den her bevegelseglede...”

Personalet uttrykte at hvis de utfordringer de opplevde med accelerometeret blev løst, var Fibion SENS Motion et værktøy som de gerne ville anvende fremadrettet i behandlingstilbudet. Personalet uttalte at de troede det blev svært at få alle patienterne til, at anvende Fibion SENS Motion, da værktøjet blev en ekstra ting familien skulle have kontrol på.

”Ehm.. jeg tenker at hvis vi får løst de.. ehm.. problemene som vi ser. Hehe... eller de vanskelighetene som vi ser.. og da tenker jeg på det ikke sant.. det med å ringe de.. om vi kunne ha fått pasienterne eller foreldrene til å tenne dem selv, så hadde dette spart oss for en ekstra telefon hvis vi hadde vært til mer.. ehm.. ja at vi vet på forhånd ikke sant, hvilke pasienter som bruker den og hvilke som ikke bruker Fibion målinger.. ehm.. så tror jeg at det hadde vært.. da ser jeg for meg at det hadde vært et nyttig verktøy for oss at bruke.. ehm.. og noe som vi kunne ha tatt med oss videre.. ehm... men jeg tror at.. jeg tror at det er vanskelig å få til... at få det gjennomført på alle vores pasienter og det er litt fordi, at det blir på en måte en ekstra ting som man skal huske på.. ehm”

4.2.5 Tiden var ikke tilstrækkelig

Personalet opplevde at de ikke hadde tilstrækkelig tid, i deres konsultationer til Fibion SENS Motion og til, at gjennomgå rapporterne med familien. Personalet opplevde at værktøjet blev en ekstra ting de skulle prioritere i deres hverdag.

”...så for meg så blir det.. ehm.. så er det litt utfordrende å få tid til å få det pakket inn i en konsultasjon.. ehm...og derfor blir det en ekstra ting.. ehm..”

Personalet opplevde at der blev mere som de skulle gjøre på den samme tid. Dette var utfordrende, da de skulle prioritere i deres arbeidsoppgaver.

”...akkurat i den fasen så ble det mer at jeg fikk en litt sånn.. at jeg fikk bare mer som jeg måtte gjøre på samme time.. ehm...og kanskje måtte prioritere..”

Personalet uttrykte at deres behandlingstilbud var ned skaleret, og at de hadde for lidt resurser.

”...vårt tilbud er ganske ned skaleret. Vi har bare de ressursene vi har og i utgangspunktet er det veldig lite...”

Personalet opplevde at de sjældent så barnet og familien til kontroller, derfor var personalet afhængige af, at familien gjorde hvad personalet opfordrede dem til hjemme for, at barnet fikk den bedste behandling.

”...for familiene selv, og så er det jo at de går så sjelden hit til oss. Ahhh. At vi er avhengige av, at de gjør en hel del arbeide selv, mesteparten av jobben må de jo faktisk gjøre hjemme..”

4.2.6 Personalet opplevde familien som mindre robuste

Personalet uttrykte at det kunne være svært for barnet at ta av buksene for, at skulle sette på accelerometeret til konsultasjonen, da foreldrene og personalet var til stede i samme rum.

”...jeg tror at det var at foreldrene sitter der.. og hvis barna ikke.. og hvis barna er litt større... og så er det en setting, og så sitter jeg her og så er der et stort vindu der, det er et ukjent rom og bare det å skulle ta ned buksa, det føles litt ubekvemt.. umh.. og så er vi to voksne i tillegg, som barna ikke kjenner.. så da.. jeg så på de at de var litt ukomfortable”

Personalet tenkte at det ville være lettere hvis barnet hadde et pulssur, for da behøver barnet ikke at ta av buksene, men bare strække hånden frem.

”...men man ser jo at noen pulsklokker har jo sånt.. nesten som et akselerometer.. eller de har jo i alle fall sånn at du.. eller de registrere om du sykler, løper eller svømmer, på det ene eller andre hvis. Men de sikkert ikke så nøyaktige.. eller jeg vet ikke.. men det hadde vært enklere for det er enklere å vise en hånd enn det er å ta ned bukser..”

Personalet opplevde at det kunne være en svært patientgruppe at implementere Fibion SENS Motion, da mange av familiene ikke klarte å følge opp på de ting, som personalet oppfordret dem til.

”...de skal huske på det, og vi vet jo det ofte, at det er det med compliance, det kan være det med at de må huske på det.. det ser vi jo også når vi anbefaler de at måle vekt en gang i uken, så er der veldig mange som ikke klarer å følge det opp.. så der vil alltid være .. være en risiko for.. for at noen ikke klare å følge opp.. skifte plaster når de skal... holde motivasjonen over tid.. ja..”

Personalet ønsket at alle pasientene i klinikken kunne anvende Fibion SENS Motion i behandlingsforløpet, dog mente personalet dette ikke var realistisk. Informanterne uttrykte at det var en pasientgruppe som de hadde erfart ikke fulgte deres anbefalinger. Denne pasientgruppe hadde mange utfordringer og psykiske diagnoser.

”...jeg tror.. altså.. jeg skulle ønske at vi kunne få det til, men jeg tror at vi vil ha noen som falle i fra, eller sånn at der er noen som slutter å bruke den, og det er litt etter egen erfaring med for eksempel det med å fylle ut aktivitets korleggningen, fylle ut kost registreringen, skal de også gjøre før tverrfaglig dag og det er ca halvparten som gjør det.. jeg tror kanskje at det er en gruppe som der er litt.. ehm.. litt vanskelig å få med alle... ikke sant, for dette er jo familier som har.. ehm.. noen familier har mange utfordringer og noen av barna har en del utfordringer... ehm.. sånn både på skolen, men også.. ehm.. også sånn tilleggsdiagnoser eller sånn som gjør at det kanskje er utfordrende å få til.. uhm...”

Personalet uttrykte at det kunne være utfordrende at få foreldrene til, at gjøre det personalet oppfordret dem til, og at det kanskje handlede om forelderens interesse og engasjement i behandlingsforløpet, samt foreldrenes utdannelse nivå.

”...ehm.. og så er der det med å få foreldrene til å gjøre det.. ehm.. så det tror jeg kanskje kan være litt.. litt utfordrende, og så tror jeg også at det kan være litt opp til foreldrene ikke sant.. at de husker hvor lenge de skal gå med det og, at de faktisk har lest gjennom de papirerne de har fått ikke sant.. ehm.. det går nok litt på foreldrenes sin interesse og engasjement, og kanskje også utdanningsnivå og sånn.. uhm...”

5.0 Diskussion

5.1 Kort opsummering af resultaterne

Målet med dette projekt var, at få svar på hvordan brugen af Fibion SENS Motion som klinisk værktøj i behandlingstilbuddet til børn og unge med fedme, opleves af personalet. I analysen af datamaterialet kom det frem at personalet oplevede, at Fibion SENS Motion kunne være et nyttigt værktøj som ville hjælpe behandler og familien til, at arbejde tættere sammen på en positiv måde og kunne bidrage til, at give familien et bedre behandlingstilbud. Videre oplevede personalet at Fibion SENS Motion gav behandler og familien objektive data om barnets fysiske aktivitetsniveau som gjorde, at det var lettere for personalet at kommunikere med familien. Informanterne fortalte, at de ikke havde tilstrækkelig tid i deres konsultationer, til at gennemgå rapporter med familien eller følge op familierne over telefon, og derfor blev implementeringen af Fibion SENS Motion en ting, som de følte tog meget tid i en ellers travl hverdag. Personalet oplevede familierne som mindre robuste, og at det var en svær patientgruppe at implementere værktøjet hos, da familierne ikke formåede at følge personalets anbefalinger.

5.2 Diskussion af resultater

5.2.1 Implementering af Fibion SENS Motion i klinikken

Ud fra Fixsen et al. (2005) implementeringsmodel befinder dette projekt sig i fase 3. *Initial implementation*, I denne fase af projektet afprøves værktøjet i praksis. Dette projekt afprøvede implementeringen af Fibion SENS Motion på ti deltagere, for at teste om dette værktøj med fordel kunne anvendes til patienterne, og dermed blive fuldt implementeret i klinikken fremover. Personalet udtrykte at der var et behov for Fibion SENS Motion i klinikken. Personalet fik et værktøj til at måle fysisk aktivitet objektivt, og sammen med feedbackrapporterne kunne dette bidrage til, at give familien et bedre behandlingstilbud. Fixsen et al. (2005) nævner, at det er vigtigt at undersøge om der er et behovet for et givent værktøj i en klinisk sammenhæng, og om der er vilje og tilstrækkelige med ressourcer til at implementere værktøjet. Personalet udtrykte at Fibion SENS Motion ville være nyttigt, og at det ville være interessant at prøve noget nyt som kunne hjælpe både personalet selv og familien. Personalet udtrykte dog, at de ikke følte at de have tilstrækkelig tid i deres konsultationer til at informere om Fibion SENS Motion, og ikke havde nok tid til at gennemgå rapporter. Derfor blev Fibion SENS Motion en ekstra ting, som skulle presses ind i konsultationerne. Dette ”ekstra” element i konsultationerne medførte at personalet følte, at de var

nødt til at prioritere mellem vigtige faktorer i deres konsultationer. Fixsen et al. (2005) pointerer, at for at opnå en succesfuld implementering er det vigtigt, at der bliver sat af ekstra tid og ressourcer af for, at projektet skal lykkes. Derfor er det vigtigt at personalet får ekstra tid til deres konsultationer, så personalet kan få oplevelsen af, at de har tiden til at informere om Fibion SENS Motion og anvende feedbackrapporterne i forbindelse med konsultationerne. Det er også vigtigt, at der fremover bør undersøges hvordan værktøjet bedst passer ind i klinikken, og hvor godt tiltaget matcher klinikkens behov, prioriteter, værdier og strategier, samt om værktøjet passer til patientens behov (Fixsen et al., 2005). Personalet udtrykte at familierne manglede en app, hvor de kunne se barnets aktivitetsniveau kontinuerligt for, at de ikke mistede motivationen når de gik med accelerometeret hjemme. Denne barriere kan betyde at familierne mister motivationen og gøre, at familien decideret stopper med at anvende accelerometeret. Derudover udtrykte personalet at rapporterne henvendte sig mest til personalet og forældrene, og ikke til barnet. Dette kan muligvis resultere i at barnet føler en manglende feedback, og derfor mister interessen i at anvende accelerometeret. Fixsen et al. (2005) nævner, at det er vigtigt at personalet får viden om selve tiltaget, hvordan værktøjet anvendes, samt får undervisning og træning i værktøjet så de bliver tilstrækkelig selvhjulpne til, at anvende det korrekt. Forinden pilotprojektet startede blev der afholdt flere oplæringsmøder på klinikken, hvor påsætning og igangsætning af accelerometeret, samt de enkelte trin i rapportgenerering og orientering i den net-baserede database blev gennemgået. Personalet afprøvede desuden Fibion SENS Motion på sig selv inden implementeringen på klinikken, for at få en oplevelse af hvordan det var at anvende accelerometeret. Fixsen et al. (2005) anbefaler, at der skabes et team der udarbejder tidsplaner, defineres roller, ansvar og opgaver omkring indsatsen som et led i implementeringsprocessen (Fixsen et al., 2005). På det tidspunkt interviewene blev gennemført, havde projektet kun været i gang i ganske kort tid, og dette var en udfordring, da personalet ikke havde omfattende erfaring med værktøjet i klinisk praksis. Personalet oplevede også, at rollerne og ansvaret ikke var godt nok defineret på forhånd. Informanterne oplevede at de skulle påtage sig opgaver som plejede at være sekretærens område, så som at ringe til patienterne når de skulle sætte plaster på, og tænde for accelerometeret. Konsekvensen af dette kunne medføre, at personalet oplevede at de fik flere opgaver som de ikke mente at de burde varetage, hvilket ultimativt kunne føre til nedsat motivation til at anvende Fibion SENS Motion. Personalet udtrykte at det var en svær patientgruppe at implementere værktøjet hos, da personalet havde erfaringer med, at denne patientgruppe ikke fulgte de anbefalinger der blev givet. Dette

gjorde at personalet havde en forudindtaget forventning om, at det ville være svært at implementere værktøjet i klinisk praksis, og dermed en barriere for implementeringen af værktøjet.

5.2.2 Stigmatisering af patienter og forældre med sygelig overvægt

Det kom til udtryk, at personalet havde en forudindtaget forventning om, at de ikke troede at Fibion SENS Motion kunne implementeres hos alle patienter, da de ofte oplevede at forældrene ikke fulgte de anbefalinger som blev givet. Dette kan ses som en stigmatisering af forældrene, da personalet på forhånd havde en forventning om, at forældrene ikke ville følge personalets anbefalinger. Et review studie af Lupton (2017) viser, at forældre til børn med overvægt ofte oplever, at blive stigmatiseret fordi de følte de beskyldes for, at være dårlige forældre der ikke tager ansvar for deres børns sundhed (Lupton, 2017). Børn, unge og voksne med overvægt og fedme kan opleve diskrimination og stigmatisering. Denne stigmatisering bunder ofte i stereotype fordomme om mennesker med overvægt der bliver pålagt en række negative egenskaber, så som at de er dumme, dovne, viljesvage, sløsede, mangler selvdisciplin og viljestyrke (Puhl & Heuer, 2009). Stigmatisering af børn og unge med overvægt kan komme til udtryk på mange forskellige måder og i forskellige arenaer. Dette kan for eksempel være i skolen, hvor nogle overvægtige børn og unge udsættes for eksklusion og mobning fra andre elever (Nutter et al., 2019). Personer med overvægt kan udskyde eller undlade at søge læge, fordi der ses en tendens til at sundhedsprofessionelle kun ser vægtproblemet, og ikke det enkelte individ. Dette tyder på, at stigmatisering fører til øget sygdomsrisiko. Stigmatisering kan forekomme i sundhedsvæsenet grunden den ulige magtbalance, og ligeledes oplever nogen individer, at få dårligere behandling i på grund af deres overvægt (Drury & Louis, 2002; Flint, 2015; Fruh et al., 2016; Pedersen & Kirk, 2014).

Forskere hævder at overvægt bør anerkendes som en sygdom, og at dette ikke er selvforskyldt, men primært bunder i genetik og andre biologiske faktorer. I modsætning til mange andre sygdomme er overvægt dog sjældent forbundet med sympati for den enkeltes situation, da den generelle opfattelse fortsat er, at det handler om dovenskab og manglende viljestyrke (Elks et al., 2012; Yengo et al., 2018). For at minimere skadevirkningerne i form af stigmatisering i sundhedsvæsenet kan det være en god ide, at anvende brugerinddragende indsatser. Dette kan være kommunikationsværktøjer, så personer med overvægt føler de bliver mødt med respekt, og på en ikke-stigmatiserende måde, og at sundhedsprofessionelle kan snakke om overvægt på en etisk forsvarlig måde (Moffat, 2010). I Australien har sundhedsmyndighederne udviklet en vejledning til, hvordan medier og fagfolk kan

tale om overvægt uden at stigmatisere (Service, 2020). Denne vejledning går ud på at fagfolk skal anerkende, at overvægt kan være kompleks både med hensyn til hvordan det forekommer, og hvordan det behandles. Overvægt er en kompliceret lidelse som påvirkes af mange elementer, som personer med overvægt ikke altid har kontrol over. Derfor bør man undgå at omtale overvægt som et problem, hvor løsningen udelukkende plaseres på den enkelte. For at undgå vægtstigmatisering er det vigtigt, at tage fat på misforståelserne om årsagen til fedme, og hermed ændre måden man taler på (Puhl & Heuer, 2010). Det sprog der anvendes når der tales og kommunikeres om overvægt kan spille en stor rolle i, at flytte fokus væk fra stereotyper, myter og stigmatisering omkring overvægt. Ved at have mennesket i fokus viser man, at det er personen som er vigtigst og, at de som person ikke er defineret af deres tilstand. At anvende ord som ”fed” eller ”overvægt” kan forekomme stigmatiserende og negativt. Derfor bør man bestræbe sig på at anvende mere neutrale og faglige ord som ”kropsvægt” eller ”body mass index (BMI)” når vægten omtales (Puhl & Heuer, 2010; Rubino et al., 2020).

Personalet udtrykte at grunden til de ikke troede, at alle patienter kunne anvende Fibion SENS Motion i behandlingstilbuddet omhandlede forældrenes interesse, og engagement i barnets behandlingsforløb, og forældrenes uddannelse niveau. Forældrene stigmatiseres som forældre der ikke havde interesse i sit barns behandlingsforløb, og at det ikke lykkes at implementere værktøjet på grund af deres uddannelsesniveau. Personalet forklarede at familierne ikke fik udfyldt skemaer ,og at de ikke fik vejlet barnet som de blev anbefalet. Dette kan bidrage til at forældrene opfattes som dovne og mangler selvdisciplin. I langt de fleste tilfælde sker stigmatisering ubevist, men stigmatisering kan også bruges bevidst til, at ændre folks adfærd (Yang et al., 2007). For de som stigmatiserer kan stigmatisering også være en effektiv og naturlig reaktion i forsøget på, at forsvare sig selv og beskytte sin egen identitet (Yang et al., 2007). Det er plausibelt at personalet stigmatiserer familierne for, at bestykker dem selv mod følelsen af, at de mislykkes og ikke er tilstrækkelig til at hjælpe patienterne i behandlingen. Vægtstigmatisering kan have store negative konsekvenser for den psykiske, sociale og fysiske sundhed hos børn, unge og voksne med overvægt. Studier viser at udskamning og stigmatisering kan føre til lavt selvværd, øget madindtag, mindre fysisk aktivitet, yderligere vægøgning, stress, depression og angst, og kan føre til ændret adfærd på mange områder (Jackson et al., 2014; Schvey et al., 2011; Thiel et al., 2020; Wu & Berry, 2018).

5.2.3 Kommunikation mellem patient og sundhedsprofessionelle

Børn og unge med overvægt og fedme er et stadig stigende problem, med store konsekvenser for barnets trivsel og sundhed. Ca 15-20 procent af alle norske børn har overvægt, og skylden kan hurtigt lægges over på forældrene for ikke at tage ansvar, og hjælpe deres børn til sunde spisevaner og fysisk aktivitet. Det ses at halvdelen af nord og centraleuropæiske forældre med børn som har overvægt, ikke er bevidst om deres børns fedme (Regber & universitet, 2014). Dermed ses det også at 90 % af norske børn med overvægt i førskolealderen, anses som værende normalt vægtig af deres forældre (Júlíusson et al., 2011). Dette kan handle om at forældrene ikke vil acceptere deres barns overvægt i frygt for at blive stigmatiseret. Det er et stort sundhedsmæssigt problem, at forældre ikke er bevidste om at deres barn har overvægt. Sundhedsvæsnets bærer også en del af ansvaret, og bør blive bedre til at kommunikere til forældrene om, at deres barn har overvægt. Kommunikation er centralt i relationer mellem mennesker, og afgøre hvor god relation til patienterne bliver. De signaler personalet sender og patientens fortolkning af disse, er det som danner grundlag for hvorvidt en relation præges af nærhed eller afstand, tillid eller mistillid, samarbejde eller konflikter (Eide & Eide, 2014). Sundhedspersonalet oplever at børns overvægt er et sensitivt emne, og kan skabe konflikter med forældrene. Sundhedspersonalet ved ikke hvordan de skal håndtere dette, og hvordan de kommunikerer om barnets overvægt på en god måde. Derfor får forældrene ikke altid klart og tydelig besked om, at deres barn har problemer med overvægt (Regber & universitet, 2014). Personalet udtrykte at Fibion SENS Motion var et godt værktøj til at konfrontere forældrene om barnets fysiske aktivitetsniveau, og at forældrene fik en realitets orientering om aktivitetsniveauet til barnet. Personalet udtrykte at det før var svært for dem at sige, at barnet ikke nået anbefalinger for fysisk aktivitet, da de ikke havde dokumentation på dette. Med Fibion SENS Motion kunne personalet objektivt vise dataene om barnets fysiske aktivitetsniveau, og på denne måde skulle personalet ikke være konfronterende, og undgik at skabe konflikter. Da Fibion SENS Motion var et nyt værktøj, var det vigtigt at personalet havde en egen forståelse og anvendte et sprog som henvendte sig til patienten. Derfor er det vigtigt at sundhedspersonalet formidler budskaber i et sprog som patienten forstår, og sikre sig at informationen er forstået korrekt. Hvis patienten ikke forstår sundhedspersonalets verbale kommunikation, opstår der ikke en fælles sprog- platform, som interaktionen kan være baseret på. Denne fælles sprogplatform er ikke en betingelse for vellykket kommunikation, men at budskabet som sundhedspersonalet forsøger, at formidle når frem til patientens bevidsthed (Nordby, 2007). Personalet nævnte at det var en udfordring, at få forældrene til at åbne appen for at synkronisere på trods af, at personalet flere gange havde formidlet dette til

forældrene i konsultationerne og i telefonsamtalerne. Kommunikation fra personalet til patienten er mislykket hvis personalet tror, at informationen er forstået, men at dette ikke er tilfældet. En grund til at dette kan være, at patienter kan have problemer med at bearbejde det som er blevet sagt. Patienter kan forstå hvad der bliver sagt nu og her, men kan have problemer med at huske det efterfølgende. Derfor bør sundhedspersonalet gennemgå den vigtigste information og de bør kontrollere, at denne information er forstået korrekt (Nordby, 2007). Patienters møde med sundhedsvæsenet kan ofte opleves fremmede og ukendt, og kan være præget af usikkerhed. Derfor har patienter ofte brug for tid og hjælp til, at ”sænke skulderne” i mødet med sundhedsprofessionelle. Det er vigtigt at personalet tydeliggør hvad de ligger til grunde for deres påstande, så patienterne ikke tolker det der bliver sagt i en forkert retning (Mat, 2007). Personalet nævnte at accelerometeret var et godt kommunikationsredskab, som bidrog til at personalet kunne være tydeligere, og at de sammen objektivt kunne se barnets fysiske aktivitetsniveau. Med dette værktøj sikrede personalet, at budskabet om hvor fysisk aktiv deres barn var, blevet forstået af forældrene. Patienter med overvægt kan opleve at blive stigmatiseret i sundhedsvæsenet. Denne stigmatisering øger stress og ubehag hos patienten og derved forhindre patienten i at ”sænke skulderne” i mødet med sundhedsprofessionelle (Flint, 2015; Mat, 2007).

5.2.4 Fibion SENS Motion øger motivationen

Personalet mente at Fibion SENS kunne hjælpe patienten til at blive bevidst om deres fysiske aktivitetsniveau, og at værktøjet kunne motivere barnet og familien til mere fysisk aktivitet. Et review fra Brown et al. (2016) hævder, at ved hjælp af accelerometer kan personalet opmuntre til fysisk aktivitet, samt hjælpe familien til at reflektere over familiens fysiske aktivitetsniveau, som kan være motiverende. Ud fra Edward Deci og Rivhard Ryands selvbestemmelsesteori findes to former for motivation, indre og ydre motivation (Gagné & Deci, 2005). Fibion SENS Motion kan skabe en ydre motivation hos barnet, da barnet kan blive motiveret af at han/hun visuelt kan se sit fysiske aktivitetsniveau via feedbackrapporten. Deci & Ryand mener at ydre motivation er den ”dårlige” motivation, da adfærden vil ophøre når den ydre påvirkning forsvinder (Gagné & Deci, 2005). Personalet udtrykte at værktøjet henvendte sig mest til forældrene da personalet mente, at barnet ikke blev motiveret af målinger og anbefalinger om fysisk aktivitet. Personalet udtrykte at de primært arbejder for at skabe den indre motivations-glæde for fysisk aktivitet hos barnet, og at motivationen ikke kun skulle baseres på det anvendte accelerometer. Personalet ønskede at skabe en bevægelses glæde hos barnet ved, at opfordre til at udforske forskellige aktiviteter og prøve, at finde

aktiviteter som barnet syntes var sjovt. Brown et al. (2016) hævder, at kombinationen af målsætninger og forstærkende interventionsstrategier er effektiv til at øge børns motivation for fysisk aktivitet, og at denne kombination kan skabe en indre motivation over tid. Indre motivation skabes når barnet udfører aktiviteter de syntes er interessant, sjovt og skaber glæde hos barnet. Dette gør at barnet har lyst til at udføre aktiviteten igen (Gagné & Deci, 2005). Selvbestemmelsesteorien tager udgangspunkt i at mennesker har tre grundlæggende medfødte psykologiske behov, oplevelse af tilhørighed, kompetence og selvbestemmelse, som er nødvendige og positiv for at skabe indre motivation. Personalet skal hjælpe barnet med at tilfredsstille disse tre psykologiske behov for, at opnå en indre motivations glæde. Dette kan ske ved at skabe en positiv sociale relation hvor tillid, respekt, anerkendelse og støtte er essentielt. Barnet skal opleve at blive set og hørt af personalet (Gagné & Deci, 2005) Mit indtryk var at personalet prøvede at skabe tillid til barnet og familien og opmuntrede, støttede og vejledte familien til, at finde og afprøve forskellige aktiviteter, som kunne skabe en bevægelses glæde hos barnet. Ud fra selvbestemmelsesteorien skal personalet hjælpe barnet til at opleve mestring, og opleve at de har evnen til at opnå det ønsket resultat. Personalet bør give barnet anerkendelse og tilbagemeldinger, da dette kan give barnet større tro på sig selv og bidrage til, at barnet får øget selvtillid, og får øget energi til at forsætte med et givent mål. Personalet udtrykte at de med hjælp af Fibion SENS Motion kunne hjælpe barnet med at sætte og opnå mål og give barnet en drivkraft til, at forsætte med at øge sit fysiske aktivitetsniveau. Derudover skal personalet inddrage barnet i behandlingsforløbet, så barnet får en følelse af medbestemmelse. Barnet skal være med til at bestemme fremgangsmåden, og bestemme hvordan opgaven skal udføres. Disse elementer er vigtigt for, at hjælpe barnet med at skabe en indre motivation (Gagné & Deci, 2005). Det var et dilemma hos personalet omkring brugen af accelerometer til, at motivere barnet til mere fysisk aktivitet, da personalet mente at accelerometerte kunne bidrage til øget motivation (en ydre påvirkning), men at personalet ønskede at skabe den indre motivations-glæde frem for at accelerometeret skulle være omdrejningspunktet for glæden ved fysisk aktivitet. Personalet kunne også hjælpe barnet med at skabe en indre motivations-glæde over tid, med hjælp af målsætninger og forstærkende interventionsstrategier (Brown et al., 2016).

5.3 Refleksion af projektet styrker og svagheder

I projekt valgte jeg at anvende kvalitativ design for at besvare problemstillingen; *Hvordan opleves brugen af Fibion SENS Motion, som klinisk værktøj i behandlingstilbuddet til børn og unge med fedme af personalet?* Kvalitativ metode var mest hensigtsmæssig da jeg ønskede, at gå i dybden og

få en forståelse af sociale fænomener i en klinisk sætning (Thagaard, 2018). Projektet havde til formål at undersøge informanternes erfaringer, oplevelser og tanker, og undersøge verdenen set fra informanternes synspunkter (Kvale & Brinkmann, 2019). Hermed valgte jeg at anvende fænomenologi som kvalitativ forskningsmetode (Kvale & Brinkmann, 2019). Jeg valgte at samle ind data med hjælp af semistruktureret interviews. Mit valg af metode for dataindsamlingen bidrog til, at problemstillingen kunne besvares og højne projektets validitet (Kvale & Brinkmann, 2019). Jeg vil nu drøfte min refleksion om projektet styrker og svagheder op mod validitet, reliabilitet og overførbarehed.

5.3.1 Reliabilitet

Reliabilitet er en kritisk vurdering af om projektet er udført på en pålidelig og tillidsfuld måde. (Thagaard, 2018). Jeg har gjort mine fortolkninger baseret på informanternes beskrivelser og refleksioner. Andre forskere kunne have kommet frem til andre fortolkninger. Dette var vigtigt at være opmærksom på for, at mine fortolkninger var så transparent som mulig.

Mine argumenter for projektets reliabilitet vil være en redegørelse for hvordan data er udviklet i løbet af forskningsprocessen (Thagaard, 2018). I dette projekt valgte jeg at gennemføre interviews, da interview er et godt redskab til, at få en forståelse for en eller flere personers forestillinger, holdninger og oplevelser i forhold til et eller flere fænomener. Jeg interviewede personalet på klinikken, da hensigten var at undersøge personalets oplevelser med brugen af Fibion SENS Motion som klinisk værktøj i behandlingstilbuddet til børn og unge med fedme. Ud fra problemstillingen som havde til hensigt at undersøge informanternes oplevelser, mener jeg at denne metode var bedste egnet, da interview giver viden om menneskers følelser, oplevelser og holdninger, som er en styrke for projektet. Jeg overvejede om jeg skulle anvende fokusgruppe interview, men gjorde ikke dette da jeg var bange for at informanternes ikke ville være lige åbne og ærlige, og ville blive farvet af de holdninger kollegaerne havde til Fibion SENS Motion. Svagheder ved fokusgruppe interview er også, at den enkelte informant får mindre tid til at dele beskrivelser og refleksioner sammenlignet med individuelle interviews, og at professions uligheder mellem informanternes kan skabe ubalance i magt, og dermed medvirkende til hvad informanternes vælger at dele. Derfor valgte jeg individuelle interviews. Udfordringerne med at interviewe er, at man står i et magtforhold til informanternes. Dette kan gøre at informanternes svarer det som de tror forskeren (jeg) gerne vil høre, i stedet for det som de mener. Ulempen kan også være, at hvis jeg ikke opnår at skabe tillid til informanternes kan det ske, at jeg ikke får detaljeret og troværdige informationer (Thagaard, 2018). Jeg oplevede at jeg

fik skabt tillid til mine informanter før interviewene, da jeg brugte tid på at smalle talke, og var opmærksom på at skabe en afslappet stemning. Under interviewene med informanterne opstod der sprogbarrierer, da mit modersprog er dansk, hvilket var en udfordring. Jeg måtte omformulere nogle af spørgsmålene og prøvede igennem interviewene, at gentage det informanterne sagde så de kunne korrigerer mig, om det ikke var det de mente alligevel. Dette var for at undgå misforståelser, og sikre at jeg havde forstået det informanterne faktisk mente, og ønskede at formidle. Dette kaldes dialogisk validering og kan bidrage til, at materialet i interviewene består af en fælles forståelse af historien, som blev skabt mellem informanterne og jeg (Malterud, 2017). Min baggrund, erfaring og interesse som sygeplejerske påvirkede uden tvivl min forforståelse. Under transskriberingen blev jeg opmærksom på, at jeg til tider var blevet påvirket af min forforståelse i forbindelse med gennemførelsen af interviews. Flere gange accepterede jeg informanternes svar og stillede ikke opfølgende spørgsmål, da jeg følte jeg havde en forståelse for hvad det var informanterne mente, og prøvede at fortælle. Dette er en svaghed for projektets resultater, da jeg kunne have fået dybere svar fra informanterne. Det er muligt at denne begrænsning ville været undgået hvis jeg havde gennemført flere pilottest af interviewspørgsmålene, så jeg havde fået mere erfaring med selve interview situationen. Jeg var opmærksom på at interviewene fandt sted tidlig i projektfasen, og efter personalet fortsat havde ganske lidt erfaring med Fibion SENS Motion i klinikken. Projektets reliabilitet ville have været højere, hvis jeg havde interviewet personalet flere gange igennem hele året. Det ville have givet flere og mere detaljeret beskrivelser af hvordan personalet oplevede Fibion SENS Motion som klinisk værktøj. Dette ville have været en styrke for projektets datamateriale, og styrke resultaterne. En ulempe med interviews er dog, at det er tidskrævende og dette gjorde, at jeg ikke havde tiden til at interviewe informanterne flere gange inden for tidsrammen for masteropgaven.

5.3.2 Validitet

Validitet er knyttet til fortolkning af data, og handler om gyldigheden af fortolkningerne, som dette projekt har ført til (Thagaard, 2018). I projekt får man et indblik i fire sundhedsprofessionelle oplevelser af bugen af Fibion SENS Motion i klinisk brug i forbindelse med behandling af børn og unge med fedme. Informanter var en fysioterapeut, en diætist og to læger. Der skulle oprindeligt have været en informant mere, men denne person skiftede arbejde i starten af projektet. Denne studie er derfor baseret på et begrænset antal informanter, men består af ansatte fra en behandlende enhed for børn og unge med fedme i Norge. Det er en styrke for projektet, at informanterne er de

som arbejder med patienterne til hverdag i klinikken. Ifølge Bryman (2015) repræsenterer ekstern validitet en udfordring i kvalitativ metode, fordi udvalget ofte er baseret på få respondenter, som gør det udfordrende at generalisere projektets fund til andre end dem man har undersøgt. Det er derfor svært at sige, at et mindre udvalg kan repræsentere for en større population (Bryman, 2015). Ifølge Jacobsen (2015) kan et fund i kvalitativ forskning dog generaliseres på et moderat grundlag, hvis udvalget er repræsentativt for andre lignende enheder (Jacobsen, 2015). På baggrund af dette, kan det derfor være stor sandsynlighed for, at den dybere forståelse af resultaterne kan være overførbart til andre behandlende klinikker i Norge.

Et centralt element i at vurdere kvaliteten i et kvalitativt forskningsprojekt handler også om forskerens evne til, at være transparent igennem forskningsprocessen (Bryman, 2015). Jeg har givet en detaljeret beskrivelse af forskningsprocessen, og hvordan jeg har kommet frem til resultaterne, som giver læseren en mulighed til at vurdere kvaliteten på forskningsarbejdet. I dette projekt har jeg forsøgt at være yderst transparent og argumenteret for alle valg af metode, dataanalyse og resultater. Der er indhentet informationer fra sundhedspersonalet i den klinik hvor projektet blev gennemført, og de er derfor relevante kilder, som kan bidrage til at give en sand beskrivelse af det undersøgte område, og derved bidrage til at styrke projektets indre validitet. En svaghed i projektet kan være hvis informanterne ønskede at fremstå på en social rigtig måde over for forskerne (jeg) også kaldes social desirability bias, hvor informanterne svare hvad de tror forskeren forventer eller håber på, at de svarer. Dette kan påvirke resultaterne og svække studiets indre validitet. En anden svaghed i projektet er, at jeg interviewede informanterne tidlig i projektet som også tidligere beskrevet, og derfor havde informanterne begrænset erfaring med at anvende Fibion SENS Motion i klinikken. Havde jeg derfor ventet et halvt til helt år inden informanterne blev interviewet, havde de haft mere erfaring med Fibion SENS Motion i klinikken. Flere studier tyder for eksempel på, at nye tiltag i komplekse organisationer kan tage op til et år før det bliver fuldt implementeret i organisationen (White & Arzi, 2005). Flere begrænsninger i dette projekt skyldes også min uerfarenhed inden for forskningsfeltet. Igennem transskriberingen blev jeg som tidligere nævnt opmærksom på, at jeg burde have stillet flere opfølgningsspørgsmål til informanterne for at opnå dybere information, som ville have styrket projektet og højnet validiteten. Jeg har hele vejen i projektet drøftet forskningsprocessen med mine vejleder. Det at hele processen er drøftet med andre, som har viden om temaet kan ses om en styrke for projektet. Dette kaldes kommunikativ validitet, og betyder at de forskellige facetter af forskningsprocessen har været drøftet med andre (Thoresen et al., 2020). Jeg

vurderer at validiteten af min undersøgelse er høj, da jeg har opnået viden om personalets oplevelser med brugen af Fibion SENS Motion som klinisk værktøj i behandlingstilbuddet til børn og unge med fedme, som var formålet med dette studie. Disse oplevelser er baseret på troværdige udtalelser, fra det personale som behandler og rådgiver de børn og unge, som er henvist til behandling i klinikken.

Jeg valgte at anvende fænomenologi i dette masterprojekt, da fænomenologi bidrager til at opnå en dybere forståelse af menneskers levede erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2019). Derudover har jeg valgt at anvende Braun og Clarke som analysemetode, hvilken har rødder i fænomenologien (Sundler et al., 2019). Målet med denne masteropgave var at finde frem til hvordan brugen af Fibion SENS Motion som klinisk værktøj i behandlingstilbuddet til børn og unge med fedme opleves af personalet. Jeg vurderer at denne forsknings tilgang var mest relevant. Ved at anvende fænomenologi i analyseprocessen kommer essensen af de levede erfaringer, uden at bygge på teori, hypoteser eller forskerens egen forståelse. (Kvale & Brinkmann, 2019). I fænomenologien tilstræber forskeren, at dæmpe sin egen forforståelse, hvorimod forforståelsen kan bruges aktivt i hermeneutikken, hvor forskeren anvender sin forforståelse i selve analyseprocessen (Jensen & Vallgård, 2021). Det er ikke muligt som forskere, at tilsidesætte sine tidligere erfaringer og opnå en ren bevidsthed, men fænomenologi kan beskrives som en mere tiltageholdende metode end hermeneutik og Grounded Theory, hvor man venter med at tilføje teori til resultaterne foreligger (Jensen & Vallgård, 2021). Gyldigheden af fænomenologisk tilgang handler om hvordan forskningen præsenteres for læseren, og hvordan denne tolkes (Sundler et al., 2019). Fænomenologiske undersøgelser er blevet kritiseret for sin manglende klarhed og filosofiske grundlag. Man kan diskutere videnskabelig strengens og fænomenologisk validitet ifølge refleksivitet, troværdighed og overførbarhed. Refleksivitet er forbundet med tidligere beskrevet metodiske principper for en reflekterende holdning, og at sætte spørgsmålstejn ved ens forforståelse. Refleksiviteten bør opretholdes under hele forskningsprocessen, hvor forskeren skal opretholde en reflekterende holdning. Troværdighed handler om resultaterne er meningsfulde og godt præsenteret for læseren. Analysen skal være transparent, dette betyder at forskeren skal præsentere alle dele i analysen, for at opnå troværdighed. Overførbarhed handler om resultaterne er brugbare, og om undersøgelsen tilføjer ny viden til det der allerede er kendt. Resultaterne skal derfor være forståelige og overførbare til anden forskning (Sundler et al., 2019). Jeg mener at disse krav er opnået igennem forskningsprocessen.

5.3.3 Overførbarhed

Overførbarhed handler om den forståelse som jeg udvikler indenfor rammen af dette projekt, også kan være overførbar eller relevant i andre situationer (Thagaard, 2018). Selvom projektet baserer sig på begrænset antal af informanter, mener jeg at resultaterne bidrager til øget indsigt i oplevelsen af Fibion SENS Motion som klinisk værktøj i behandlingstilbuddet til børn og unge med fedme, og kan overføres til andre lignende klinikker i Norge eller Skandinavien.

6.0 Konklusion

Dette projekt gav et indblik i fire sundhedsprofessionelles oplevelser med at anvende Fibion SENS Motion som klinisk værktøj i behandlingstilbuddet til børn og unge med fedme. Projektet viste at personalet oplevede, at de fik et værktøj som kunne hjælpe behandler og familien til at arbejde tættere sammen på en positiv måde, samt give familien et bedre behandlingstilbud. Informanterne fortalte at de oplevede, at værktøjet gav behandler og familien objektive data om barnets fysiske aktivitetsniveau, som gjorde det lettere for personalet at kommunikere med familien. Personalet oplevede dog, at de ikke havde tilstrækkelig tid i deres konsultationer til at gennemgå rapporterne. Dette medførte at personalet følte, at de var nødt til at prioritere hvad som var vigtigst i deres konsultationerne. Videre oplevede personalet familierne som mindre robuste, og at det var en svær patientgruppe at implementere værktøjet hos, da personalet erfarede at denne patientgruppe ikke fulgte personalets anbefalinger.

Ud fra hvad jeg ved, er dette projekt det første projekt i Norge som undersøger sundhedspersonalets erfaringer med accelerometer i behandling til børn og unge med fedme. Dette projekt kan derfor give en indikation på, hvordan sundhedsprofessionelle oplever at anvende accelerometer som kliniks værktøj til behandling af børn og unge med fedme, samt bidrage med viden om hvordan personalet i fremtiden skal arbejde med dette værktøj. Tidligere har accelerometer ikke været en del af behandlingen på klinikker i Norge på trods af, at accelerometer har været anvendt i andre dele af verden til behandling af børn og unge med fedme. Dette projekt har derfor bidraget med viden om fordele og ulemper ved brugen af Fibion SENS Motion, set fra de sundhedsprofessionelles vinkel. Videre ville implementeringen af accelerometer på andre klinikker i Norge eller Scandinavian kunne bidrage til yderligere viden, og dermed give en bedre forståelse for hvordan sundhedsprofessionelle i deres arbejde bedst kan implementere værktøjet. Nogle af de udfordringer som personalet pegede på, var manglende tilpasning af accelerometerets interface og synkronisering. Dette bør være et fokus punkt i den videre udvikling af Fibion SENS Motion. I implementeringen af værktøjet var en af udfordringer tid, da personalet ikke følte, at der var tilstrækkelig tid i deres konsultationer til implementering af et nyt værktøj. Det bør derfor overvejes om der ved fremtidige implementering af nye værktøjer, skal afsætte mere tid i konsultationerne. Baserede på mine fund kan brugen af accelerometer bidrage til at højne kvaliteten af det nuværende behandlingstilbud, og måske øge succesraten for behandlingen af børn og unge med fedme.

7.0 Referenceliste

- Al-Khudairy, L., Loveman, E., Colquitt, J. L., Mead, E., Johnson, R. E., Fraser, H., Olajide, J., Murphy, M., Velho, R. M., O'Malley, C., Azevedo, L. B., Ells, L. J., Metzendorf, M. I., & Rees, K. (2017). Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese adolescents aged 12 to 17 years. *Cochrane Database Syst Rev*, 6(6), Cd012691. <https://doi.org/10.1002/14651858.Cd012691>
- Anti, E., Laurent, J. S., & Tompkins, C. (2016). The Health Care Provider's Experience With Fathers of Overweight and Obese Children: A Qualitative Analysis. *J Pediatr Health Care*, 30(2), 99-107. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.05.003>
- Arvidsson, D., Fitch, M., Hudes, M. L., Tudor-Locke, C., & Fleming, S. E. (2011). Accelerometer response to physical activity intensity in normal-weight versus overweight African American children. *J Phys Act Health*, 8(5), 682-692. <https://doi.org/10.1123/jpah.8.5.682>
- Arvidsson, D., Fridolfsson, J., & Börjesson, M. (2019). Measurement of physical activity in clinical practice using accelerometers. *J Intern Med*, 286(2), 137-153. <https://doi.org/10.1111/joim.12908>
- Birch, L. L., & Davison, K. K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatr Clin North Am*, 48(4), 893-907. [https://doi.org/10.1016/s0031-3955\(05\)70347-3](https://doi.org/10.1016/s0031-3955(05)70347-3)
- Bishop, J. A., Irby, M. B., & Skelton, J. A. (2015). Family Perceptions of a Family-Based Pediatric Obesity Treatment Program. *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition*, 7(5), 278-286. <https://doi.org/10.1177/1941406415591209>
- Bradbury, D., Chisholm, A., Watson, P. M., Bundy, C., Bradbury, N., & Birtwistle, S. (2018). Barriers and facilitators to health care professionals discussing child weight with parents: A meta-synthesis of qualitative studies. *Br J Health Psychol*, 23(3), 701-722. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12312>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2018). *Doing Interviews* (Second ed.) <https://doi.org/10.4135/9781529716665>
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2015). *Kvalitative metoder* Hans areitzels forlag.
- Brody, H. (1992). *The Healer's Power*. Yale University Press.
- Brown, H. E., Atkin, A. J., Panter, J., Wong, G., Chinapaw, M. J., & van Sluijs, E. M. (2016). Family-based interventions to increase physical activity in children: a

- systematic review, meta-analysis and realist synthesis. *Obes Rev*, 17(4), 345-360. <https://doi.org/10.1111/obr.12362>
- Bryman, A. (2015). *Social research methods* (5 ed.). Oxford University Press.
- Buoncristiano, M., Spinelli, A., Williams, J., Nardone, P., Rito, A. I., García-Solano, M., Grøholt, E. K., Gutiérrez-González, E., Klepp, K. I., Starc, G., Petrauskienė, A., Kunešová, M., Hassapidou, M., Pérez-Farinós, N., Pudule, I., Kelleher, C. C., Duleva, V., Rakovac, I., Chatterjee, S., & Breda, J. (2021). Childhood overweight and obesity in Europe: Changes from 2007 to 2017. *Obes Rev*, 22 Suppl 6, e13226. <https://doi.org/10.1111/obr.13226>
- Börnhorst, C., Wijnhoven, T. M. A., Kunešová, M., Yngve, A., Rito, A. I., Lissner, L., Duleva, V., Petrauskienė, A., & Breda, J. (2015). WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: associations between sleep duration, screen time and food consumption frequencies. *BMC Public Health*, 15(1), 442. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1793-3>
- Canter, R. (2001). Patients and medical power. *Shifting power in favour of the patient may not be so straightforward*, 323(7310), 414. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7310.414>
- Cappuccio, F. P., Taggart, F. M., Kandala, N. B., Currie, A., Peile, E., Stranges, S., & Miller, M. A. (2008). Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. *Sleep*, 31(5), 619-626. <https://doi.org/10.1093/sleep/31.5.619>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*, 100(2), 126-131.
- Chinapaw, M. J. M., Mokkink, L. B., van Poppel, M. N. M., van Mechelen, W., & Terwee, C. B. (2010). Physical Activity Questionnaires for Youth. *Sports Medicine*, 40(7), 539-563. <https://doi.org/10.2165/11530770-000000000-00000>
- Christiana, R. W., Davis, M., Wilson, M. G., McCarty, F. A., & Green, G. T. (2014). Factors related to rural young adolescents' participation in outdoor, noncompetitive physical activity. *Res Q Exerc Sport*, 85(4), 509-518. <https://doi.org/10.1080/02701367.2014.961049>
- Clark, T., Foster, L., Sloan, L., & Bryman, A. (2021). *Bryman's social research methods* (Sixth edition. ed.). Oxford University Press.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *Bmj*, 320(7244), 1240-1243. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7244.1240>
- Cole, T. J., & Lobstein, T. (2012). Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes*, 7(4), 284-294. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2012.00064.x>

- Colquitt, J. L., Loveman, E., O'Malley, C., Azevedo, L. B., Mead, E., Al-Khudairy, L., Ells, L. J., Metzendorf, M. I., & Rees, K. (2016). Diet, physical activity, and behavioural interventions for the treatment of overweight or obesity in preschool children up to the age of 6 years. *Cochrane Database Syst Rev*, 3(3), Cd012105. <https://doi.org/10.1002/14651858.Cd012105>
- Corder, K., Ekelund, U., Steele, R. M., Wareham, N. J., & Brage, S. (2008). Assessment of physical activity in youth. *J Appl Physiol* (1985), 105(3), 977-987. <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00094.2008>
- Crossley, S. G. M., McNarry, M. A., Eslambolchilar, P., Knowles, Z., & Mackintosh, K. A. (2019). The Tangibility of Personalized 3D-Printed Feedback May Enhance Youths' Physical Activity Awareness, Goal Setting, and Motivation: Intervention Study. *J Med Internet Res*, 21(6), e12067. <https://doi.org/10.2196/12067>
- Drury, C. A., & Louis, M. (2002). Exploring the association between body weight, stigma of obesity, and health care avoidance. *J Am Acad Nurse Pract*, 14(12), 554-561. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2002.tb00089.x>
- Edvardsson, K., Edvardsson, D., & Hörnsten, A. (2009). Raising issues about children's overweight--maternal and child health nurses' experiences. *J Adv Nurs*, 65(12), 2542-2551. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05127.x>
- Eide, H., & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk*. Gyldendal Akademisk.
- Ekelund, U., Brage, S., Froberg, K., Harro, M., Anderssen, S. A., Sardinha, L. B., Ridloch, C., & Andersen, L. B. (2006). TV viewing and physical activity are independently associated with metabolic risk in children: the European Youth Heart Study. *PLoS Med*, 3(12), e488. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030488>
- Ekelund, U., Steene-Johannessen, J., Brown, W. J., Fagerland, M. W., Owen, N., Powell, K. E., Bauman, A., & Lee, I. M. (2016). Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet*, 388(10051), 1302-1310. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)30370-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)30370-1)
- Elks, C. E., den Hoed, M., Zhao, J. H., Sharp, S. J., Wareham, N. J., Loos, R. J., & Ong, K. K. (2012). Variability in the heritability of body mass index: a systematic review and meta-regression. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 3, 29. <https://doi.org/10.3389/fendo.2012.00029>
- Elmesmari, R., Martin, A., Reilly, J. J., & Paton, J. Y. (2018). Comparison of accelerometer measured levels of physical activity and sedentary time between obese and non-obese children and adolescents: a systematic review. *BMC Pediatr*, 18(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1031-0>

- Epstein, L. H., Roemmich, J. N., Robinson, J. L., Paluch, R. A., Winiewicz, D. D., Fuerch, J. H., & Robinson, T. N. (2008). A randomized trial of the effects of reducing television viewing and computer use on body mass index in young children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, *162*(3), 239-245.
<https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2007.45>
- Fairclough, S. J., Noonan, R., Rowlands, A. V., Van Hees, V., Knowles, Z., & Boddy, L. M. (2016). Wear Compliance and Activity in Children Wearing Wrist- and Hip-Mounted Accelerometers. *Med Sci Sports Exerc*, *48*(2), 245-253. <https://doi.org/10.1249/mss.0000000000000771>
- Faith, M. S., Leone, M. A., Ayers, T. S., Heo, M., & Pietrobelli, A. (2002). Weight criticism during physical activity, coping skills, and reported physical activity in children. *Pediatrics*, *110*(2 Pt 1), e23. <https://doi.org/10.1542/peds.110.2.e23>
- Fatima, Y., Doi, S. A., & Mamun, A. A. (2016). Sleep quality and obesity in young subjects: a meta-analysis. *Obes Rev*, *17*(11), 1154-1166.
<https://doi.org/10.1111/obr.12444>
- Fibion Inc. (2015). Validity of Fibion Physical Activity Monitor in Measuring Posture and Energy Expenditure During Simulated Daily Activities. https://fibion.com/research/pub/Fibion-Inc_White_Paper-Validity_of_Fibion_Physical_Activity_Monitor_in_Measuring_Posture_and_Physical_Activity_Energy_Expenditure.pdf
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., & Van Dyke, M. K. (2011). Mobilizing communities for implementing evidence-based youth violence prevention programming: a commentary. *Am J Community Psychol*, *48*(1-2), 133-137.
<https://doi.org/10.1007/s10464-010-9410-1>
- Fixsen, D. L., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- Flint, S. (2015). Obesity stigma: Prevalence and impact in healthcare. *British Journal of Obesity*, *1*, 14-18.
- Flodmark, C. E. (2005). Management of the obese child using psychological-based treatments. *Acta Paediatr Suppl*, *94*(448), 14-22.
<https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2005.tb02124.x>
- Foster, C., Moore, J. B., Singletary, C. R., & Skelton, J. A. (2018). Physical activity and family-based obesity treatment: a review of expert recommendations on physical activity in youth. *Clin Obes*, *8*(1), 68-79.
<https://doi.org/10.1111/cob.12230>
- Fruh, S. M., Nadglowski, J., Hall, H. R., Davis, S. L., Crook, E. D., & Zlomke, K. (2016). Obesity Stigma and Bias. *J Nurse Pract*, *12*(7), 425-432.
<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2016.05.013>

- Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26(4), 331-362.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/job.322>
- Golan, M., & Crow, S. (2004). Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutr Rev*, 62(1), 39-50.
<https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2004.tb00005.x>
- Golan, M., Fainaru, M., & Weizman, A. (1998). Role of behaviour modification in the treatment of childhood obesity with the parents as the exclusive agents of change. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 22(12), 1217-1224.
<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0800749>
- Hein, H. H. (2019). *Motivation, Motivationsteori og praktisk anvendelse* (2 ed.). Gyldendal
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Sammen om aktive liv*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/43934b653c924ed7816fa16cd1e8e523/handlingsplan-for-fysisk-aktivitet-2020.pdf>
- Helsedirektoratet. (2007). *Oppskrift for et sunnere kosthold*.
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/304657-kosthold.pdf>
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelse- tjenesten. Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*.
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-9db9-4e5d818b3c15:6a50fcb2fa16e3628ea241a92821aeaeb40716ef/Forebygging,%20utredning%20og%20behandling%20av%20overvekt%20og%20fedme%20hos%20barn%20og%20unge%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf
- Helsedirektoratet. (2022). *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*
Helsedirektoratet. Retrieved 14.11.2022 from
https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/barn-og-unge?fbclid=IwAR2CeU2w8ht2bY_YdFQcz0jVBPkflsPA9ZFObAKOmW5XPPMBCOQBmGEyVR0
- Helsenorge. (2019). *Overvekt og frdme hos barn og unge* Helsenorge. Retrieved 28/7 from <https://www.helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/overvekt/overvekt-hos-barn/#nar-bor-jeg-kontakte-lege>
- Henriksen, T. (2007). Ernæring, vekt og svangerskap. *Tidsskriftet - den norske legeforening* 18. <https://tidsskriftet.no/2007/09/tema-ernaering-og-helse/ernaering-vekt-og-svangerskap>

- Hesketh, K., Wake, M., & Waters, E. (2004). Body mass index and parent-reported self-esteem in elementary school children: evidence for a causal relationship. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 28(10), 1233-1237. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802624>
- Hildebrand, M., VT, V. A. N. H., Hansen, B. H., & Ekelund, U. (2014). Age group comparability of raw accelerometer output from wrist- and hip-worn monitors. *Med Sci Sports Exerc*, 46(9), 1816-1824. <https://doi.org/10.1249/mss.0000000000000289>
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., Hazen, N., Herman, J., Katz, E. S., Kheirandish-Gozal, L., Neubauer, D. N., O'Donnell, A. E., Ohayon, M., Peever, J., Rawding, R., Sachdeva, R. C., Setters, B., Vitiello, M. V., Ware, J. C., & Adams Hillard, P. J. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health*, 1(1), 40-43. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sleh.2014.12.010>
- Horta, B. L., Bahl, R., Martinés, J. C., Victora, C. G., & World Health, O. (2007). Evidence on the long-term effects of breastfeeding : systematic review and meta-analyses. / Bernardo L. Horta ... [et al.]. In. Geneva: World Health Organization.
- IPAQ. (2005). *Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms*. <https://studylib.net/doc/8188076/guidelines-for-data-processing-and-analysis>
- Jackson, S. E., Beeken, R. J., & Wardle, J. (2014). Perceived weight discrimination and changes in weight, waist circumference, and weight status. *Obesity (Silver Spring)*, 22(12), 2485-2488. <https://doi.org/10.1002/oby.20891>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3 ed.). Cappelen Damm Akademisk
- Jensen, A., & Vallgård, S. (2021). *Forskningsmetoder i Folkesundhetsvidenskab*.
- Jetté, M., Sidney, K., & Blümchen, G. (1990). Metabolic equivalents (METS) in exercise testing, exercise prescription, and evaluation of functional capacity. *Clin Cardiol*, 13(8), 555-565. <https://doi.org/10.1002/clc.4960130809>
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2016). *Samfunnsvitenskapelig metode* (5 ed.).
- Júliusson, P. B., Eide, G. E., Roelants, M., Waaler, P. E., Hauspie, R., & Bjerknes, R. (2010). Overweight and obesity in Norwegian children: prevalence and socio-demographic risk factors. *Acta Paediatr*, 99(6), 900-905. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01730.x>
- Júliusson, P. B., Roelants, M., Markestad, T., & Bjerknes, R. (2011). Parental perception of overweight and underweight in children and adolescents. *Acta Paediatr*, 100(2), 260-265. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.02039.x>

- Jurado-Castro, J. M., Gil-Campos, M., Gonzalez-Gonzalez, H., & Llorente-Cantarero, F. J. (2020). Evaluation of Physical Activity and Lifestyle Interventions Focused on School Children with Obesity Using Accelerometry: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 17(17). <https://doi.org/10.3390/ijerph17176031>
- Keogh, A., Taraldsen, K., Caulfield, B., & Vereijken, B. (2021). It's not about the capture, it's about what we can learn": a qualitative study of experts' opinions and experiences regarding the use of wearable sensors to measure gait and physical activity. *J Neuroeng Rehabil*, 18(1), 78. <https://doi.org/10.1186/s12984-021-00874-8>
- Kjelvik, J. (2012). *Barn og unges miljø og helse 2011*. https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201212/rapp_201212.pdf
- Knutson, K. L. (2007). Impact of sleep and sleep loss on glucose homeostasis and appetite regulation. *Sleep Med Clin*, 2(2), 187-197. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2007.03.004>
- Kraak, V. I., Vandevijvere, S., Sacks, G., Brinsden, H., Hawkes, C., Barquera, S., Lobstein, T., & Swinburn, B. A. (2016). Progress achieved in restricting the marketing of high-fat, sugary and salty food and beverage products to children. *Bull World Health Organ*, 94(7), 540-548. <https://doi.org/10.2471/blt.15.158667>
- Kuek, A., & Hakkennes, S. (2019). Healthcare staff digital literacy levels and their attitudes towards information systems. *Health Informatics Journal*, 26(1), 592-612. <https://doi.org/10.1177/1460458219839613>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forsknings intervju* (3. ed.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Kvalsund, R., & Allgood, E. (2005). *Learning and discovery for professional educators: Guides, counselors, teachers*. Tapir Akademiske Forlag.
- Lachal, J., Orri, M., Speranza, M., Falissard, B., Lefevre, H., Moro, M. R., & Revah-Levy, A. (2013). Qualitative studies among obese children and adolescents: a systematic review of the literature. *Obes Rev*, 14(5), 351-368. <https://doi.org/10.1111/obr.12010>
- Latner, J. D., & Stunkard, A. J. (2003). Getting worse: the stigmatization of obese children. *Obes Res*, 11(3), 452-456. <https://doi.org/10.1038/oby.2003.61>
- Lavallee, D. C., Lee, J. R., Austin, E., Bloch, R., Lawrence, S. O., McCall, D., Munson, S. A., Nery-Hurwit, M. B., & Amtmann, D. (2020). mHealth and patient generated health data: stakeholder perspectives on opportunities and barriers for transforming healthcare. *Mhealth*, 6, 8. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2019.09.17>
- Lupton, D. (2017). Digital media and body weight, shape, and size: An introduction and review. *Fat Studies*, 6(2), 119-134. <https://doi.org/10.1080/21604851.2017.1243392>

- Macdonald-Wallis, K., Jago, R., & Sterne, J. A. (2012). Social network analysis of childhood and youth physical activity: a systematic review. *Am J Prev Med*, 43(6), 636-642. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.08.021>
- Maher, C., Szeto, K., & Arnold, J. (2021). The use of accelerometer-based wearable activity monitors in clinical settings: current practice, barriers, enablers, and future opportunities. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1064. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07096-7>
- Malhotra, K., Buraimoh, O., Thornton, J., Cullen, N., Singh, D., & Goldberg, A. J. (2016). Electronic capture of patient-reported and clinician-reported outcome measures in an elective orthopaedic setting: a retrospective cohort analysis. *BMJ Open*, 6(6), e011975. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011975>
- Malik, V. S., Schulze, M. B., & Hu, F. B. (2006). Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. *Am J Clin Nutr*, 84(2), 274-288. <https://doi.org/10.1093/ajcn/84.1.274>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 ed.). Universitetforlag.
- Marshall, S. J., Biddle, S. J., Gorely, T., Cameron, N., & Murdey, I. (2004). Relationships between media use, body fatness and physical activity in children and youth: a meta-analysis. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 28(10), 1238-1246. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802706>
- Mat, C. (2007). Insensitive Semantics [Insensitive Semantics: A Defense of Semantic Minimalism and Speech Act Pluralism, Herman Cappelen, Ernie Lepore]. *The Philosophical Quarterly* (1950-), 57(228), 472-478. <http://www.jstor.org/stable/4543249>
- McMurray, R. G., Berry, D. C., Schwartz, T. A., Hall, E. G., Neal, M. N., Li, S., & Lam, D. (2016). Relationships of physical activity and sedentary time in obese parent-child dyads: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 16, 124. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2795-5>
- Mead, E., Brown, T., Rees, K., Azevedo, L. B., Whittaker, V., Jones, D., Olajide, J., Mainardi, G. M., Corpeleijn, E., O'Malley, C., Beardsmore, E., Al-Khudairy, L., Baur, L., Metzendorf, M. I., Demaio, A., & Ells, L. J. (2017). Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese children from the age of 6 to 11 years. *Cochrane Database Syst Rev*, 6(6), Cd012651. <https://doi.org/10.1002/14651858.Cd012651>
- Mériaux, B. G., Berg, M., & Hellström, A. L. (2010). Everyday experiences of life, body and well-being in children with overweight. *Scand J Caring Sci*, 24(1), 14-23. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00678.x>
- Moffat, T. (2010). The "childhood obesity epidemic": health crisis or social construction? *Med Anthropol Q*, 24(1), 1-21. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1387.2010.01082.x>

- Moreno, L. A., Ochoa, M. C., Wärnberg, J., Marti, A., Martínez, J. A., & Marcos, A. (2008). Treatment of obesity in children and adolescents. How nutrition can work? *Int J Pediatr Obes*, 3 Suppl 1, 72-77.
<https://doi.org/10.1080/17477160801897158>
- Nerhus, K., Anderssen, S., Lerkelund, H., & Kolle, E. (2011). Sentrale begreper relatert til fysisk aktivitet: Forslag til bruk og forståelse. *Norsk Epidemiologi*, 20, 149-152. <https://doi.org/10.5324/nje.v20i2.1335>
- Nordby, H. (2007). Meaning and normativity in nurse-patient interaction. *Nurs Philos*, 8(1), 16-27. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2007.00293.x>
- Nowicka, P., & Flodmark, C. E. (2008). Family in pediatric obesity management: a literature review. *Int J Pediatr Obes*, 3 Suppl 1, 44-50.
<https://doi.org/10.1080/17477160801896994>
- Nutter, S., Ireland, A., Alberga, A. S., Brun, I., Lefebvre, D., Hayden, K. A., & Russell-Mayhew, S. (2019). Weight Bias in Educational Settings: a Systematic Review. *Curr Obes Rep*, 8(2), 185-200. <https://doi.org/10.1007/s13679-019-00330-8>
- Nysom, K., Mølgaard, C., Hutchings, B., & Michaelsen, K. F. (2001). Body mass index of 0 to 45-y-old Danes: reference values and comparison with published European reference values. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 25(2), 177-184.
<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801515>
- Pedersen, L., & Kirk, K. (2014). Ny rolle - og magtfordeling mellem patienter og sundhedsprofessionelle. *Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen* 2, 30-43.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*, 17(5), 941-964. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: important considerations for public health. *Am J Public Health*, 100(6), 1019-1028.
<https://doi.org/10.2105/ajph.2009.159491>
- Quist, J. S., Sjödin, A., Chaput, J.-P., & Hjorth, M. F. (2016). Sleep and cardiometabolic risk in children and adolescents. *Sleep Medicine Reviews*, 29, 76-100. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.09.001>
- Raebel, M. A., Malone, D. C., Conner, D. A., Xu, S., Porter, J. A., & Lantty, F. A. (2004). Health services use and health care costs of obese and nonobese individuals. *Arch Intern Med*, 164(19), 2135-2140.
<https://doi.org/10.1001/archinte.164.19.2135>
- Regber, S., & universitet, G. (2014). *Barriers and Facilitators of Health Promotion and Obesity Prevention in Early Childhood: A Focus on Parents : Results from the IDEFICS Study*. Department of Public Health and Community Medicine, Institute of Medicine at Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg.
<https://books.google.no/books?id=wbHGDAEACAAJ>


- Reilly, J. J., Methven, E., McDowell, Z. C., Hacking, B., Alexander, D., Stewart, L., & Kelnar, C. J. (2003). Health consequences of obesity. *Arch Dis Child*, 88(9), 748-752. <https://doi.org/10.1136/adc.88.9.748>
- Robertson, W., Stewart-Brown, S., Wilcock, E., Oldfield, M., & Thorogood, M. (2011). Utility of accelerometers to measure physical activity in children attending an obesity treatment intervention. *J Obes*, 2011. <https://doi.org/10.1155/2011/398918>
- Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., Nadglowski, J., Ramos Salas, X., Schauer, P. R., Twenefour, D., Apovian, C. M., Aronne, L. J., Batterham, R. L., Berthoud, H. R., Boza, C., Busetto, L., Dicker, D., De Groot, M., Eisenberg, D., . . . Dixon, J. B. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med*, 26(4), 485-497. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
- Sallis, J. (1996). Measuring Physical Activity and Energy Expenditure. *Medicine and Science in Sports and Exercise - MED SCI SPORT EXERCISE*, 28. <https://doi.org/10.1097/00005768-199609000-00022>
- Sallis, J. F. (1991). Self-report measures of children's physical activity. *J Sch Health*, 61(5), 215-219. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1991.tb06017.x>
- Schnurr, T. M., Bech, B., Nielsen, T. R. H., Andersen, I. G., Hjorth, M. F., Aadahl, M., Fonvig, C. E., Hansen, T., & Holm, J. C. (2017). Self-Reported Versus Accelerometer-Assessed Daily Physical Activity in Childhood Obesity Treatment. *Percept Mot Skills*, 124(4), 795-811. <https://doi.org/10.1177/0031512517710880>
- Schvey, N. A., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2011). The impact of weight stigma on caloric consumption. *Obesity (Silver Spring)*, 19(10), 1957-1962. <https://doi.org/10.1038/oby.2011.204>
- Sedentary Behaviour Research Network. (2012). Letter to the Editor: Standardized use of the terms “sedentary” and “sedentary behaviours”. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*. <https://doi.org/10.1139/h2012-024>
- Service, E. M. H. (2020). *Shift - A guide for media and communications professionals*. G. o. W. Australia. <https://www.health.wa.gov.au/-/media/Corp/Documents/Health-for/Health-Networks/Healthy-Weight-Action-Plan/Shift-A-guide-for-media-and-communications-professionals.pdf>
- Skotte, J., Korshøj, M., Kristiansen, J., Hanisch, C., & Holtermann, A. (2014). Detection of physical activity types using triaxial accelerometers. *J Phys Act Health*, 11(1), 76-84. <https://doi.org/10.1123/jpah.2011-0347>
- Steene-Johannessen, J., Anderssen, S. A., Bratteteig, M., Dalhaug, E. M., Andersen, I. D., Andersen, O. K., Kolle, E., Ekelund, U., & Dalene, K. E. (2019). *Nasjonalt overvåkingssystem for fysisk aktivitet og fysisk form*. https://www.fhi.no/globalassets/bilder/rapporter-og-trykksaker/2019/ungkan3_rapport_final_27.02.19.pdf

- Strong, W. B., Malina, R. M., Blimkie, C. J., Daniels, S. R., Dishman, R. K., Gutin, B., Hergenroeder, A. C., Must, A., Nixon, P. A., Pivarnik, J. M., Rowland, T., Trost, S., & Trudeau, F. (2005). Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr*, *146*(6), 732-737. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2005.01.055>
- Sundler, A. J., Lindberg, E., Nilsson, C., & Palmér, L. (2019). Qualitative thematic analysis based on descriptive phenomenology. *Nurs Open*, *6*(3), 733-739. <https://doi.org/10.1002/nop2.275>
- Tarp, J., Andersen, L. B., & Østergaard, L. (2015). Quantification of Underestimation of Physical Activity During Cycling to School When Using Accelerometry. *J Phys Act Health*, *12*(5), 701-707. <https://doi.org/10.1123/jpah.2013-0212>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse*. Fagbokforlag.
- Thiel, A., John, J. M., Carl, J., & Thedinga, H. K. (2020). Weight Stigma Experiences and Physical (In)activity: A Biographical Analysis. *Obes Facts*, *13*(3), 386-402. <https://doi.org/10.1159/000507936>
- Thoresen, L., Rugseth, G., & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning*. Universitetsforlaget.
- Van Coevering, P., Harnack, L., Schmitz, K., Fulton, J. E., Galuska, D. A., & Gao, S. (2005). Feasibility of using accelerometers to measure physical activity in young adolescents. *Med Sci Sports Exerc*, *37*(5), 867-871. <https://doi.org/10.1249/01.mss.0000162694.66799.fe>
- Vanelst, J., Fardy, P. S., Duhamel, A., & Béghin, L. (2014). How many days of accelerometer monitoring predict weekly physical activity behaviour in obese youth? *Clin Physiol Funct Imaging*, *34*(5), 384-388. <https://doi.org/10.1111/cpf.12109>
- Vilimas, K., Glavin, K., & Donovan, M. L. (2005). Overvekt hos åtte- og 12-åringer i Oslo i 2004. *Tidsskriftet: den norske legeforening* (22), 3088-3089. <https://tidsskriftet.no/2005/11/originalartikkel/overvekt-hos-atte-og-12-aringer-i-oslo-i-2004>
- Waxman, A. (2004). WHO global strategy on diet, physical activity and health. *Food Nutr Bull*, *25*(3), 292-302. <https://doi.org/10.1177/156482650402500310>
- Westergren, T., Fegran, L., Jørstad Antonsen, A., Timenes Mikkelsen, H., Hennig, C. B., & Stamnes Köpp, U. M. (2021). Prevention of overweight and obesity in a Norwegian public health care context: a mixed-methods study. *BMC Public Health*, *21*(1), 983. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11096-x>
- Wettergreen, J. (2016). *Tre ganger så mange dykedager blant dem som har fedme* Retrieved 09/08/2022 from <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/tre-ganger-sa-mange-sykedager-blant-dem-som-har-fedme>
- White, R., & Arzi, H. (2005). Longitudinal Studies: Designs, Validity, Practicality, and Value. *Research*, *35*, 137-149. <https://doi.org/10.1007/s11165-004-3437-y>

- WHO. *Obesity*. World Health Organization. Retrieved 12/12-2022 from https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1
- WHO. (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. *World Health Organ Tech Rep Ser*, 894, i-xii, 1-253.
- WHO. (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305049/>
- WHO. (2021). *Obesity and overweight*. Retrieved 9/8-2022 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- WHO. (2022). *World Obesity Day 2022 – Accelerating action to stop obesity*. Retrieved 09/08/2022 from <https://www.who.int/news/item/04-03-2022-world-obesity-day-2022-accelerating-action-to-stop-obesity>
- Wilfley, D. E., Tibbs, T. L., Van Buren, D. J., Reach, K. P., Walker, M. S., & Epstein, L. H. (2007). Lifestyle interventions in the treatment of childhood overweight: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *Health Psychol*, 26(5), 521-532. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.5.521>
- Wu, Y. K., & Berry, D. C. (2018). Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *J Adv Nurs*, 74(5), 1030-1042. <https://doi.org/10.1111/jan.13511>
- Yach, D., Stuckler, D., & Brownell, K. D. (2006). Epidemiologic and economic consequences of the global epidemics of obesity and diabetes. *Nat Med*, 12(1), 62-66. <https://doi.org/10.1038/nm0106-62>
- Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S., & Good, B. (2007). Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. *Soc Sci Med*, 64(7), 1524-1535. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.013>
- Yengo, L., Sidorenko, J., Kempner, K. E., Zheng, Z., Wood, A. R., Weedon, M. N., Frayling, T. M., Hirschhorn, J., Yang, J., & Visscher, P. M. (2018). Meta-analysis of genome-wide association studies for height and body mass index in ~700000 individuals of European ancestry. *Hum Mol Genet*, 27(20), 3641-3649. <https://doi.org/10.1093/hmg/ddy271>
- Young, K. M., Northern, J. J., Lister, K. M., Drummond, J. A., & O'Brien, W. H. (2007). A meta-analysis of family-behavioral weight-loss treatments for children. *Clin Psychol Rev*, 27(2), 240-249. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.003>
- Zabinski, M. F., Saelens, B. E., Stein, R. I., Hayden-Wade, H. A., & Wilfley, D. E. (2003). Overweight children's barriers to and support for physical activity. *Obes Res*, 11(2), 238-246. <https://doi.org/10.1038/oby.2003.37>
- Øvrebø, B., Bergh, I. H., Stea, T. H., Bere, E., Surén, P., Magnus, P. M., Juliusson, P. B., & Wills, A. K. (2021). Overweight, obesity, and thinness among a nationally representative sample of Norwegian adolescents and changes from childhood: Associations with sex, region, and population density. *PLoS One*, 16(8), e0255699. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255699>

Bilag 1



SENS  [®]
motion
For Research
Manual

Til behandler

Innholdsfortegnelse

Hva er SENS motion?	74
Hva består SENS motion system av?	74
Hvordan komme i gang?	75
1. Montering og installasjon av sensorplasteret	76
<i>1.1 Montering av sensor og plaster</i>	<i>76</i>
<i>1.2 Montering av sensorplasteret på deltakerens ben</i>	<i>77</i>
<i>1.3 Fjerning etter bruk.....</i>	<i>78</i>
2. Last ned og installer SENS motion-appen for smarttelefon.....	78
<i>2.1 Last ned SENS motion-appen.....</i>	<i>78</i>
3.0 Opprettelse av fibion rapport fra fibion sens data.....	80

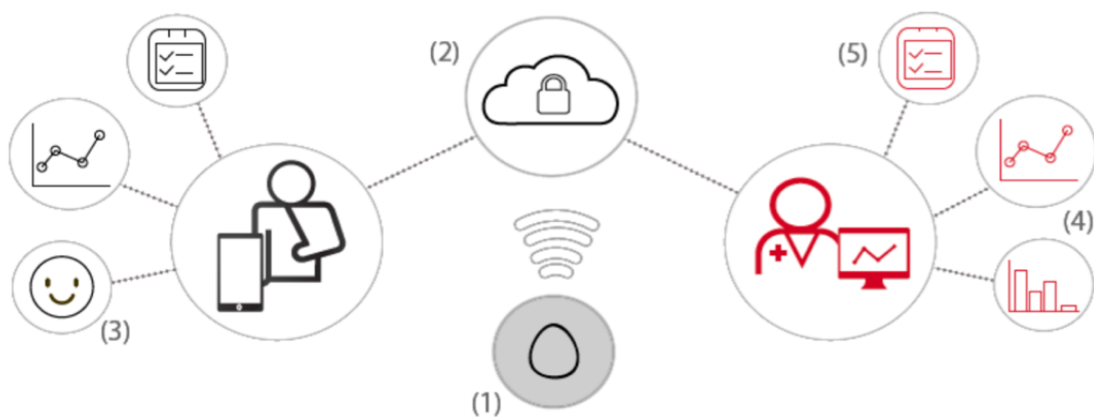
Hva er SENS motion?

SENS motion-system måler deltakernes fysiske aktivitet. Data kan samles fra mange deltakere. Forskergruppen kan få tilgang til deltakernes aktivitetsprofiler og hente data til analyse.

- Diskret sensor som overvåker fysisk aktivitet
- Hudvennlig plaster hvor sensoren er plassert
- Sensorplasteret kan brukes av deltakere i alle aldre
- Raskt og enkelt oppsett av systemet
- 24 timers overvåkning i opptil til 15 uker
- Data lagres sikkert i en GDPR-kompatibel database
- Ingen batteriladning er nødvendig
- Data lagres trygt i skyen
- Automatisk og trådløs overføring og behandling av data

Hva består SENS motion system av?

- Plaster med sensor (1) samler inn aktivitetsdata og sender de krypterte dataene til databaseserveren
- Server (2), hvor all dataene er trygt lagret
- App på smarttelefon eller datamaskin (3), som muliggjør overføring av data fra sensoren til database server
- Danner en oversikt over aktivitetsprofiler (4 og 5) som er lett tilgjengelig for forskningspersonalet enten via en pc eller en oversiktsskjerm



Hvordan komme i gang?

1. Montering og installasjon av sensorplasteret
2. Last ned og installer SENS motion-appen til smarttelefon
3. Bruk av online visualiseringsverktøy

Disse elementene er beskrevet i avsnitt 1, 2 og 3

1. Montering og installasjon av sensorplasteret

Plasteret er plassert diskret på låret 24 timer i døgnet. Den er kompakt, vanntett og fleksibel. Så snart plasteret med sensoren er plassert og i bruk, vises de objektive og nøyaktige aktivitetsmålingene online, hvor forskningspersonalet kan få tilgang til dataene. **Plasteret bør byttes ut etter 14 dager.**

Monter først sensoren og plasteret (1.1), og plasser den deretter på deltakerens ben (1.2).

1.1 Montering av sensor og plaster



1

Bruksutstyr:



2

Desinfiserende klut, en sensor og et plaster. Plasser sensoren i «lommen» på plasteret med SENS motion-logoen vendt opp.



3

Trekk ned det nederste stykket av folien slik at sensoren og plasteret kan trykkes godt sammen.

Press plasteret grundig rundt kantene av sensoren for å lime kantene.



4

1.2 Montering av sensorplasteret på deltakerens ben

Det er viktig å plassere plasteret riktig, slik at sensoren fungerer som den skal. Les og følg instruksjonene på følgende side.

VIKTIG:

Plastret skal plasseres på **utsiden** av låret over deltakerens kne. Den runde delen av sensoren skal sikte **NED** mot kneet og den øvre delen skal ha retning **MOT** hoften (se bilde)



1

Rengjør huden, der plasteret skal plasseres



2

Fjern baksiden.



3

Plasser plasteret på utsiden av låret



4

Fjern den hvite kanten.

1.3 Fjerning etter bruk

Når du fjerner plasteret, anbefales det å bruke en hånd mot huden for å støtte huden, mens du trekker plasteret forsiktig av huden. Trekk aldri vekk fra huden, men i stedet langs huden. Hvis plasteret sitter fast, påfør en lotion for å løsne limet. Plasteret løsner vanligvis etter 10-17 dager.

Videoguide for fjerning av plaster: <http://bit.ly/afmontering>

Hvis rødhet eller irritasjon oppstår under bruk, fjern plasteret umiddelbart ved å følge instruksjonene ovenfor.

2. Last ned og installer SENS motion-appen for smarttelefon

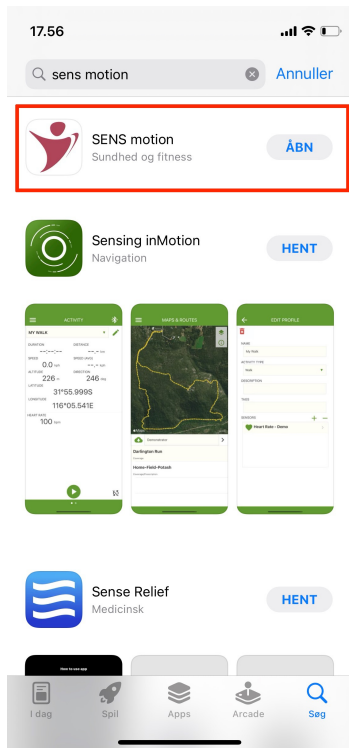
SENS motion-appen kobler data fra sensorplasteret til serveren, og det er derfor nødvendig at en smarttelefon med appen er plassert på et sted hvor deltakeren beveger seg daglig og at denne smarttelefonen har internettilgang. Når appen er på smarttelefonen din, overfører den automatisk data når den er i nærheten av en SENS bevegelsessensor uten interaksjon mellom deltakeren og smarttelefonen.

Sensorplasteret overvåker og lagrer alle data, selv om telefonen ikke er i nærheten. Dataene vil kun være tilgjengelig på nett når de to enhetene er i nærheten, dvs. innen 10-15 meter.

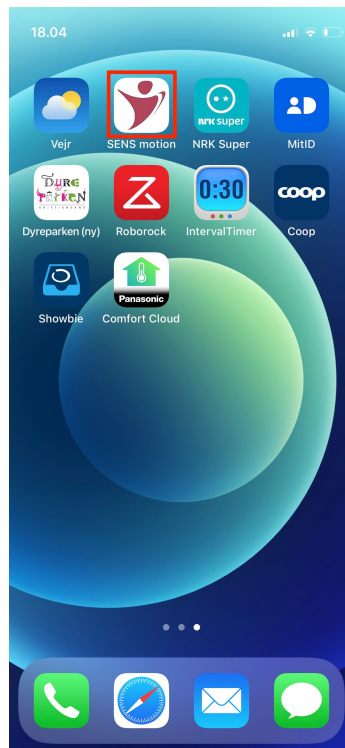
2.1 Last ned SENS motion-appen

Under oppstart av SENS-motion, kreves det at en app lastes ned. Appen som kobler dataene fra sensorplasteret til databasen, kan lastes ned for iOS og Android ved å søke på 'SENS motion' i henholdsvis App Store og Google Play-butikken.

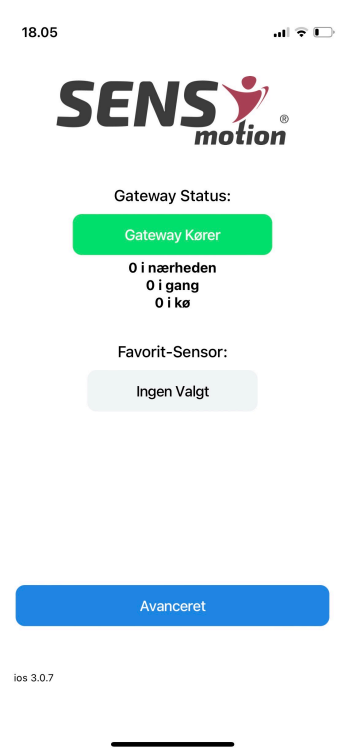
Merk at 'Bluetooth' må være slått på første gang appen åpnes på smarttelefonen.



Download App



Start App



Ready to go

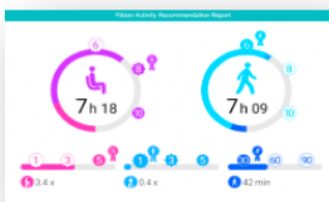
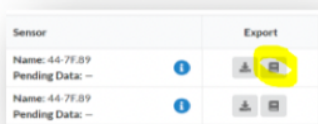
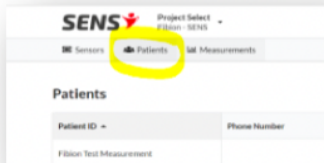
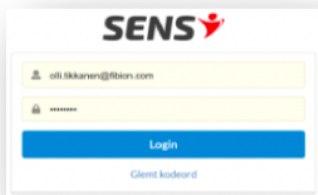
Hvis det er problemer med datainnsamlingen, vil det vises i sirkelen i øvre venstre hjørne av hjemmesiden. Sørg for å sjekke at antallet sensorer nær deg vises på skjermen. Appdesignet kan variere på iOS-enheter.

Datainnsamlingen fra sensorene skjer automatisk i bakgrunnen på Android-enheter, mens iOS-enheter krever at appen holdes åpen for datainnsamling.

Ved å klikke på 'I nærheten'-knappen, vises en liste over nærliggende sensorer.

Dataene som samles inn, er tilgjengelige for visning og tolkning på SENS motion® online visualiseringsverktøy. Dette er beskrevet i avsnitt 3.

3.0 Opprettelse av fibion rapport fra fibion sens data



1. Gå til <https://fibion.sens.dk> på din nettleser
2. **Logg på** med utlevert brukernavn og passord
3. Klikk på «**pasienter**»-fanen (øverst til venstre)
 - a) Hvis du ikke har pasienter, kan du opprette det:
 - b) I «pasienter»-fanen klikker du på «pluss»-symbolet øverst til høyre
 - c) Oppgi pasientnavn (eller kode)
 - d) Velg sensor og overvåkingsperiode
 - e) Klikk på Send
4. Klikk på «**eksport knappen**» som er plassert foran pasientens ID, i eksportdialogen som vises, klikk deretter på Fibion data eksport knappen
5. Du kan nå velge norsk språk i Fibion Rapport generatoren, slik at rapporten vil bli lagd i riktig språk
6. Linken «Åpne Barne-rapport» vises nå som det første elementet i e-postene «Din rapport er klar», i de tilfellene der den registrerte er under 18 år
7. Klikk på «**Importer SENS data nå**»-knappen (i *Fibion rapport opprettelsestjeneste*)
8. **Fjern søvntimer** fra dataene (valgfritt)
9. **Velg dager** som skal inkluderes (maks 7 dager) fra kalendervisningen
10. Oppgi **e-postadressen** din og **detaljene til deltakeren**
11. Klikk på «**send data**»-knappen
12. **Få tilgang til Fibion-rapporten fra lenkene** i e-posten med mobiltelefon, nettbrett eller datamaskin

Vil du delta i kvalitetsikringsprosjektet

[REDACTED]

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å undersøke helsepersonells erfaringer med bruk av akselerometer til å kartlegge og gi tilbakemeldinger om barns fysiske aktivitet, tid i inaktivitet, og søvn i behandlingstilbudet ved [REDACTED]. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målet for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålene med prosjektet er å:

- undersøke endringer i fysisk aktivitetsnivå og stillesittende tid hos barn tilknyttet [REDACTED] gjennom et års behandling,
- undersøke søvnvaner gjennom et års behandling ved [REDACTED],
- undersøke hvordan barn og deres foresatte opplever bruken av akselerometeret og tilbakemeldinger og rapporter i hverdagen og
- undersøke hvordan bruken av Fibion SENS Motion som klinisk verktøy i behandlingstilbudet ved [REDACTED] oppleves av helsepersonell.

Hvem er ansvarlig for kvalitetssikringsprosjektet?

[REDACTED] er ansvarlig for kvalitetssikringsprosjektet og gjennomføres i et samarbeide med Universitetet i Agder, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du inviteres til å være med fordi du er helsepersonell eller leder med ansvar for behandlingstilbudet ved [REDACTED] og deltar i utprøving og implementering av Fibion SENS Motion i klinikken.

Hva innebærer det for deg å delta?

Prosjektet innebærer at du vil bli intervjuet av en forsker/mastergradsstudent i prosjektet om dine erfaringer med bruk av akselerometeret i behandlingsøyemed. Intervjuet vil vare i omtrent en time, og vil foregå i nærheten av din arbeidsplass eller annen plass dere blir enig om. Temaet for intervjuet vil bli dine erfaringer med akselerometeret som brukes og informasjonen du får, hvordan du tar beslutninger og anvender informasjon i ditt arbeid, hvordan du samtaler med barn og foresatte om denne informasjonen, og hvordan/om dette bidrar til strukturert evaluering. Du vil også få spørsmål om den praktiske bruken, og forbedringsbehov av utstyr og programvare. Intervjuene vil bli tatt opp og deretter skrevet ut i tekst før de vil bli analysert for innhold. Vi ønsker alle slags erfaringer, både positive og negative. Det ferdig analyserte intervjumaterialet vil bli publisert i vitenskapelige tidsskrift, og omtale av erfaringene med prosjektet vil også kunne offentliggjøres gjennom media og i offentlige rapporter. Ingenting av det du forteller eller deler med forskerne vil kunne spores tilbake til deg av andre, og kun forskere i prosjektet vil har tilgang til intervjumaterialet.

Mulige fordeler og ulemper

Din deltakelse vil kunne innebære en anledning til å reflektere over egen fag- og profesjonsutøvelse, og vil kunne bidra til utvikling av tjenesten. Vi vurderer ulempene ved deltakelse for din del til å være små utover den tid du allokterer til intervjuet. Noen vil også kunne oppleve at slike intervjuer setter i gang refleksjonsprosesser som både kan være krevende, men også gi en utviklingsmulighet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om dere vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Kun forskere tilknyttet prosjektet vil ha tilgang til datamaterialet, og tilganger reguleres etter gjeldende lovverk og godkjenninger fra [redacted] og Norsk senter for forskningsdata A/S (NSD) av prosjektleder ved [redacted]
- Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til intervjuutskriften gjennom en navneliste som vil bli oppbevart innelåst og adskilt fra lydopptaket og intervju-utskriftene.
- Deltakere i prosjektet vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner fra prosjektet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes desember 2024. Informasjon vil senest fem år etter prosjektslutt bli helt anonymisert, det vil si at lydopptak og koblingsnøkkel vil bli slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. Forskningsavdelingen ved [redacted] har også vurdert og godkjent prosjektet.

På oppdrag fra [redacted] har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- [redacted]
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

[redacted]

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [REDACTED] og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til at mine personopplysninger behandles i overensstemmelse med beskrivelsen ovenfor.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Interviewguide

Briefing

- Informere informanten om formålet med projektet
- Fortæl om hvad der skal ske og spørg om informanten har nogle ønsker?
- Informere informanten om at der ikke findes nogle dumme svar, og at det er vigtigt at være ærlig omkring deres meninger og erfaringer
- Informere informanten om hvad der sker med lydoptagene, hvordan de opbevares og anonymisering ved transskribering
- Har informanten nogle spørgsmål før start?

Start lydoptaget

Interviewspørgsmål

Hvordan har du oplevet at have de først konsultationer med barn og forældre med brugen af Fibion SENS ?

- Hvordan har det været at logge ind på programmet på pc og aktivere og kode accelerometer og appen ?
- Hvordan har det været at sætte accelemeter og plaster på benet af barnet?
- Er der noget som kunnet have været bedre i opstarten?
- Er der nogle specifikke spørgsmål barn/forældre har stillet?

Hvordan forbereder du dig til mødet med barn og familie, i forhold til vejledning af Fibion SENS?

- Er der noget du tænker kunne forbedres?
 - Accelerometeret?
 - Proceduren i at starte/stoppe målinger?
 - Hente og dele rapporter?

Fortælle om hvordan du introducerer et barn, eller en familie i at begynde at bruge Fibion SENS?

- Er der nogle spørgsmål forældre og barn ofte stiller i forhold til brugen af Fibion SENS?
 - Er disse ofte rettede mod brugen af Fibion SENS, eller er det mere generelle i forhold til forløbet

Fortælle om hvordan du gennemfører en konsultation hvor du inkluderer informationer om fysisk aktivitet, tid i ro og søvn?

- Hvordan håndterer du disse temaer uden brug af Fibion SENS?
- Hvordan håndterer du disse temaer med brug af Fibion SENS?
- Hvad synes du fungerer fint for familien og barnet med Fibion SENS?
- Hvad syntes du skal forbedres af rutiner, accelerometer, plaster, software og rapport for familiens skyld?

Fortæl om de udfordringer der er med at bruge Fibion SENS i praksis?

- For dig?
- For barnet?
- For forældrene?

Hvordan oplevede du rapporten?

- Relevant information til barn og forældre?
- Var rapporten positiv eller negativ ladet?
- Kan rapporten bruges til at motivere barnet for mere aktivitet?
- Har du brugt rapporten i dine konsultationer?
- Kan rapporten være til gavn til at snakke om vægtproblemer med barnet og forældre?
- Mangler rapporten noget for at være et bedre redskab til vejledning?

Fortæl om fordelene ved at bruge Fibion SENS i klinisk praksis

- Hvordan kan dette gøre dig til en bedre kliniker?
- Hvordan kan dette give bedre kvalitet i behandlingstilbuddet?
- Hvor ønsker du klinikken er i forhold til dette projekt om et år?
 - Er der nogen hindringer for at nå målet?
 - Hvad vil hjælpe for at nå målet?
- Er det noget du ikke er blevet spurgt om som du ønsker at fortælle?

- **Hvordan plejer du at arbejde med fysisk aktivitet og søvn hos barn og familier i behandlingstilbuddet?**
- **Hvad er baggrunden til at i ønsker at tage et nyt værktøj i brug (accelerometeret)?**
- **Fortæl om dine forventninger til det at implementere accelerometeret i klinisk brug?**
- **Fortæl om de fordele der ved at tage i brug accelerometeret?**
- **Fortæl om barrierer og ulemper du oplever ved at tage i brug accelerometeret?**

- **Har projektet været med til at ændre din arbejdsmåde?**
- **Har accelerometeret ændre måden du forholder dig til barn, familier og fysisk aktivitet**
- **Hvordan sikre du dig at barnet og familien får nok kundskab om barnets fysiske aktivitet?**

Hjælpe spørgsmål til interviewer

- ”Når du siger, mener du da”?
- ”Er det sådan at”?
- ”Kan man med andre ord sige at”?
- ”Hvordan tænker du da”?
- ”På hvilken måde mener du at”?
- ”Hvad tror du det gør at”?
- ”Hvad ville ske hvis”?

Sluk for lydoptager

Debriefing

Informere igen om hvad som der sker med lydoptagene og, at de kan tage kontakt hvis de ønsker det og har spørgsmål.

Bilag 4

01.07.2022, 17:00

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

[Meldeskjema](#) / [REDACTED] / Vurdering

Vurdering

Dato
22.06.2022

Type
DPIA

Referansenummer

[REDACTED]

Prosjekttittel

[REDACTED]

Behandlingsansvarlig institusjon

[REDACTED]

Felles behandlingsansvarlige institusjoner

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for ernæring og folkehelse

Prosjektansvarlig

[REDACTED]

Student

Silja Ingeborg Bjåen Hetland / Sara Bøhn Foslid / Cecilie Christiansen

Prosjektperiode

01.02.2022 - 31.12.2024

[Meldeskjema](#) 

Kommentar

Behandlingen av personopplysninger i prosjektet gir høy risiko for de registrertes rettigheter og friheter. GDPR krever da en vurdering av konsekvensene (DPIA).

Personvern tjenester har gjort en slik vurdering, sammen med prosjektansvarlig og personvernombudet ved behandlingsansvarlig institusjon.

Vi mener at tiltakene i DPIA reduserer risikoen i tilstrekkelig grad. Vår vurdering er at behandlingen kan gjennomføres i samsvar med personvernforordningen, uten forhåndsdrøfting med Datatilsynet.

Behandlingsansvarlig institusjon er enig i vurderingen og godkjent DPIA er lastet opp til meldeskjema.

HVIS DET SKJER ENDRINGER

Hvis dere endrer behandlingen av personopplysninger, kan det bety at DPIA må oppdateres. Ta kontakt med oss hvis du er i tvil om endringen må meldes.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

30 dager før prosjektslutt tar vi kontakt med prosjektansvarlig for å høre om behandlingen av personopplysninger avsluttes som planlagt.

Kontaktperson hos oss: Anne Lene L. Nymoen

Lykke til med prosjektet!

Bilag 5



Region: REK sør-øst D Sakbehandler: Finn Sire Fjordholm Telefon: +47 22 84 58 21 Vår dato: 08.03.2022 Vår referanse: 424996

Prosjektsøknad:

Søknadsnummer:

Forskningsansvarlig institusjon:

Prosjektsøknad vurderes som utenfor helseforskningslovens virkeområde

Søkers beskrivelse

Prosjekt [REDACTED] har som formål å evaluere bruken av Fibion SENS Motion akselerometer i behandlingsforløpet på [REDACTED] et behandlingstilbud til barn og unge med sykkelig overvekt og fedme. Ved å undersøke kvantitative endringer i f.eks. pasientenes fysiske aktivitetsnivå og stillesittende tid i løpet av behandlingsperioden, kan prosjektet være med til å kvalitetssikre behandlingstilbudet til barn som henvises til [REDACTED] og som ofte trenger en positiv endring i deres fysiske aktivitet.

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i møtet 09.02.2022. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

REKs vurdering

Formålet med prosjektet er å evaluere bruken av Fibion SENS Motion akselerometer i et behandlingstilbud til barn og unge med sykkelig overvekt og fedme.

Komiteen vurderer at prosjektet er å anse som en evaluering av bruken av den aktuelle innretningen, og at dette vil gi nyttig kunnskap om bruken av denne. Prosjektet vil, slik det er presentert i søknad og protokoll, ikke gi ny kunnskap om helse og sykdom. Prosjektet faller derfor utenfor REKs mandat etter helseforskningsloven, som forutsetter at formålet med prosjektet er å skaffe til veie "ny kunnskap om helse og sykdom", se lovens § 2 og § 4 bokstav a).

Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern samt innhenting av stedlige godkjenninger.

REK sør-øst D

Besøksadresse: Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22 84 55 11 | E-post: rek-sorost@medisin.uio.no

Web: <https://rekportalen.no>