



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

*”Det berör själen och hjärtat, och kroppen
också, det sitter ju ihop”*

– En kvalitativ intervjustudie om skolkuratorers uppfattningar om barnfetma –

Socionomprogrammet
C-uppsats Vt. 2009
Författare Emma Pettersson
Kristin Bjerså
Handledare Mikaela Starke

ABSTRACT

Titel: *”Det berör själen och hjärtat, och kroppen också, det sitter ju ihop”*
– En kvalitativ intervjustudie om skolkuratorers uppfattningar om barnfetma –

Författare: Emma Pettersson och Kristin Bjerså.

Institution: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet, Vt. 2009.

Nyckelord: Barnfetma, skolkuratorer, reflexivitet, medikalisering, stigma.

Studiens syfte är att undersöka skolkuratorers uppfattningar av, inställningar till och föreställningar om barnfetma och barn med övervikt. Följande frågeställningar användes för att besvara syftet:

Hur beskriver skolkuratorerna arbetet som bedrivs omkring barn med fetma och övervikt?
Vilka psykosociala konsekvenser får fetma och övervikt för barn?

Studien är en deskriptiv, kvalitativ intervjustudie. Empirin har hämtats genom intervjuer med sex skolkuratorer på grundskolor inom Göteborgs kommun. Materialet tolkades utifrån två perspektiv, dels ett professionellt perspektiv och dels utifrån ett barn perspektiv. Begrepp vi använt vid analys för det professionella perspektivet är reflexivitet och medikalisering, och för barnperspektivet stigma.

I resultatet har vi funnit flera olika aspekter utifrån de tre begreppen. Under reflexivitet har vi kunnat utläsa att kuratorerna besitter en kunskap kring ämnet, och några av dem anser att de skulle vilja ha en större inblandning gällande barnfetma. De kan se att ämnet har en förankring i ett medicinskt syfte, men att det även finns flera sociala och psykosociala faktorer som inverkar. Dock har det visat sig vara ett mycket litet arbete som bedrivs kring de barn och ungdomar som idag lever med fetma, utifrån kuratorernas profession.

Medikalisering har visat sig genom att ämnet har tillskrivits medicinskt, och arbetas och hanteras medicinskt då skolsköterskan är den profession som arbetar kring fenomenet. En del av kuratorerna upplever det som att barnfetma naturligt faller sig som ett område för skolsköterskan på grund av relationen mellan vikt och det fysiska på en människa. Samtliga kuratorer upplever det som ett kombinationsproblem mellan det sociala, psykosociala och medicinska fältet, men att det får kvarstå och tituleras medicinskt. Kuratorerna beskriver dock att de önskar ett samarbete. Flera av skolorna har elevhälsoteam där man arbetar kring elevens allmänna hälsa. Där uttrycker kuratorerna att denna problematik skulle kunna tas upp.

Stigmatisering har varit ett begrepp som samtliga kuratorer benämnt, om inte stigmatisering så en synonym till begreppet. Vi har funnit att kuratorerna har alla en föreställning om att barnfetma är ett problem som kan leda barn och ungdomar till ett utanförskap, med konsekvenser som isolering, ensamhet och mobbing.

Tack!

Stort Tack vill vi rikta till våra intervjupersoner som ställt upp för oss och delat med sig av sina ovärderliga erfarenheter och åsikter. Ni har gett oss många intressanta infallsvinklar på ämnet, och det har varit intressant att både lyssna och att träffa er. Tack, för att det är ni som gjort vår uppsats möjlig.

Även ett stort Tack går till vår handledare Mikaela Starke som gett oss bra kritik och snabb respons, vilket gjort att vi gått i mål med en välgjord uppsats.

*Emma Pettersson och Kristin Bjerså
Göteborg 09-04-22*

INNEHÅLL

1. INTRODUKTION.....	5
1.1 Inledning och förförståelse.....	5
1.2 Bakgrund.....	5
1.3 Tidigare forskning.....	7
1.3.1 Den tidigare forskningen kopplat till vår studie.....	7
1.3.2 Förekomst.....	7
1.3.3 Medicinskt perspektiv.....	7
1.3.4 Ekonomiska aspekter.....	8
1.3.5 Socialt perspektiv.....	8
1.3.6 Psykosocialt perspektiv.....	9
1.3.7 Åtgärder och behandling.....	9
1.3.8 Skolans roll i behandlingen.....	10
1.3.9 Framtida metoder.....	11
2. PRECISERING AV PROBLEMSTÄLLNING.....	12
2.1 Syfte.....	12
2.2 Frågeställningar.....	12
2.3 Definition av begrepp.....	12
2.3.1 Barnfetma och övervikt.....	12
3. METOD.....	12
3.1 Val av metod.....	13
3.2 Urval och tillvägagångssätt.....	13
3.3 Datainsamling och intervjumetod.....	13
3.4 Analysmetod.....	14
3.5 Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet.....	15
3.6 Etiska reflektioner.....	15
4. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER.....	16
4.1 Det professionella perspektivet utifrån reflexivitet.....	16
4.2 Det professionella perspektivet utifrån medikalisering.....	17
4.3 Barnperspektivet utifrån stigmatisering.....	17
5. RESULTAT OCH ANALYS.....	18
5.1 Reflexivitet.....	18
5.2 Medikalisering.....	21
5.3 Stigmatisering.....	24
5.4 Sammanfattande huvudresultat.....	26
6. SLUTDISKUSSION.....	27
6.1 Hur beskriver skolkuratorerna arbetet som bedrivs omkring barn med fetma och övervikt?.....	27
6.2 Vilka psykosociala konsekvenser får fetma och övervikt för barn?.....	28
6.3 Egna reflektioner.....	28
REFERENSER.....	30

BILAGOR

Bilaga 1 E-post32
Bilaga 2 Intervjuguide33

1. INTRODUKTION

1.1 Inledning och förförståelse

Vårt ämnesval gjordes efter många funderingar och tankar. Vi ville studera ett ämne som kunde beröra det sociala arbetet, samt en målgrupp som kommer i kontakt med vår kommande yrkesprofession. Vi har hela tiden riktat in oss på fetma och hur det skulle kunna arbetas förebyggande kring det. Därför gjordes slutligen valet barnfetma, då det har blivit ett mycket uppmärksammat problem (090421.gp.se). Ämnet berör nutiden och är också ett problem som är växande och som följer med in i framtiden. Innan skrivandets start slog tanken oss att det idag till stor del ligger på ett medicinskt bord och därmed till stor del är ett medicinskt ansvar att hantera. Vi vet mycket lite om hur det arbetas med barnfetma utifrån ett socialt perspektiv. Därför ville vi med vår uppsats få fram om än en liten del, men en tydligare bild om vad som faktiskt görs idag och vilka uppfattningar som finns kring ämnet.

Det vi har hört via media och rapporter är att fetma håller på att utvecklas till en folkhälsosjukdom och att det har krupit ner i åldrarna. Våra tankar spannar vidare till om hela befolkningsgrupper drabbas, är det ändå ett medicinskt problem? Vi har kunnat se att behandlingen är medicinsk, men att fetman leder till sociala konsekvenser. Skulle det kunna vara så att vi behandlar symtomen men inte alltid orsakerna? Vår förförståelse säger att orsakerna bakom barnfetma i de flesta fall inte är av genetisk art. Dock upplever vi att man arbetar mycket lite med fetma bland barn i förebyggande syfte, utan det tas på allvar först när det har gått för långt, och då har det hunnit drabba både kropp och själ.

Vi vill redan i början av uppsatsen förtydliga användningen av begreppen barnfetma samt övervikt. I det förebyggande arbete används begreppet övervikt innan det övergått till fetma. Eftersom vi vill undersöka uppfattningar om dels arbete med fetma men även om uppfattningar om förebyggande arbete måste vi använda oss av båda begreppen. Begreppen går därför "hand-i-hand" och vi använder dem likvärdigt.

1.2 Bakgrund

I Sverige är hälsan bland barn och ungdomar samt deras levnadsvanor samhällsfrågor av stor betydelse för folkhälsan. Den ökade problematiken av fetma kommer troligen att få effekt i folkhälsan under kommande decennier (Västra Götalandsregionen 2007). Fetma kan leda till ohälsa, nedsatt livskvalitet, förtidspensionering, sjukdomar så som diabetes, hjärtkärlsjukdomar, cancer och belastningsskador samt en förtida död, vilket ger ökade kostnader för samhället (Västra Götalandsregionen 2008).

I Västra Götaland är situationen liknande övriga delar av Sverige när det gäller utbredningen av fetma. Dock finns regionala skillnader mellan Göteborg och landsbygden samt mellan stadsdelarna inom Göteborg. Det finns kommuner i Västra Götalandregionen samt stadsdelar i Göteborg där mer än var femte vuxen har fetma. Generellt sett har andelen med övervikt och fetma ökat avsevärt bland både vuxna och barn.

Tabell 1. Ökningen av barnfetma

Ålder	1984	2004
10-åringar med övervikt	8 %	17 %
10-åringar med fetma	1 %	3 %

Tabellen visar att under 20 år har barnfetma ökat markant. Förekomsten av fetma ökar dock främst i åldern 20-40 år. Ca 25 % av kända diabetes tros bero på fetma inom Västra Götalandsregionen (Västra Götalandsregionen 2007).

Forskningsprojektet Idefics innefattar åtta europeiska länder och är ett projekt som ska utforma europeiska riktlinjer och rekommendationer för etiska frågor, beteendefrågor samt kost och fysisk aktivitet för barn med övervikt. Projektet samarbetar med Västra Götalandsregionen och berörda kommuner för att utvärdera vilka effekter förebyggande insatser har på barn samt utvärdera det hälsofrämjande arbetet i dessa frågor (090421, gp.se).

FN:s barnrättskommitté rekommenderar Sverige att angripa problemet med ett ökat antal barn med övervikt och fetma efter att ha uttryckt sin oro i januari 2005 (Västra Götalandsregionen 2007). För att motverka den kraftiga utvecklingen av övervikt och fetma bland barn och vuxna finns i Västra Götalandsregionen sedan 2003 ett tjänstemannauppdrag och sedan 2005 ett politikeruppdrag. Det första är ett uppdrag att utveckla ett handlingsprogram på regional nivå. Handlingsprogrammet skall vara en bidragande faktor till att förverkliga visionen om "Det Goda Livet" genom att presentera riktlinjer för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande åtgärder mot övervikt och fetma, samt ett regionalt vårdprogram för behandling av fetma bland barn och ungdomar. Detta arbete utgår från Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus och sker i samarbete med Folkhälsokommitténs kansli. Det andra är ett uppdrag från Regionfullmäktige till Folkhälsokommittén att framtida en strategi för att förändra den negativa utvecklingen med allt fler överviktiga barn (Västra Götalandsregionen 2008).

Handlingsprogrammet innehåller kortsiktiga mål för att hjälpa patienter med fetma och fetmarelaterade sjukdomar samt långsiktiga mål med hälsoförebyggande och förebyggande insatser. Ett långsiktigt mål är hälsosam vikt och god hälsa för alla. Ett mer specifikt mål är att förekomsten av fetma ska återföras till 1980-talets nivå under det kommande decenniet, vilket är under 1 % bland 10-åringar och under 10 % bland vuxna (Västra Götalandsregionen 2008).

En viktig roll i de hälsofrämjande insatserna enligt Västra Götalandsregionen (2008) har kommunerna och i synnerhet förskola och skola när det gäller barn. Skola och förskola bör utveckla miljöer som främjar barn till lek, aktivitet och idrott samt arbeta för att underlätta barn och ungdomars möjlighet till fysisk aktivitet. De skall också aktivt arbeta för att måltidsverksamheten följer Livsmedelsverkets riktlinjer och Nordiska näringsrekommendationer. Hem och livskunskap bör också få större utrymme i det hälsofrämjande arbetet i skolan. Hälsosamtalen i skolhälsovården bör stärka självkänsla och medvetengöra varje elev om dess egen hälsa kopplad till livsstil. Föräldrarna bör även vara involverade i det hälsofrämjande arbetet i skola och förskola (Västra Götalandsregionen 2007).

1.3 Tidigare forskning

1.3.1 Den tidigare forskningen kopplat till vår studie

I denna del tar vi upp några av de skolbaserade åtgärder som finns, en del rekommendationer, samt några arbetssätt kring området. Majoriteten av forskningen som vi använt oss av och refererat till är internationell. Vi har därför ett internationellt perspektiv på den tidigare forskningen när det är av vikt att se hur andra länder arbetar med dessa frågor. Det har också varit begränsad åtkomlighet till svensk forskning då ämnet barnfetma har skrivits med större bredd internationellt än nationellt. Vi har att försökt att ha ett medicinskt, socialt och psykosocialt perspektiv eftersom det finns flera ingångar till ämnet.

1.3.2 Förekomst

Förekomsten av fetma har ökat både i Europa och i USA de senaste åren och är ett väl erkänt hälsoproblem (Sarlio-Lähteenkorva & Lahelma, 1999). Det finns tidigare forskning som visar på att fetmarelaterade tillstånd, som tidigare endast setts hos vuxna, nu också har påträffats hos barn. Det ses som alarmerande eftersom barn är mer känsliga för fetmarelaterade hälsotillstånd då deras kroppar fortfarande växer och utvecklas (Daniels, 2006).

Svensk forskning visar på att vart tionde barn i Sverige är överviktigt. Jämfört med andra europeiska länder har Sverige dock färre barn med utvecklad fetma. Kosten bland Svenska och andra Europeiska barn visar vara densamma men det skiljer sig vad gäller tv-tittande, när Svenska barn spenderar mindre tid vid Tv:n (090421, gp.se).

Den kraftiga ökningen av barnfetma och att allt fler ungdomar lever ohälsosamt menar forskningen kan påverka den förväntade livslängden hos en människa. Detta innebär att för första gången i historien kan barn komma att leva kortare än sina föräldrar. Något som gör barnfetma till ett stort samhällsproblem, såväl i Sverige som i andra länder (Daniels, 2006).

1.3.3 Medicinskt perspektiv

Det finns flera samhällseliga influenser kring barns ätande och den fysiska aktiviteten. Det gör det svårt att särskilja om det är barnet, familjen eller samhället som orsakar att barnfetma uppkommer (Reilly, 2007).

Det finns forskning som visar på att övervikt bland barn i åldern 0-2 år inte har inneburit övervikt i vuxen ålder. Däremot för barn med övervikt som är äldre än två har risken för att drabbas av övervikt som vuxen ökat. Det har även visat att risken till att utveckla övervikt som barn har ett samband med om föräldrarna är överviktiga. Orsakerna till detta har varit både genetiskt- och miljömässigt betingat. Det är dock svårt att skilja den miljömässiga och genetiska risken åt och forskare vet inte vilken gen som innebär att fetma utvecklas hos barn. Dock tror forskare att det är flera gener som samverkar (Daniels, 2006). Barn som kan vara i riskzonen för fetma är barn med en avvikande födelsevikt, snabb tillväxt, sömnbrist och för mycket stillasittande framför TV:n eller datorn. De barn som är psykosocialt och socioekonomiskt utsatta har också visat sig befinna sig i riskzonen för fetma.

De medicinska komplikationer som funnits hos vuxna finns även hos barn med fetma men mestadels som förstadier, här ibland sömnsvårigheter, hormonrubbingar, belastningsproblem, astma, nedsatt kondition etc. (Västra Götalandsregionen, 2008). Flera studier visar även på att det finns medicinska konsekvenser av barnfetma så som astma, diabetes, depression och ångest (Story, Kaphingst & French, 2006).

Viss forskning menar att fetma är mer kopplat till livsstil än underliggande sjukdomar. Dock är orsaker till fetma mycket komplex (Reilly, 2007).

1.3.4 Ekonomiska aspekter

I en analys av personer i USA med fetma visade det sig att de personer som var under 65 år hade 36 % högre medicinska kostnader jämfört med dem utan (Daniels, 2006).

Svenska forskningsrapporter visar på att fetmautvecklingen bland barn verkar vara på väg att bromsas, men det gäller dock inte bland barn med låg socioekonomisk status. Kostnaderna för det Svenska samhället uppgår till 2,5-3,6 miljarder kronor per år för fetma samt sjukdomar relaterade till fetma (Västra Götalandsregionen 2008). Kostnaden för sjukskrivning och sjukpension på grund av fetmarelaterade tillstånd uppgår till 7 procent. Detta ger kostnader på omkring 5-6 miljarder kronor per år (Nowicka & Flodmark, 2006).

Om utvecklingen fortsätter i negativ riktning och i samma takt som på 1990-talet, uppskattas det att 60 % kommer att vara överviktiga och leva med fetma 2030, vilket leder till en samhällelig kostnadsökning på 120 % för sjukvård och ger en ännu högre siffra om man räknar med sjukfrånvaro och sjukersättning (Västra Götalandsregionen 2007).

1.3.5 Socialt perspektiv

Den kraftiga utvecklingen av fetma i samhället är bland andra ett uttryck för förändringar i miljö- och levnadsvillkor. Det talas om en "fetmaframkallande miljö" där även media och underhållningsindustrin har stor påverkan för individens val av livsstil (Västra Götalandsregionen, 2008).

Utveckling av fetma hänger ihop med ekonomiska, sociala och kulturella förhållanden. Dels finns ett samband bland dem som har lågt förtroende för samhället och dess hälso- och sjukvård samt för de som har en positiv syn på fetma och ser det som ett uttryck för välmående och hög status. Positiva attityder till kaloririk mat och låg fysisk aktivitet, samt dålig ekonomi och hög stressnivå är också faktorer som har visat sig hänga ihop med ett utvecklande av fetma (Västra Götalandsregionen, 2008).

Inom Världshälsoorganisationen samt i flera länder har det klarlagts att för att kunna bromsa fetmautvecklingen måste förändringar ske inom samhällsstrukturen. Fetmautvecklingen har här liknats vid klimathotet. Världshälsoorganisationen menar på att den enda långsiktiga lösningen är förebyggande och hälsofrämjande arbete i samhället, särskilt med fokus på barn, ungdomar och unga vuxnas situation (Västra Götalandsregionen, 2008).

1.3.6 Psykosocialt perspektiv

Forskning har visat att fetma kan leda till både medicinska sjukdomar men också psykosocial problematik. En utav de mest studerade psykosociala konsekvenserna av fetma är depression. För ungdomar i tonåren, särskilt bland flickor, är kroppsmisnöjsamhet en utav de största riskfaktorerna. Studier har visat på att tonåringar som söker behandling för överviktsproblematik uppvisar större symptom för depression än normalviktiga tonåringar. Studier visar också att barn och tonåringar med fetma har svårt med vänskapsrelationer och har ofta få vänner (Daniels, 2006).

I vårt samhälle förekommer ideal och det finns flera stereotyper på hur en människa bör vara (Daniels, 2006). Barn- och tonåren är en tid då acceptans och att passa in är viktigt och barn och ungdomar med fetma kan lätt bli bortstötta, isolerade och kränkta på grund av sin vikt. Detta kan leda till att barnet upplever flera psykosociala problem. Det kan vara känslor av ovärdighet, låg självkänsla och skev kroppsbild. Det blir liknande en ond cirkel om barnet utvecklar en depression på grund av fetman och fortsätter sedan äta för att trösta sig själv (Morrissette & Taylor, 2002).

I en amerikansk studie har föräldrar och lärare beskrivit barn med fetma som att de har mer emotionella och beteendemässiga problem än barn med normal vikt. Man har kunnat se att de tonåringar som lever med barnfetma är mer ledsna, ensamma och lider av ångest i större utsträckning än normalviktiga barn i samma ålder (Pyle, 2006). Överviktiga människor kan också i många kulturer stigmatiseras och karaktäriseras av omgivningen som lata, slarviga, mindre attraktiva och anses inneha en lägre intelligens (Daniels, 2006).

1.3.7 Åtgärder och behandling

För att minska spridningen av fetma finns en ökad övertygelse att förebyggande arbete tidigt bland barn är det angreppssätt som ger goda och långsiktiga resultat. Dock finns det olika meningar om hur tidigt man bör gå in med förebyggande insatser, hur dessa insatser ska se ut samt om de skulle gälla alla barn eller bara vissa (Whitaker, 2007).

Barnfetma är ett komplext problemområde och det finns olika metoder, verktyg och teorier som används för att behandla barnfetma. Trots den ökade kunskapen om orsaksförhållanden och behandling av fetma har många överviktiga barn haft svårt att få en lyckad behandling. En behandling bestående av kostrådgivning kombinerat med beteendeterapi är ofta det sätt som används för att hantera och behandla övervikt (Morrissette & Taylor, 2002). De mest lyckade programmen för barnfetma har en kombination av tekniker som inkluderar beteendeterapi, lärande om strategier för att hitta hälsosam mat och att undvika dålig mat. Även den fysiska aktiviteten i vardagen uppmärksammas samt att involvera föräldrarna i behandlingen (Pyle, 2006).

Forskningsrapporter har visat att det är viktigt att arbeta med hela familjen när barnfetma behandlas. Det finns flera modeller av arbetssätt med familjen. Det har dock varit svårt för professionella inom familjebehandling att bemöta fetma när barnfetma har setts som ett fysiologiskt problem. Kontrast till detta har varit att familjebehandlare samtidigt haft för lite förståelse för de fysiologiska komponenterna som finns när de behandlar barnfetma. Beteendeterapi anses vara en god behandlingsform främst på grund av fördelarna det ger när

kortsiktig viktninskning ger risk för återfall, och emotionellt sett är risken stor att personen är oförändrad, trots en viktninskning (Morrissette & Taylor, 2002).

En utmaning för professionella är att hitta den mest kostnadseffektiva metoden som ger bäst resultat både på kort sikt och på längre sikt. Den optimala metoden anses vara att se till vikten av en långsiktig livsstilsförändring som måste påverka den sociala miljön, i hemmet, på jobbet och i relationen till anhöriga och vänner (Morrissette & Taylor, 2002). För barn och deras familjer bör arbetet vara av stöttande art där professionella identifierar de rådande matvanorna och ser till de bakomliggande beteendeproblemen. Beteendeförändring/terapi för barn och familjen för att lösa problem var i amerikanska studier de mest effektiva både för barn i riskzonen för fetma och för barn med barnfetma (Pyle, 2006). Dock vet forskare lite idag om effekterna av att behandla barnens självuppfattning och känslor av värdighet. Forskare vet inte om det är varaktigt och om det är en lyckad behandlingsform mot fetma (Morrissette & Taylor, 2002). I svenska behandlingsstudier där man har kunnat se resultat av att fetma har behandlas, har arbetet bestått av tvärprofessionella team med kunskaper inom medicin, psykologi, nutrition, omvårdnad och fysisk aktivitet (Västra Götalandsregionen, 2008).

Svenska resultat visar att läkemedelsbehandling av fetma börjar bli accepterat och intresset för att finna effektiva läkemedel är stort. Dock verkar det vara långt borta att utveckla ett läkemedel som är botande mot fetma. Forskning menar att behandling med läkemedel bör vara kombinerat med psykologisk behandling för att öka läkemedlets effekt. Beteendeterapi har använts i Sverige för att behandla fetma, men anses inte vara fungerande om orsaken är av genetisk art. Medicinska forskare menar att de ekonomiska förluster som fetma leder till i samhället motiverar till varför det bör finnas ett kostnadseffektivt läkemedel (Nowicka & Flodmark, 2006).

Ännu finns inget läkemedel mot fetma för barn. När det gäller barn ser Svenska forskare mer till att arbeta med att förändra livsstilen. När det gäller kirurgi för barn med fetma saknas det undersökningar. I USA opererar man trots detta barn från 16 års ålder. I de flesta europeiska länder avråder man att operera när vetenskapliga studier saknas. I Sverige använder man sig av kirurgi först efter 20 års ålder och när all annan behandling misslyckats, och främst om fetman är livshotande (Nowicka & Flodmark, 2006).

1.3.8 Skolans roll i behandlingen

Den svenska skolhälsovårdens arbete ska ha ett långsiktigt perspektiv med målet att alla elever ska lämna skolan med bibehållen självkänsla och med ett sunt förhållningssätt till kost och motion, för att förhindra följsjukdomar i vuxenlivet. En förutsättning för detta menar Västra Götalandsregionen (2007) är att kommunerna satsar på att ge tillräckligt med tid för elevhälsans personal att arbeta med hälsofrämjande arbete. De ska ha möjlighet att ha samtal med föräldrar och elever i grundskolan och i gymnasiet. Fokus ska vara att se till familjens sociala miljö, barnets självkänsla och fritidsintressen. Man ska även arbeta med skuldavlastning hos elev och förälder, ge råd om gränssättning, stoppa kränkande behandling, se över kost i hem och i skola samt se över skolidrotten (Västra Götalandsregionen, 2007).

I USA rekommenderas att skolor och kommunala organisationer ska ha en integrerad roll i behandlingen av fetma. Skolan uppfattas vara en självklar arena utifrån flera perspektiv. Dels

för att det inte finns någon annan institution som har så mycket kontakt med barnen, barnen får uppmärksamhet, och sen är skolan i sig ett forum för informationsspridning av god hälsa, fysisk aktivitet och vad som händer vid dålig hälsa. Dessa hälsofrämjande faktorer skulle kunna leda till att förebygga övervikten bland barn och unga. Flera studier pekar på att skolan kan spela en viktig roll i en nationell satsning i att förhindra barnfetma (Pyle, 2006).

En amerikansk studie rapporterar att barn och ungdomar uppfattat det som positivt att behandlingen av fetma kan ske i skolan. I en annan studie gav barnen positiv respons till olika behandlingar så länge de var roande, billiga, gav utrymme för varierad fysisk aktivitet och att de var tillgängliga för alla oberoende av vikt. Att gå på diet under barnåren kan leda till en nedsatt självkänsla, depression, växande isolering och känsla av misslyckande. En fokusering för barnet kring att gå ner i vikt kan alltså leda till ökade hälsoproblem bland unga. Behandlingen bör därför vara fokuserad på ett hälsotänkande för alla (Pyle, 2006).

Innan 1990 hade skolbaserade behandlingar i USA fokuserat på att i första hand behandla barnfetma, när barnen redan led av kraftig övervikt. Idag riktas arbetet alltmer på ett förebyggande arbete. Pyle (2006) menar att chanserna ökar till ett lyckat arbete om de förebyggande insatserna påbörjas redan i förskolan, och att arbetet sedan följs under alla skolåren. Det har visats att skolpsykologer kan spela en viktig roll i att skapa stöttande miljöer för eleverna. Detta genom att skolpsykologen har i sin profession en stödjande roll och besitter en position som är informationsgivande, och har möjlighet att ge rekommendationer hur man bör hantera sin vikt (Pyle, 2006).

För att öka barns emotionella och sociala välbefinnande anser en del kuratorer, psykologer, läkare och annan expertis att man ska börja arbeta med att få fram en acceptans för barn och ungdomar i alla storlekar. Att stötta dem i att bygga upp ett självförtroende och de ska få en positiv kroppsuppfattning. Vilket skulle kunna underlätta för dem om de blir utsatta för mobbing, utanförskap och diskriminering. Detta hör till många barns vardag som lever med barnfetma och det krävs en stark karaktär för att utstå detta (Loewy, 1998).

1.3.9 Framtida metoder

För att lyckas i framtiden med att behandla barnfetma menar forskare att det behövs stor förståelse av problemet bland hälsovården och andra professionella, samt mer forskning för att finna effektiva förebyggande metoder (Reilly, 2007).

I Sverige menar Västra Götalandsregionen (2008) att det behövs ett mer effektivt hälsofrämjande och förebyggande arbete för att öka livskvaliteten bland individer. För att få en ökad förståelse av komplexa samband bör det inhämtas mer kunskap om interaktionen mellan hälsa och sjukdom och mellan kropp och själ. Samt en tillsyn till hur olika professioner bör arbeta. För detta krävs ett mer strukturerat och systematiserat arbete på olika nivåer (Västra Götalandsregionen, 2008).

2. PRECISERING AV PROBLEMSTÄLLNING

2.1 Syfte

Studiens syfte är att undersöka skolkuratorers uppfattningar av, inställningar till och föreställningar om barnfetma och barn med övervikt.

2.2 Frågeställningar

Hur beskriver skolkuratorerna arbetet som bedrivs omkring barn med fetma och övervikt?
Vilka psykosociala konsekvenser får fetma och övervikt för barn?

2.3 Definition av begrepp

2.3.1 Barnfetma och övervikt

För barn används normalkurvor som visar hur gränsen för fetma och övervikt förändras med åldern. I Sverige använder man sig av den internationella definitionen av barnfetma vilken är ungefärlig längd + 2,5 standardavvikelse. Det svenska begreppet kallas isoBMI där gränsen för övervikt är isoBMI 25 och för fetma isoBMI 30 (Nowicka & Flodmark, 2006).

3. METOD

3.1 Val av metod

Utifrån vårt syfte valde vi att göra en deskriptiv, kvalitativ intervjustudie. I en kvalitativ undersökning söker man kunskap om informanternas subjektiva upplevelser och beskrivningar (Larsson, 2005). Den metod vi valt är därmed relevant när vi ville få fram kuratorernas uppfattningar av, inställningar till och föreställningar om barnfetma och barn med övervikt. Detta innebar även att vi uteslöt kvantitativa metoder.

Fetma är ett aktuellt ämne i tiden (090421, gp.se) och studeras framförallt utifrån medicinska perspektiv och kunskapen är därmed framförallt medicinsk. Vi ville därför studera ämnet utifrån ett socialt och ett beskrivande perspektiv. En deskriptiv studie har till syfte att ge en förklarande bild av en situation (Holme & Solvang, 1997) vilket möjliggör för oss att få fram en bild utifrån syftet, samt att få svar på våra frågeställningar.

En deskriptiv studie kan röra förhållanden som beskriver nutidens situation, men även dåtidbeskrivningar av tidigare situationer och företeelser. Kuratorerna har i intervjuerna kunnat besvara hur det aktuella arbetet på skolorna ser ut och hur de ser på fetma. Den deskriptiva studien kan både vara beskrivande gällande en enskild aspekt, men också hur samarbetet kan se ut sinsemellan dem (Patel & Davidson, 1997). Därmed har kuratorerna kunnat ge sin subjektiva del av hur de upplever situationen idag, men de har även kunnat berätta för oss hur de arbetar med barnfetma sett utifrån de olika professionerna på skolan.

Genom studien använder vi begreppen fetma och övervikt parallellt. Detta på grund av att vi både studerar förebyggande arbete där barnen har övervikt samt hur arbetet ser ut för de barn

som har fetma. För enkelhetens skull har vi därför valt att använda begreppen fetma och övervikt likvärdigt genom hela studien.

3.2 Urval och tillvägagångssätt

Vi började studien med att göra litteratursökning för att ta fram information om tidigare forskning samt annan relevant litteratur. Denna gjordes genom Göteborgs Universitetsbibliotek, Göteborgs stadsbibliotek, Kungliga Tekniska Biblioteket i Göteborg samt Göteborgs Universitet, Illumnia. Sökord som använts är: obesity, grundskola, child obesity, social work, school, school counselling, barnfetma, fetma. Litteratursökning har sedan skett parallellt med studiens gång.

Efter att vi formulerat ett syfte och frågeställningar började vi leta informanter. Vi avgränsade vår studie till att ha informanter som var skolkuratorer i grundskolan. En geografisk avgränsning gjordes även till Göteborgs kommun. Vi började med att gå in på Göteborg Stads hemsida. Vi fann att det finns 177 skolor varav 128 var möjliga att kontakta via e-post. Vi sände e-post (se bilaga 1) till de 128 skolorna och fick 53 svar. Bortfallet blev därav 49 skolor. Vi kontaktade slumpmässigt de som svarat först och uppgett telefonnummer tills vi hittade sex kuratorer som ville vara med i studien. Utifrån den tid vi har haft och den information som informanterna gav oss bedömde vi att antalet sex kuratorer räckte för studien.

För att få informanter att vilja bli intervjuade är det viktigt att motivera dem till varför just de ska ställa upp på undersökningen (Patel & Davidson, 1997). Det är viktigt att ge informanterna en stegvis och informativ beskrivning innan man kommer till själva intervjustadiet (Kvale, 2007). Vid den första telefonkontakten informerade vi mer tydligt än i e-posten om vårt syfte, svarade på funderingar de hade och berättade varför just de var viktiga intervjupersoner för oss. Vi informerade även om konfidentialiteten, att det bara är vi som genomför studien som vet vem som sagt vad och vilka dem är. Vid kontakten med kuratorerna hänvisade de oss till att ta kontakt med skolsköterskan. De tyckte själva inte att de var så lämpliga att intervjuas. Här fick vi förklara och motivera till varför vi ville göra intervjuer just med skolkuratorer och därefter bokade vi tid för intervju.

De sex kuratorernas arbetsplatser fördelades slumpmässigt över olika stadsdelar i Göteborg. Från början tänkte vi att vi medvetet skulle välja ut kuratorer från olika stadsdelar, men när vi började få svar på vår e-post föll det sig naturligt att börja ringa dem allt eftersom för att boka upp intervjuer. Detta främst för att vara tidseffektiva men också för att låta urvalet bli mer slumpmässigt. Intervjuerna genomfördes på respektive skola.

3.3 Datainsamling och intervjumetod

En av de vanligaste kvalitativa datainsamlingsmetoderna är öppna intervjuer där den som intervjuas ges möjlighet att besvara frågor genom attityder, kunskap, känslor och tankar. (Patel & Davidsson, 1997). Syftet med att använda sig av kvalitativa intervjuer är att få fram informanternas uppfattningar under intervjun (Widerberg, 2002). Metoden är relevant i relation till vårt syfte när vi eftersträvar kuratorernas uppfattningar av, inställningar till och föreställningar om barnfetma.

Genom att intervjua skolkuratorer i grundskolan har vi försökt få fram en bild kring barnfetma och skolkuratorns roll i sammanhanget. Vi eftersträvar att fånga intervjupersonens subjektiva uppfattning genom att den intervjuade besvarar frågorna med sina egna ord. Syftet har inte varit att få fram en sanning utan att se till kuratorernas subjektiva uppfattningar. Därav har vi inte eftersträvat generaliserbarhet och är medvetna om att resultaten inte kan spegla en hel population eller profession.

Utifrån studiens syfte och frågeställningar samt utifrån den tidigare forskningen inom området skapade vi ett intervjuformulär. Intervjuformuläret innehöll öppna frågor (se bilaga 2) för att fånga så mycket som möjligt av kuratorernas perspektiv på barnfetma. Vi valde därför att ha en låg struktureringen av våra frågor för att ge informanterna ett brett svarsutrymme (Patel & Davidson, 1997). Vi ville att informanten skulle tala fritt utan att vi påverkade deras svar och vi var därför neutrala i intervjusituationen.

Inledningsvis använde vi oss av frågan *vad tänker du kring barnfetma?* Det är en bred fråga som ger informanten möjlighet att prata utifrån sig själv och ämnet utifrån ett mer ”generellt” perspektiv. Detta tror vi ökar möjligheten till en god grund i intervjun och kommunikationen mellan oss och intervjupersonen. Vi har till viss del kunnat använda oss av ”tratt-tekniken” där intervjun har sin början i breda frågor som sedan specificeras allt eftersom intervjun löper. Intervjufrågorna har varit korta och koncisa, öppna och inte ledande, neutraliserade samt av typen som inte förutsätter en viss typ av svar (Patel & Davidson, 1997).

Alla informanter gick med på att bli inspelade och efteråt har intervjuerna transkriberats och ljudfilerna raderats. Enligt Larsson (2005) ökar säkerheten av datainsamlingen genom att spela in intervjuer när citat kan användas ordagrant vilket ger en bättre analys (Larsson, 2005).

Kuratorerna har beskrivit hur det aktuella arbetet på skolorna ser ut och hur deras del i barnfetma ser ut. Denna studie kan både vara beskrivande gällande en enskild aspekt, men också hur samarbetet kan se ut mellan de olika professionerna (Patel & Davidson, 1997). Alltså har kuratorerna kunnat ge sin subjektiva del av hur de upplever situationen idag, men de har även kunnat berätta för oss hur hanteringen kring barnfetma ser ut utifrån de olika professionerna som finns på skolan.

3.4 Analysmetod

Efter att intervjuerna transkriberats började vi vårt analysarbete. Vi började först med att dela upp materialet utifrån två perspektiv. Vi sökte efter citat som dels handlade om det professionella arbetet och dels efter citat som handlade om barnen, och konsekvenserna som barnen kan få av fetma. Vi fann beskrivningar av hur arbetet bedrevs men även hur kuratorerna kunde tänka sig ett förebyggande arbete, samt att de såg konsekvenser för barnen ur ett psykosocialt perspektiv.

Efter att vi delat upp materialet i två perspektiv, ett professionsperspektiv och ett barnperspektiv, och läst och begrundat vår empiri började vi söka efter teman i texten. Vi fann återkommande teman som handlade om att barnet påverkades och var utsatt, samt att kuratorerna använde sig av medicinska perspektiv på fetman. Dock beskrev de problematiken med flertalet sociala och psykosociala konsekvenser. Deras reflektioner kring detta

uppfattades som ett annat tema, vilket gjorde att vi fann fler intressanta teman. Slutligen bestämde vi oss för att utgå från teoretiska begrepp i vår analys när vi såg hur kuratorerna talade om stigmatisering och synen på ämnet kunde tolkas utifrån medikalisering och reflexivitet. Att det blev dessa tre begrepp berodde på att kuratorerna dels hade både ett socialt och medicinskt perspektiv på barnfetma vilket gjorde att begreppet medikalisering blev aktuellt. Reflexivitet för att det var intressant att titta på hur de ställer sig till ämnet utifrån att de ser ett socialt perspektiv och att deras profession också har ett sådant. När kuratorerna beskrev bland annat mobbing och isolering såg vi att det var stigmatisering de talade om utifrån barnperspektivet.

I analysen har vi valt att använda oss av ett processtänkande när vi analyserar och tolkar begreppen utifrån reflexivitet, medikalisering och stigmatisering. Vi har valt att studera sammankoppling och övergången sinsemellan dessa tre. Vi upptäckte kopplingar om hur reflexivitet kan påverka medikalisering genom att kuratorerna besitter kunskap om ämnet och ser de psykosociala konsekvenser detta kan leda till. Övergående ledde det oss vidare till medikalisering som behandlar ett problem medicinskt, trots att kuratorerna upplevde barnfetma som ett kombinationsproblem. Vidare har medikaliseringen tagit oss till den sociala och psykosociala problematiken och vad som kan uppstå kring ett barn som lever med övervikt. Stigmatisering blev alltså för oss aktuellt begrepp där vi kunde lyfta fram barnets perspektiv i analysen.

3.5 Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet

Reliabilitet handlar om att se om man skulle få liknande resultat om någon annan gjorde en liknande studie (Svenning, 2003). När vår studie är baserad på informanternas egna upplevelser är det svårt att ha en hög grad av reliabilitet. Dock har vi i vårt material kunnat urskilja liknande uppfattningar bland våra informanter vilket till viss del kan styrka att materialet har en viss reliabilitet. Vår avsikt har inte heller varit att studien ska presentera en sanning utan vi är medvetna om att vårt resultat endast kan stå för de informanter vi haft.

Validitet innebär att se om ens studie stämmer överens med verkligheten, att man mätt det man tänkt mäta (Svenning, 2003; Kvale, 1997). För att stärka validiteten i vår studie har vi varit tydliga med att presentera hur vi gått tillväga när studien gjorts och tydligt presenterat vår förståelse. Vi har även stärkt validiteten genom att i analysen använda oss av citat från informanterna och haft dessa som utgångspunkt i resultatet. Detta är det vanligaste sättet att redovisa resultatet och ett sätt för läsaren att se att tolkningarna överensstämmer med empirin (Kvale, 1997).

3.6 Etiska reflektioner

Vid det verbala samtycket mellan oss och intervjupersonerna har vi informerat om undersökningens syfte och vad det innebär att delta. Kuratorerna har varit medvetna om att de har möjlighet att dra sig ur när som helst från vår studie. Den empiri vi har tagit del av från kuratorerna har varit privat och konfidentiell. Vi informerade i samband med samtycket om hur vi skulle hantera materialet vi erhållit från intervjuerna och om konfidentialiteten.

Det är viktigt att man tar med sig de etiska reflektionerna under uppsatsens alla stadier, inte bara i mötet med intervjupersonerna, så att konfidentialiteten säkras (Kvale, 1997). Genom att

inte skriva ut kuratorernas namn eller arbetsplats och heller inte definiera dem tydligt på annat sätt än att symbolisera deras svar genom att namnsätta dem till bokstäver, bevarar vi deras anonymitet. För att materialet ska vara konfidentiellt bestämde vi i samråd med vår handledare att vi endast anger att kuratorerna är verksamma inom Göteborgs kommun. Detta innebär att vi låter konfidentialiteten vara viktigare än forskningen då vi väljer bort att genomföra analyser av olika kurators beskrivningar utifrån de stadsdelar de är verksamma i. Vi tänkte även i början av uppsatsen igenom de konsekvenser som studien skulle kunna innebära för de deltagande för att kunna undanröja oetiskt handlande redan från början.

4. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

4.1 Det professionella perspektivet utifrån Reflexivitet

Begreppet reflexivitet grundar sig i sociologin när det är ett centralt begrepp i Giddens (Johansson, 1995) struktureringsteori. Begreppet används för att förstå hur människan ständigt är medverkande till att strukturera den sociala verkligheten. De motiv människan har och hur de livsplaner människan gör utformas av den sociala kontext den tillhör och medverkar till att utforma.

Grundtanken i reflexivitet i det moderna samhället kännetecknas av självmedvetenhet där människan är beroende av att förstå både sig själv, andra, och samhället. Begreppet reflexivitet används för att påvisa att människor har en förmåga att använda sig av sina kunskaper bland andra och hur den sociala verkligheten är konstruerad, vilket också innebär att människan kan påverka och förändra den (Johansson, 1995).

Giddens menar dock inte att människan hela tiden gör rationella antaganden om den sociala verkligheten och är medveten om varför de handlar på ett visst sätt, utan istället poängterar han att människan är aktiva medskapare. Han menar att människors förmåga till reflexivitet styr hur man bör se på sociala fenomen (Johansson, 1995).

Det finns flera olika typer av reflexivitet, bland annat självreflexivitet och institutionell reflexivitet. Självreflexiviteten innebär hur människan väljer att utforma sina livsplaner och institutionell reflexivitet om hur nya kunskaper hela tiden införlivas i det vardagliga vetandet och på så sätt bidrar till social förändring. Giddens menar på att den senare reflexiviteten är starkt kopplad till moderniteten. Den ger en frigörelse från gamla traditioner och rutiner och leder till ett reflexivt förhållningssätt till livet. Den tredje typen Giddens diskuterar är den utopiska reflexiviteten. Den har till sitt syfte att förändra samhället och det skulle genomföras i samband med de nya rutinerna som skapas (Johansson, 2002).

Giddens teori grundar sig i antaganden om att människan har en förmåga att reflektera och reglera sina handlingar. Trots att individer dock inte ständigt tänker kring hur de handlar så kan de presentera någon form av förklaring med teoretisk anknytning. Denna behöver inte nödvändigtvis vara korrekt med den kan bidra till att förstå en människas handlingar (Johansson, 1995).

4.2 Det professionella perspektivet utifrån Medikalisering

Medikaliseringsbegreppet kommer ifrån den medicinsk sociologiska vetenskapen. Medikaliseringsdiskursen fick sin grund från Parsons, Foucault samt ett antal studier på sjuttio-talet. Parsons talade om medicinen som en institution för social kontrollering och att individen hade krav att anpassa sig till en sjukroll med alla dess förväntningar. Foucault talade om utveckling av medicin- och behandlingsmetoder för att kunna namnge, bedöma och skilja individer åt (Lindqvist, 1997).

Begreppet medikalisering kan definieras som en process där fenomen och förhållanden blir till objekt för medicinsk kontroll och medicinska avgöranden. Synsättet är att symptom och sjukdomsbesvär tolkas inom den medicinska ramen. Ur ett historiskt perspektiv har tidigare fenomen som till exempel lösdriveri och alkoholmissbruk förklarats i medicinska termer. Detta gick senare över till att diagnostiseras som social problematik. Då gränserna ständigt förskjuts mellan vad som är normalt och vad som är avvikande, vad som anses sjukt och vad som anses friskt, betyder det att vårt synsätt också förändras i takt med detta. Idag kan detta översättas med att vi sätter medicinska beteckningar på smärttillstånd i muskler och leder, psykosociala stresstillstånd, läs- och skrivsvårigheter och infertilitet. Detta innebär att det finns en syn att hälsa och välbefinnande ska tillgodoses av sjukvården (Lindqvist, 1997).

Lindqvist (1997) menar på att medan den faktiska sjukdomen finns där är det beroende på vad vi människor tycker om den och gör åt den som påverkar hur den inverkar på oss. Han menar att medikaliseringsprocessen öppnar upp för politiska hänsynstaganden och för andra med olika intressen. Medikaliseringsprocessen består först och främst i att definiera och förstå ett problem som medicinskt och ofta också att använda en medicinsk hantering för att lösa det. Det är däremot inte alltid tvunget vara medicinsk personal som löser problemet. Det finns fenomen som avmedikaliseras efterhand när problemet inte längre anses vara av medicinsk art och som inte heller åtgärdas medicinskt (Lindqvist, 1997).

4.3 Barnperspektivet utifrån Stigmatisering

Inom den socialpsykologiska vetenskapen har det gjorts en hel del arbeten kring begreppet stigmatisering. I samband med kliniska undersökningar har begreppet vidgats och varit användbart på fler kategorier av individer. Goffman (2003) har använt begreppet för att se vad det tillför sociologin. Han menar på att det är samhället som avgör hur människan väljer att dela in andra människor i kategorier och vilka egenskaper som är vanliga och accepterade inom varje kategori. Dessa sociala spelregler som skapas gör att vi kan vara säkra på vad vi kommer att möta inom varje kategori och på så sätt skapar vi normativa förväntningar. Begreppet stigma kommer ifrån när någon i kategorin har en egenskap som skiljer sig från övriga i samma kategori. Detta betyder att den avvikande har ett stigma, och det kallas i synnerhet ett stigma om det för med sig negativa effekter. Personen blir vanligen sedd som ovanlig och kan bli eller blir utstött (Goffman, 2003).

Det finns tre typer av stigma. Den första är kroppsliga missbildningar, den andra är personliga egenskaper och det tredje innefattar sådant som religion, nation och ras. Goffman (2003) menar på att i grunden ses personen med stigmat inte som fullt mänsklig. Därmed använder sig människor av diskriminering för att minska personens livsmöjligheter (Goffman, 2003).

Stigmaproblemet uppkommer först när alla inom en viss kategori inte bara håller på en viss norm utan även tillämpar den. Personer som är stigmatiserade kan ta till åtgärder för att försöka rätta till sin brist. Detta kan leda till att de blir utnyttjade när andra mot betalning tror sig kunna hjälpa denne, eller genom att försöka klara aktiviteter som är omöjliga. En annan möjlighet är att denne bryter med verkligheten och inte ser sin egentliga identitet (Goffman, 2003).

Samhället och människor skapar identitetsnormer och Goffman (2003) menar att det skapas människor som avviker och människor som efterlever dessa normer. Stigmatisering bör ses som en process där människan ibland spelar den ”normale” och ibland den stigmatiserade någon gång under livet beroende på vilka normer som finns i olika situationer och tider. Vissa stigman kan dock vara livslånga och präglade hela personens liv (Goffman, 2003).

5. RESULTAT OCH ANALYS

5.1 Det professionella perspektivet utifrån reflexivitet

Flera av kuratorerna anser barnfetma som ett problematiskt område med flera olika sociala dimensioner. Kuratorerna definierar barnfetma som ett ämne som är aktuellt och i tiden, samt ett ämne som de har en föreställning kring, men som ännu inte har några tydliga riktlinjer kring hur man bör arbeta och behandla. Kuratorerna upplever att det rådande arbetet kring barnfetma är fungerande och de uttrycker inte att de upplever att en förändring måste ske. Dock har de en föreställning om att det finns andra aspekter på barnfetma än de som är gällande idag, men inte att de besitter makten att skapa förändring. Enligt Johansson (2002) är det medborgarna i ett samhälle som är kapabla till att påverka utformningen av samhället och därmed också de som har möjligheten att få till en förändring (Johansson, 2002).

Kopplingen till syftet kan under den reflexiva processen tydliggöras då vi tolkar kuratorernas upplevelser och föreställningar om barnfetma. I relation till den reflexiva processen uppfattar de barnfetma som ett kombinationsproblem av social- och medicinsk karaktär. De berättar sina tankar kring övervikt som ett medicinskt fenomen, frånsett något undantag.

I intervjuerna framkommer det att kuratorerna har inskaffat medicinsk kunskap om fetma. I talet om fenomenet refererar de till denna kunskap som de upplever som sanningar, samtidigt framkommer inte att deras utsagor är grundade på kunskap som de inhämtat från forskning eller studier. Detta är något som kan tolkas som att de använder sig av kunskap som de fått genom vetenskaplig kunskap, framförallt medicinsk, men även från andra icke vetenskapliga källor. Detta tolkas som att kuratorerna har ett reflexivt förhållningssätt till fetma.

”Idag säger man ju... jag vet inte vilka forskningarna man ska hänvisa till här, men man säger att det är ett underklass fenomen i världen. Fattighetsproblem. Att man äter dålig mat och får kraftig övervikt”.

Citatet är ett exempel på att kuratorn förhåller sig reflexivt i frågan om fetma. Kuratorn försöker göra hänvisningar till forskning, men vet inte riktigt vad som ska refereras till utan använder istället ”man säger”.

Kuratorerna uttrycker sin föreställning kring barnfetma och att det utvecklats till en folkhälsosjukdom. Dock har vi svårt att tolka att kuratorerna arbetar aktivt med det ur ett socialt eller psykosocialt perspektiv utan att de istället har en föreställning om barnfetma som något som finns med i periferin när de arbetar med andra frågor. Informanterna beskriver dock att de upplever att elever med fetma behöver stöd. En informant förklarar sin situation och menar att tidsbristen har gjort att arbetsfördelningen blivit att det är skolsköterskan som tar upp problemet. Skolsköterskan blir då även den som tar hand om den sociala och känslomässiga biten kring fetman. En annan kurator beskriver sin föreställning till varför det finns psykosociala orsakssamband:

”Men, tittar man nu på dem här riktigt smällfeta människorna i världen så handlar det faktiskt om att de har ätit sig så stora, det är ju stora, stora mängder livsmedel som slukas. Det är inte medicinskt, alltså rent biologiskt... så, så jag tror att det väldigt ofta handlar om en psykosocial faktor”.

Kuratorerna beskriver hur barn med fetma uppmärksammas på de återkommande kontroller som görs av skolsköterskan. Johansson (2002) ser dagens medicinska diagnostisering utifrån att människors fetma måste hanteras på något sätt. Både hjälparna och personen med fetma behöver redskap för att förstå och kunna bli hjälpta eller hjälpa. Därmed skapas det hela tiden nya begrepp så man lättare kan kategorisera och diagnostisera, och sedan utefter det placera in olika symtom och tillstånd. Därefter kan diagnosen bemötas med en lämplig metod. Det kan på så vis hjälpa människor att få svar på varför de är som de är trots att många diagnoser idag är objektivt oemotsägliga i läkarvetenskapen (Johansson, 2002). Kuratorerna använder sig av ett reflexivt förhållningssätt när de uttrycker en positiv inställning till att kunna hjälpa dessa barn genom att använda sig av samtal och att arbeta förebyggande i grupp. De ger sin upplevelse att de har kunskap om hur man bedriver psykosocialt arbete, men när det handlar om barnfetma är det inte deras profession som är ingången kring hanteringen och att det därmed inte ligger på deras ansvar att ta itu med det. Flera av kuratorerna uttrycker en önskan om att man kunde se mer till bakomliggande faktorer kring barnfetma, men de uttrycker inte att det då skulle var dem som hade hand om dessa barn. På frågan om varför det är skolsköterskan som har ansvaret för dessa barn beskriver Kurator E det på följande vis:

”Delvis beror det på att det är en medicinsk grej... hon har ju lite mer kunskap... även om jag kan lista ut att man inte ska äta panpizza varje dag”.

Att kuratorernas reflexiva process inte fått några direkta pratiska konsekvenser kan förstås som att det slutligen handlar om deras förmåga att hämta information och att använda den (Johansson, 2002). Kuratorerna besitter en allmän uppfattning kring barnfetma, delvis kunskapsbaserad och delvis erfarenhetsbaserad, där de upplever att de skulle kunna hantera fetma med psykosociala metoder, om det låg på deras bord. Detta överensstämmer med Johanssons (2002) beskrivning av reflexivitet. Det innebär inte något entydigt vetande utan det är individen, kuratorn, som skapar tankar i relation till rådande vetande och kunskap.

Även om det är den medicinska kunskapen som verkar ha företräde så finns det även sociala dimensioner av fenomenet. Kurator B beskriver barnfetma som ett samhälleligt problem med en uppfattning att det är högaktuellt och växande och en viktig fråga att jobba med, men beskriver inte närmare vilken profession som är mest lämplig för arbetet. Kuratorn uttrycker inte heller att det är skolkuratorns ansvar att ta itu med barnfetma:

”Det är jätteviktigt att arbeta förebyggande och att identifiera de här barnen tidigt i skolan, jag tror man borde se de redan i förskolan, när de kommer hit.”

Vi tolkar det som att kuratorernas föreställning och inställning till fenomenet är att det är skolsköterskans uppgift att arbeta med. Tre av informanterna upplever det som att det är viktigt att arbeta i elevhälsoteam kring detta ämne varav två gör det i dag. Ett av dessa team är på uppbyggnad där man arbetar med att ta fram rutiner för att på sikt arbeta kontinuerligt utifrån hälso-, pedagogiskt samt socialt perspektiv kring elevhälsa. Det finns inget uttryck för att de saknar kunskap men att det saknas tydliga arbetssätt kring barnfötma i skolorna.

De finns flera typer av reflexivitet och de hänger ihop med varandra men skiljeaktigheten är de olika utgångspunkterna. Självreflexivitet och institutionell reflexivitet handlar om att reproducera det som redan finns och hjälper människan att anpassa sig till strukturella förändringar (Johansson, 2002). Vi skulle kunna tolka kuratorernas kunskap och förhållningssätt kring barnfötma att arbetet som bedrivs även skulle kunna behandlas och arbetas med utifrån ett psykosocialt perspektiv, men att ingen gör det. En önskan om att använda sig av ett mer utopiskt reflexivt förhållningssätt skulle kunna tolkas från Kurator E som uttrycker i intervjun att om en förändring inom skolan i arbetet kring barnfötma skulle ske skulle det kunna göras med hjälp av:

”Alltså jag vill... Egentligen är det väl saker och ting som behöver ske organisatoriskt, även på nationell nivå...”

Citatet beskriver hur kuratorn upplever den reflexiva processen. Kuratorn uttrycker en föreställning om att om en förändring ska kunna ske måste frågorna tas upp på en högre nivå än den nivå som kuratorn själv befinner sig på. Kuratorns uppfattning kan tolkas som att det dagliga arbete som utförs inte går att förändra utan att det kommer riktlinjer från instanser som exempelvis skolverket, utbildningsutskottet och utbildningsnämnden. Frågan är så omfattande och drabbar fler och fler vilket kan tolkas leda till att det krävs övergripande förändringar och att varje enskild skolkurator inte kan göra någon skillnad.

Kurator C ger en föreställning om hur arbetet skulle kunna se ut och hur kuratorn upplever det som att föräldrarna skulle kunna få en möjlighet till ett mer reflexivt tänkande så här:

”Jag skulle nog vilja att man jobbade mer strukturellt med elevhälsan och också föra ut information till föräldrarna”.

Kurator E i sin tur berättar om det arbetet som bedrivs idag till att informera barn och ungdomar i klasserna kring olika ämnen. Dock tolkar vi det som att Kurator E upplever tidsbristen som rådande orsak att dessa ämnen inte diskuteras i klasserna och med eleverna. Kurator E berättar vidare att det istället tas upp på föräldramöten om vad som är nyttigt att äta och inte.

Vi tolkar skolkuratorernas arbete idag utifrån den reflexiva typen att förändra och handla utifrån det som redan finns, och några talar om att utveckla samarbetet mellan de verksamma professioner som finns inom skolan. En del av kuratorerna upplever det som att när skolsköterskan är den som träffar eleverna borde denna i så fall skicka ut signaler till andra professioner. Kuratorerna beskriver att den föreställning som finns idag har lett till att det ofta

är lättare för eleverna att besöka skolsköterskan än skolkuratoren. Därmed har vi kunnat tolka att det finns en uppfattning att skolsköterskan bör delegera arbetet utifrån vilken profession som är mest lämplig.

Kuratorerna beskriver hur det kommer upp ny kunskap om mänskliga företeelser som inte behöver vara sjukdom i ett medicinskt avseende. En kurator upplever fenomen, bland annat barnfetma, som ett ämne som kan vara svårt att släppa på mellan professioner och se till vad som ska höra till vems bord. Därmed kan ett reflexivt synsätt gentemot kunskap som inte ligger under professionens kunskapsområde leda till att arbetet aldrig delegeras till andra tillämpbara professioner. Kurator B uttrycker:

”Jag tycker att då det kan vara lättare för många barn att gå till skolsköterskan än att ta första steget att gå till skolkuratoren... eller skolpsykologen... då borde ju skolhälsovården vara någon slags vad ska man säga... ja... länka till andra professioner som kan komma in”.

Vi tolkar det som att kuratorn önskar att skolsköterskan skulle ha större förmåga att förklara och använda sig av de övriga professionerna i teamet. Kuratorn upplever det som att det är relevant att tillta andra angreppssätt än det medicinska.

Utifrån att kuratorerna inte ser sig själva som en självklar profession att arbeta kring dessa frågor leder detta till att det går att se en koppling till medikalisering. Att tillstånd som kan vara av flera dimensioner tolkas och behandlas medicinskt trots att det kan finnas andra orsakssamband.

5.2 Det professionella perspektivet utifrån medikalisering

Medikalisering innebär att ett medicinskt förhållningssätt används för att förklara eller förstå ett fenomen som skulle kunna ha andra förklaringsgrunder, exempelvis sociala. Bland de sex kuratorerna upplever samtliga att barnfetma är en kombination av ett medicinskt- och socialt problem. Kurator D upplever det som att det medicinska och sociala sambandet i samhället har lett till att vårt medvetna börjar förändra synen kring barnfetma. Kurator F och Kurator C har nästan aldrig stött på barnfetma i sin profession och Kurator F upplever det kunna vara en utav anledningarna till att Kurator F inte heller tänker på det. Trots att de inte arbetat med det ur ett socialt perspektiv uppger samtliga kuratorer ha en föreställning om barnfetma som ett socialt problem. Kurator D säger:

”Jag skulle vilja att rent generellt att man fick hjälp, att man fick upp ögonen för att det faktiskt handlar om sjuka beteenden. Inte bara se att handlar om en tjock person eller ett tjockt barn, eller liksom utan att man faktiskt tittar bakom det också. Varför, det är ju bara symptomet så att säga.”

Enligt Lindqvist (1997) är det vi människor som tar till oss symtomen kring ett sjukdomsbesvär och som sedan väljer att besluta vad vi ska tycka om det och hur vi låter det påverka vårt liv (Lindqvist, 1997). Som ovan skrivet upplever de intervjuade kuratorerna att det är ett kombinationsproblem. Kurator C och Kurator F beskriver att arbetet kring barnfetma ligger på skolsköterskans bord. Kurator C utvecklar och beskriver att det är skolsköterskan som läser bvc-journalerna och kuratorns inställning är att det då även är den som har och ska ha hälsosamtal i klasserna. Skolsköterskan har samtal med föräldrarna om kost, motion och hälsa. Även gymnastikläraren, lärarna i hemkunskap och livskunskap är involverade i det

informationsutgivande arbetet. Detta kan tolkas som att kuratorerna inte upplever att de behöver vara aktiva i arbetet kring barnfetma, men att de kan vara det om det efterfrågas. Vi tolkar deras inställning till sin yrkesroll inte vara lika självklar som andra professioners i arbetet kring barnfetma, utan att de har hand om frågor av annan art. Kurator E beskriver sig arbeta med frågor rörande kränkande behandling och Kurator C med frågor gällande mobbing.

En del av kuratorerna tolkar vi vara positiva till ett förändrat arbetssätt kring hanteringen av barnfetma. Kurator B säger att det absolut inte är enbart ett medicinskt problem, utan att det är starkt relaterat till ett socialt och psykologiskt problem. Kuratorn upplever även att:

”... utifrån min profession skulle jag verkligen kunna jobba tillsammans, i team”

I ett rehabiliterings arbete kan det enligt Lindqvist (1997) finnas flera olika sammansatta samarbetskonstellationer. Detta även om problemet definieras som medicinskt, behandlas medicinskt och språket kring fenomenet är av medicinsk karaktär. Det behöver inte endast vara medicinsk personal som behandlar fenomenet trots detta. På skolan där Kurator B arbetar svarar kuratorn på frågan hur arbetet ser ut idag genom:

”Ja det vet jag är vår skolsköterska som har hand om de ärenden som finns nu...”

Detta skulle kunna förstås som en förklaring till varför inte skolkuratorerna arbetar med barn med övervikt. Vi tolkar det som att det till stor del finns en inställning bland dem att det är skolsköterskans uppgift. Skolsköterskan är den som har en kontinuerlig kontakt med barnen och den som även arbetar med barnfetma genom samtal med föräldrar och i klasserna. Även andra professioner som gymnastiklärare och hem- och livskunskapslärarna är involverade. Kontentan kan tolkas till att skolkuratorerna inte blir inblandade i arbetet med barnfetma trots att de upplever och beskriver sin inställning till problemet som medicinskt och socialt.

Informationen om att ett barn lider av barnfetma kommer inte från eleven själv. Det uppmärksammas oftast av skolsköterskan men även av pedagogerna när det börjar påverka skolarbetet och undervisningen. De skolkuratorer som dock har arbetat med barnfetma har haft andra ingångar till det. Det har kommit upp i samband med samtal med elever angående annat eller vid situationer så som mobbing eller liknande. Kurator A, Kurator C och Kurator F berättar varför det är skolsköterskan som har hand om arbetet med dessa barn och är den som uppmärksammar det:

”Det är ett sånt här självklart område för skolsköterskan som tar emot bvc-journaler”

”Jag tänker inte så mycket kring barnfetma. Det är inget som är på mitt bord. Det kommer aldrig till mig här.”

”Har aldrig jobbat med det. Jag vet att skolsköterskan arbetat med det, men jag har aldrig jobbat med det som socialare eller kurator.”

På grundskolorna arbetar kuratorerna nära skolsköterskan och de arbetar även i team runt eleverna. Dessa team består av flera olika professioner som arbetar med elevhälsa utifrån ett hälso-, socialt och pedagogiskt perspektiv. En kuratorskontakt när det gäller barnfetma har

endast uppstått när ingången varit av annan social problematik. När det gäller barnfetma är det medicinska perspektivet som uppfattas vara det centrala, och skolkuratorerna ser inte detta som fel tillvägagångssätt för att nå fenomenet. Dagens välfärdssamhälle är uppbyggt så att människor ofta måste ha ett medicinskt beslut och få remiss för att få tillgång till insatser av social, pedagogisk, rättslig och administrativ art. Det är den medicinska världen som står för sociala värden och normer. Samhälleliga stöd och hjälpinsatser, försäkringar och domstolsbeslut bland annat kräver ofta medicinska beslut (Svensson, 1993). Kurator B förklarar hur en föreställning om ett önskat arbete skulle kunna se ut:

”Jag skulle vilja att skolhälsovården blev någon slags spindel i nätet på något sätt... som skickar ut signaler till elevhälsoteamet”.

Kurator D vill vidga synen när det gäller både svält, överkonsumtion av kost och psykiska sjukdomar. Att man borde se bakom personerna när fetman bara är symptom på underliggande problem:

”Jag skulle nog vilja rent generellt att man fick upp ögonen för att det faktiskt handlar om sjuka beteenden... Jag skulle nog istället vilja att man vidgade synen på det, så att man kommer åt vad det egentligen handlar om, det är klart att det är primärt att ungen stoppar i sig för mycket, men varför gör man det? Vad är det som ligger bakom det? Det är väl det jag tänker att det skulle väl gynna hela världen om man tänkte så”

Svensson (1993) pekar på att fenomen som fetma, alkoholism, ålderdom, sorg, trötthet och andra beteenden som kan tänkas leda till sjukdom har blivit medicinska intressen. Genom att användningen för begreppen prevention och riskgrupper ökat har det medicinska perspektivet breddats. När den medicinska tekniken ständigt utvecklas ger det möjlighet till att behandla tillstånd som tidigare inte varit föremål för medicinska diagnoser (Svensson, 1993). Inställningen hos Kurator D till fetma är att det inte är något som direkt leder till sjukdom och gör en jämförelse med att vara underviktig:

”Alltså anorexi skördar ganska många liv i Sverige fortfarande... och det tar längre tid att äta ihjäl sig... därför så tror jag att det inte är lika tydligt på något sätt”.

Kurator D skiljer sig från övriga kuratorer i sitt svar gällande om de sett barnfetma förekomma på befintlig skola och berättar att fetma inte har setts på skolan. Övriga kuratorer har sett barnfetma även om de inte aktivt arbetat med det. Kurator D säger att problemet aldrig uppstått på skolan och därför uppmärksammas heller inte problemet. Fortsättningsvis berättar Kurator D att man på skolan upplever det nästan som motsatsen, att problemet ligger på att se till att eleverna inte är för smala. Det skulle vara först om det kommer till fakta att fetman är farlig som de skulle reagera, inte på grund av utseendemässiga skäl.

När kuratorerna uttrycker att det delvis sker en medikalisering av barnfetma och de uttrycker att deras uppfattning är att det leder till sociala konsekvenser, tolkar vi det som att medikalisering kan leda till stigmatisering. Detta i avseendet om man genom att diagnostisera barnfetma som medicinskt försummar att behandla de sociala konsekvenser som det kan orsaka.

5.3 Barnperspektivet utifrån stigmatisering

Samtliga kuratorer har en inställning till att barn som lever med fetma får sociala konsekvenser och upplever det som ett problem då en elev skulle kunna bli utsatt för mobbing eller dylikt. Kuratorerna uppfattar det som att det skulle kunna uppstå konsekvenser såsom en individuell problematik för en elev som blir utsatt för det i skolan. På individ nivå uttrycks problematiken i isolering, ensamhet och att de får en låg självkänsla. De sociala konsekvenser kuratorerna föreställer sig på gruppnivå är att barnen med fetma hamnar i ett utanförskap, blir mobbade och utsatta. Kurator A beskriver sin föreställning om relationen och problematiken mellan barnen på skolan så här:

”Jag menar barn är inte snälla med varandra...de är väldigt fula i mun och jag menar är du kraftig nog får du höra att du är tjock och att du är alla möjliga saker och de känner sig utanför och jag menar det är inte bra för självkänslan heller. Det samhälle vi lever i det är ju inte en modell, det har funnits tider då det var ett skönhetsmodell och något man strävade efter, det är det inte idag. Det kan bli ett utanförskap. Det är så det finns någon gruppdyamik som gör att de som är lite udda de håller man utanför för att de...det är lite skrämmande och man vill inte dras med i det här udda...utanförskapet så det är...ja det är mycket att jobba på för att få eleverna att acceptera varann för hur de är och jag menar de är så påverkade av allting...man ska ha rätt kläder man ska ha rätt grejer och man ska ha...ja...alla de där påtvingande normerna på något sätt och de är så medvetna om det, de är väldigt medvetna om vad de gör med varann. Nu har jag fryst ut henne och förut var det jag som var utanför och det är också...det är ett sådant tryck också på de.”

Vi kan tolka citatet som att mobbing är en vanligt förekommande problematik på skolor och att det beror på flera saker inklusive barnfetma. Kurator A upplever det som att samhället idag även återspeglas i skolan och att det som är stigmatiserande i samhället även är stigmatiserande i skolan. Flera av kuratorerna tar upp mobbing som en följd av barnfetma och att mobbing kan uppstå i samband med att barn blir diskriminerade av olika orsaker. Goffman (2003) beskriver varför diskriminering sker utifrån sin definition av stigma. Hans definition av stigma är att man tror att personen med ett stigma inte är fullt mänsklig. De som anser detta tar därmed till diskriminerade handlingar för att effektivt kunna minska livsmöjligheterna för dessa personer. Kurator C tar upp sin upplevelse av hur viktigt det är för barn och ungdomar att anpassa sig och passa in i gruppen för att bli bekräftade:

”Vi lever i en ganska utseendefixerad värld...och det är ju barn som är inne i en förpubertet och en pubertet där man tänker mycket på vem man är och vem man är i gruppen och att...att vara någon som avviker på gruppen hur det blir för en, alltså det är ju saker som kan ätas in i självkänslan och som man kan få dras med länge”.

Vi kan tolka det som att Kurator C syftar på att den idealisering som finns i samhället är liknande den idealiseringen som finns i skolorna. Alla informanter ser isolering som en social konsekvens av barnfetma. Att uppleva isolering kan leda till konsekvenser och följder som depression, ångslan och ökad misstänksamhet. Detta i relation till att en människa inte får den dagliga stimulans som det sociala samspelet ger (Goffman, 2003).

Kurator C tar upp barnets upplevelse av att vara tjock och dess kamraters upplevelser:

”Och sen är det ju så här med om man upplever sig själv som tjock och om andra upplever sig själv som tjock...det har ju inte så mycket med det medicinska eftersom man kan uppleva sig själv som hur stor som helst...utan att det syns på ens längd och vikt kurva och andra kan uppleva det också.”

Enligt Goffman (2003) behöver inte en person själv uppleva att denne har ett stigma, utan kan få det tillskrivet av andra och kan på grund av det uppleva skam. Personer utan stigma kan alltså skapa sig en självbild trots det att stigmat inte existerar. En av kuratorerna har upplevt liknande problematik fast uttrycker att det har en annan form:

”Det kan också bli att man blir den negativa ledaren och utsätter andra...att det blir så att...går omkring och funderar, bestämmer och andra vågar inte säga emot, det handlar inte bara om storleken på eleven i fråga utan också att man tar sig ett annat mandat, man liksom såhär bröstar upp sig litegrann och blir stor och stöddig”.

Två av informanterna tar upp framtida problem. De menar att barnfetma kan ödelägga en persons liv och att barn som är emotionellt eftersatta och som har föräldrar som inte har tid eller mår bra, kan får övervikt och inte trivs så bra med sig själva, vilket kan leda till framtida problem. Goffman (2003) skriver att individens psykiska integritet påverkas av om man lyckas eller misslyckas med att uppfylla normer. Det finns samhällseliga normer som kan tillgodose av de flesta medan det finns andra normer som nästan alla någon gång inte kan uppfylla. Dessa normer rör det fysiska utseendet och ideal. De normer som de flesta lyckas uppfylla leder till att fler människor kommer att misslyckas. Även om ett samhälles allmänna identitetsvärden inte syns i en ren form präglar den ändå människans vardag. Han säger också att under faser i livet och i vissa situationer upplever människor både att vara den stigmatiserade och den ”normale” personen. De människor som dock bär utmärkande egenskaper kan uppleva att deras stigma präglar livet och uppleva sig som den stigmatiserade i de flesta situationer. Kurator C uttrycker att om ett barn blir utsatt på grund av något avvikande kan detta påverka personen i ett längre perspektiv även om det avvikande inte längre finns. Detta när det redan har påverkat självkänslan negativt. Kurator D tar också upp sin uppfattning att dagens samhälle påverkar vår psykiska hälsa och att det vi drabbas av eller tar oss till ligger på ett psykiskt plan, som bottnar i dagens levnadssätt:

”På något vis går samhället i en allt snabbare takt...och det får effekter på oss människor, det blir avarter, man måste liksom ta till saker för att få ner ångestnivån. Vissa äter ihjäl sig, vissa svälter ihjäl sig, andra får liksom psykiska sjukdomar, det här är bara ett symptom tänker jag”.

Vi tolkar citatet som att kuratorn har en föreställning om att samhällets barn har höga förväntningar på sig och ideal att leva upp till och att detta leder till psykosociala konsekvenser för barnen. Goffman (2003) beskriver detta utifrån att samhället och människor skapar identitetsnormer och att det därmed skapas människor som avviker och människor som efterlever dessa normer.

Kurator F ser en familjeproblematik i barnfetma. Kuratorns inställning är att det är viktigt att arbeta kring familjeproblematiken när det gäller skadlig barnfetma. Kuratorn har upplevt att problem har uppstått kring ämnet när kuratorn har försökt att möta barnfetma med familjen,

men när dessa inte upplever det som ett problem. En annan informant tar här även upp hur kulturen kan påverka de normer vi lever efter:

”Sen kan det handla om hur man...vilken kultur man har hemma, vad man ska äta och hur man ser på det. Har man ett fattigt eller rik...om man tycker att det är ett tecken på välstatus, så kan det ju vara i andra kulturer, att man proppar i barnen, det är ett tecken på välstånd beroende på hur fattig man varit innan man kom till Sverige kanske”.

Citatet förstår vi utifrån att kuratorn har en föreställning om att en familjekultur kan leda till stigmatisering om man befinner sig i en situation där det förväntas ett visst beteende. Hur vi delar in människor i kategorier och vilka egenskaper som ska vara vanliga och ovanliga i varje kategori menar Goffman (2003) bestäms av samhället. Vi vet vad vi kommer att möta inom varje kategori på grund av de sociala spelreglerna som finns i miljön, vilket gör att vi inte behöver fundera kring det. Med utgångspunkt i detta skapar vi normativa förväntningar

Kurator F uttrycker att om familjen inte ser barnfetman som ett problem är det motivationsarbete man bör bedriva med familjen. Detta mycket för att inte skuldbelägga barnet. Kurator D beskriver också en familjeproblematik utifrån att det kan finnas familjer där föräldrarna inte orkar med, och där problemen då tas upp men utan framgång. Det kan i sådana fall böttna i tidsbrist och stress vilket Kurator D uppfattar kan leda till att barnet får snabbmat och blir mycket stillasittande. Kurator E uppfattar att det finns många elever som har det känslomässigt svårt och att ångest och brist på bekräftelse leder till att de köper bekräftelse i form av mat.

5.4 Sammanfattande huvudresultat

Resultatet visar att utifrån reflexivitet beskriver kuratorerna att de upplever sig ha kunskap kring ämnet barnfetma. De upplever att ämnet har en förankring i en medicinsk kontext, men att det även finns flera sociala och psykosociala faktorer som inverkar. Dock har resultatet visat att det är ett mycket litet arbete som bedrivs kring de barn och ungdomar som idag lever med fetma utifrån skolkuratorernas profession, men att några av dem uttrycker att de skulle vilja ha en större inblandning.

Vi fann ett samband mellan analysbegreppen reflexivitet och medikalisering inom det professionella perspektivet. Detta när vi fick beskrivet hur kuratorernas reflexiva förhållningssätt till det informationssamhälle vi lever i ser ut. Resultatet visar på att den kunskap kuratorerna uppfattar sig ha om ämnet inte leder till en förändrad syn på det medicinska arbetssättet som råder kring barnfetma. Vårt resultat visar på att skolkuratorns roll idag präglas av en spegelbild av den problematik som sker i vårt samhälle. Att den medicinska traditionen är stark och att den inte ifrågasätts nämnvärt.

Medikalisering visar sig i resultatet genom att ämnet har tillskrivits medicinskt och det är skolsköterskan som arbetar kring fenomenet. En del av kuratorernas inställning till arbetet kring barnfetma är att det faller sig naturligt till att vara skolsköterskans arbete, på grund av relationen mellan vikt och det fysiska på en människa. Samtliga kuratorer upplever barnfetma som ett kombinationsproblem men inställningen är att det får kvarstå och tituleras medicinskt.

Resultatet visar att informanterna upplever att det finns bakomliggande psykosociala faktorer som gör att barn hamnar i fetma och blir stigmatiserade. Resultatet visar att alla kuratorerna har en föreställning om att barnfetma är ett problem som kan leda barn och ungdomar till ett utanförskap och en stigmatisering, med konsekvenser som isolering, ensamhet och mobbing.

Vi har även i analysen diskuterat huruvida kuratorers arbete integreras med elevvårdsteamet. Vi har kunnat tolka det som att det finns en föreställning bland kuratorerna om att kuratorns roll skulle kunna avdramatiseras ifall kuratorn hade ett ökat samarbete med skolsköterskan.

6. SLUTDISKUSSION

Syftet med vår studie var att undersöka skolkuratorers uppfattningar av, inställningar till och föreställningar om barnfetma och barn med övervikt. I vår slutdiskussion kommer vi att besvara våra frågeställningar och avsluta med en diskussion som innefattar våra egna reflektioner kring ämnet

Först och främst vill vi belysa att vi är medvetna om komplexiteten som är relaterat till vårt ämnesval, och finner det heller inte främmande att situationen i dagsläget ser ut som den gör. Vår uppsats kan eventuellt stundtals upplevas vara riktad som någon form av kritik mot att arbetet ser ut som det gör. Det är inte vårt syfte och det finns inga bakomliggande faktorer till om det skulle vara så. Dock har vi haft en tanke med vår studie och en önskan att belysa ämnet och situationen som är befintlig i dagsläget utifrån att barnfetma behandlas mer eller mindre enbart medicinskt.

Vår studie har varit mycket intressant att göra och vi anser att vi fått fram den information vi önskat, och därmed kunnat besvara våra frågeställningar.

6.1 Hur beskriver skolkuratorerna arbetet som bedrivs omkring barn med fetma och övervikt?

Ämnet barnfetma berör otroligt många tankar och funderingar, har flera inkörsportar både av medicinsk- och social karaktär och flera parter är inblandade. Dels när vi ser till den professionella sfären, men även när vi ser det från den privata. Redan vid den första kontakten med våra informanter reagerade vi på att inte någon upplevde sig själv som lämplig att intervjua. De berättade att de inte arbetade med dessa frågor och hänvisade istället till skolsköterskan. Detta fick oss att bli än mer nyfikna på hur arbetet kring barnfetma såg ut på skolorna och vilken inställning som fanns kring ämnet. En utav informanterna fick dock genast ett reflexivt tänkande kring ämnet och blev väldigt fundersam över att skolkuratorer i dagsläget inte arbetar med dessa frågor. Kuratorn hade en väldigt positiv inställning till ett nytt alternativt arbetssätt än det som är befintligt idag. Det var även fler kuratorer som i intervjuerna uttryckte att de kunde tänka sig arbeta med frågor kring barnfetma. Det var givetvis glädjande för oss att vi hade väckt tankar och intresse kring ämnet, men också glädjande när vi såg att det skulle ge intressanta intervjuer.

Socialt arbete är ett brett fält som innefattar många ämnen och många av de arbeten som utförs kan styras av den enskilde. Som exempel har skolkuratorer möjlighet att lägga upp sitt arbete utifrån det de tycker är viktigt och vilka frågor de uppmärksammar. Här finns stor möjlighet för den professionella att ta till sig kunskap som råder och införliva i det dagliga

arbetet genom att använda ett reflexivt tänkande. Att uppmärksamma de problemområden som omtalas och arbeta förebyggande med de om de inte existerar redan i dess närhet. I vår analys var det intressant att se hur kuratorerna tänker reflexivt och har ”öppna ögon” men att det på något sätt stannar där och inte införlivar mer av den kunskap de tar till sig i sitt arbete. Att inställningen är att det medicinskt präglade arbetssättet som råder fungerar och att det då inte behöver göras större förändringar. Uppfattningen är att det är en mer naturlig del av skolsköterskans arbete när denne har mer kontinuerlig kontakt med eleverna trots att alla kuratorer ser sociala och psykosociala orsakssamband.

6.2 Vilka psykosociala konsekvenser får fetma och övervikt för barn?

I vår tid är diagnostisering ett vanligt förekommande begrepp. Behovet av att kategorisera människor i form av diagnoser ökar. Vad som kan bli en konsekvens av detta är att vi från början inte har all information som egentligen skulle vara nödvändig för att hantera och behandla tillståndet på ett adekvat sätt. Risken finns att de kombinationsproblem som behandlas medicinskt egentligen även besitter en social och psykosocial karaktär.

Kring barnfetma har kuratorerna uttryckt att de upplever fenomenet av sådan natur att det kan finnas bakomliggande psykosociala och sociala orsaker till barnfetma. Kuratorerna ger en beskrivning av att de orsakerna skulle kunna vara det som gör att barn utvecklar fetma, men också att fetman leder till konsekvenser av psykosocial problematik.

Kuratorerna har uttryckt en föreställning om vad övervikt för barn kan leda till. Begrepp som avvikande, mobbad och isolerad är vad de beskrivit som konsekvenser relaterade till de barn som lever med fetma. Men att utsättas för detta kan också leda till att barn tar till destruktiva metoder. Genom att äta mat i ett ångestdämpande syfte ökar barnen i vikt, vilket slutligen blir en ond cirkel. Bland annat nämner några av kuratorerna att mat kan bli ett substitut till avsaknad på bekräftelse, främst från föräldrarna. Det förebyggande arbetet kring barnfetma för ett socialt och ett psykosocialt välbefinnande har kuratorerna en inställning till att behandla fenomenet genom att jobba med hela familjen.

6.3 Egna reflektioner

När vi gjorde vår analys och upptäckte att begreppen reflexivitet, medikalisering och stigma ledde till varandra blev detta intressant att reflektera kring. Att upptäcka att medikalisering kan leda till stigmatisering gjorde att tankarna cirkulerade. Genom att diagnostisera barnfetma som medicinskt ”missar” vi att behandla de sociala konsekvenserna som kan leda till ett utanförskap, isolering och mobbing, det vill säga stigmatisering. Om vi skulle kunna utnyttja den reflexivitet som vi ser skulle medikaliseringen kunna leda till människor i mindre utsträckning behöver uppleva sig som avvikande. Vi skulle kunna möjliggöra för dem att komma bort från den skuld och skam som idag tillskrivs människor med övervikt. En annan intressant aspekt av hur reflexiviteten kan påverka medikaliseringen är hur vi människor kan påverka och förändra genom vårt sätt att tänka kring fenomen. Hur vi kan ta vara på det och använda ny kunskap. Kunna se vikten av vår profession och vad vi kan göra med den.

En reflektion vi haft när kuratorerna uttrycker att de upplever är att det kan vara lättare att gå till sjuksköterskan än till kuratorn. Kanske kan det bero på att skolsköterskan hanterar det fysiska och om man inte går dit kan det leda till komplikationer och sjukdomar. Det kanske

inte upplevs lika pinsamt när det har med det fysiska att göra. Ett mål skulle kunna vara införlivandet av att detsamma gäller skolkuratoren. En utökad information om vilka positiva resultat det kan leda till att ha en samtalskontakt. Ett alternativ vore att utforma någon slags liknande rutin till att komma i kontakt med skolkuratoren, vilket man gör med skolsköterskan genom de årliga hälsokontrollerna. Varför skulle det vara mer underligt att besöka skolans kurator och prata om allt mellan himmel och jord när man kan gå till en skolsköterska och kliva upp på en våg?

När vi fått fram resultat som visar på att barnfetma har både sociala, medicinska och psykosociala dimensioner, hur kommer det sig då att skolkuratorerna inte är de som arbetar aktivt med frågor kring ämnet tillsammans med skolsköterskan? Det skulle därför inte vara helt främmande för oss att se skolkuratorer i hanteringen av ett överviktsrelaterat problem.

Något annat som våra tankar också kretsat kring är hur man kommer att se på fetma i framtiden om epidemin utvecklas och fortskrider. Kommer överviktiga människor representera majoriteten av samhällsinvånarna och kommer det att finnas fler överviktiga i världen än vad som idag kallas "normalviktiga"? Att ta USA som ett exempel, där man har börjat anpassa infrastrukturen efter människor med fetma. Genom att byta ut stolar mot bänkar utan armstöd är ett tecken på hur samhället anpassar sig efter människorna i det och utifrån den efterfrågan som finns. Man kan fundera kring hur behandlingsmetoderna kommer att vara om fetma går från att vara avvikande till att bli en normalitet. Hur kommer människorna med problematiken hanteras då? Det skulle kunna innebära problem med stora konsekvenser då normaliteten har en tendens att representera vad som är legitimt. Andra konsekvenser såsom mortalitet skulle kunna öka och gå ner i åldrarna, samt att det skulle påverka vårt samhälle i allt större utsträckning. Framförallt om man ser utifrån den ekonomiska aspekten. Fler sjukskrivningar relaterade till följsjukdomar och konsekvenser som skulle förhindra människor att kunna arbeta vilket leder till arbetskraftsförlust och samhällsekonomiska förluster.

För framtida forskning i ämnet hade det varit intressant att se till fler aspekter av barnfetma. Vår studie visar på några få skolkuratorers uppfattningar av barnfetma. Det hade varit intressant att se hur inställningarna till och uppfattningarna om barnfetma ser ut i storstäder respektive mindre städer, hur kulturen påverkar individens uppfattningar samt hur arbetet ser ut i ett skandinaviskt eller internationellt perspektiv. Det hade också varit intressant att se hur skolsköterskan uppfattar det arbetssätt som är rådande samt hur man politiskt tar ställning i dessa frågor, och hur man ser på ett förändrat arbetssätt.

Studien har väckt vårt intresse att gå djupare in på frågor kring barnfetma när det är något som vi tror kommer att öka om inga förändringar genomförs. För oss skulle den vidare forskningen ge oss möjlighet att se vilka resultat ett utarbetat arbetssätt skulle kunna ha. En metod där man arbetar tvärprofessionellt och där alla professioner är lika viktiga i arbetet kring barnfetma. Skolkuratorns roll skulle på så vis också kunna ta en större plats i skolan än vad den gör idag.

Det har varit intressant att se att skolkuratorernas uppfattningar till stor del har varit liknande. Det skulle vara spännande att se hur uppfattningarna om detta ämne skulle vara om vi gjorde om studien om några år. Kommer vi att få liknande resultat eller kommer vi inte alls förstå hur samhället tänkte dessa år tillbaka? Kanske är uppfattningen densamma som vi med vår studie visat, att det är ett problem av två världar, medicinskt och socialt.

REFERENSER

Daniels, Stephen R (2006): *The consequences of childhood overweight and obesity*. The future of children. Vol 16, nr 1.

Goffman, Erving (2003): *Stigma- den avvikandes roll och identitet*. Elanders Digitaltryckeri AB, Göteborg.

Gp.se

<http://www.gp.se/gp/jsp/Crosslink.jsp?d=119&a=490071>

Hämtat 090420

Holme, Idar Mange & Solvang, Bernt Krohn (1997): *Forskningsmetodik : om Kvalitativa och Kvantitativa Metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Johansson, Thomas (2002): *Bilder av självet: Vardagslivets förändring i det senmoderna samhället*. Stockholm: Natur och Kultur.

Kvale, S (2007): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur, Lund.

Larsson, S (2005): *Kvalitativ metod*. i Larsson, S/Lilja, J/Mannheimer, K (red): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Lindqvist, Rafael (1997): *Medikalisering, professionalisering och hälsa- ett sociologiskt perspektiv*. Studentlitteratur, Lund.

Loewy, Michael I (1998): *Suggestions for working with fat children in the schools*. Professional school counselling, vol 1, nr 4.

Morrisette, Patrik J/ Taylor, Daniel (2002): *Family counselling and childhood obesity: A review of approaches*. The family journal vol 10, nr 1.

Nowicka, Paulina & Flodmark, Carl-Erik (2006): *Barnöversikt i praktiken- evidensbaserad familjeviktsskola*. Danmark, Naraya Press.

Patel Runa, Davidsson Bo (1997): *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Pyle (2006): *Fighting an epidemic: The role of schools in reducing childhood obesity*. Psychology in the schools vol 43, nr 3.

Reilly, John J (2007): *Childhood obesity: an overview*. Children & society volume 21.

Sarlio-Lähteenkorva, Sirpa & Lahelma, Eero (1999): *The association of body mass index with social and economic disadvantage in women and men*. International journal of epidemiology 1999;28.

Story, Mary/ Kaphingst, Karen M/ French, Simone (2006): *The role of schools in obesity prevention*. The future of children. Vol. 16, nr 1.

Svenning, C (2003): *Metodboken*. Eslöv: Lorentz Förlag

Svensson, Roland (1993): *Samhälle, medicin, vård -en introduktion till medicinsk sociologi*. Lund: Studentlitteratur

Västra Götalandsregionen (2007): *Rekommendationer för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdom i Västra Götaland*.
<http://www.vgregion.se/upload/Folkh%C3%A4lsa/Informationsmaterial/Rekomendationer%20oh%C3%A4lsufr%C3%A4mjande071008.pdf?epslanguage=sv>
Hämtat 090421

Västra Götalandsregionen (2008): *Handlingsprogram mot övervikt och fetma i Västra Götalandsregionen*.
http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/HSA/Strategisk%20utvecklingsenhet/Beslut%20sst%C3%B6d_%20%C3%B6vervikt%20och%20fetma/Sammanfattning%20f%C3%B6r%20beslut%20sfattare.doc
Hämtat 090421

Whitaker, Robert C (2007): *Commentary: Should I blame mom or dad? Identifying the relative contribution of each parent's body size to that of their offspring*. International journal of Epidemiology 2007;36.

Widerberg, Karin (2002): *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

E-mail

Hej!

Vi är två socionomstudenter som läser på termin 7 vid Göteborgs Universitet. Vi har precis påbörjat vår c-uppsats och kontaktar därför Er. Vårt syfte är att undersöka vilken kunskap och hur/om kuratorer arbetar med barnfetma i grundskolan. I första stadiet undersöker vi vilka grundskolor som har skolkurator. Därför undrar vi om Er skola har en kurator som vi kan kontakta.

Vänligen återkom om Ni har en kurator, gärna med namn och telefonnummer också, det skulle underlätta för oss.

Tack på förhand för hjälpen!

Med Vänlig Hälsning

Kristin Bjerså & Emma Pettersson

Bilaga 2

Intervjuguide

- 1.) Hur tänker du kring barnfetma?
- 2.) Hur ser du på det här utifrån din profession?
- 3.) Hur/när uppmärksammas barnfetma/övervikt?
- 4.) Hur skulle du vilja att arbetet såg ut ur ett framtidsperspektiv?
- 5.) Vad görs idag för att förhindra utveckling av barnfetma?
- 6.) Vad görs idag för de med barnfetma/övervikt?
- 7.) Vilka konsekvenser ser du av problematiken?
- 8.) Ser du barnfetma som ett medicinskt eller ett socialt problem?