



Fordypningsoppgave

VBU723 Psykososialt arbeid med barn og unge

Meir enn veging og måling

Wenche Gjerde Sætre

Totalt antall sider inkludert forsiden: 38

Molde, 25.05.22



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Tore Andestad

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato:

Antall ord: 8365

Du er så tjukk
sa dei og såg ikkje
at sjølvfølelsen var så lett
at vinden tok den

Du er så tynn
sa dei og såg ikkje
kva tung bagasje
eg bar på

Du er så flink
sa dei og såg ikkje
at det einaste eg presterte
var å stå på beina

-Spiseforstyrrelsesforeningen-

Samandrag

Dei nasjonalfaglige retningslinjene for spiseforstyrrelser legg føringar for korleis ein bør jobbe med spiseforstyrrelsar. I den kjem det fram at helsesjukepleier har ei viktig rolle med å oppdage den noko mystiske og komplekse sjukdomen spiseforstyrrelser, og at det bør vere eit tett samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetenesta.

I denne fordjupingsoppgåva, som er gjort som eit litteraturstudie, ynskjer eg å sjå på kva helsesjukepleier kan gjere for ungdom med spiseforstyrrelser, er det meir enn veging og måling?

Eg kjem inn på helsesjukepleier sine rammer i skulehelsetenesta, og studier som viser utfordringar som helsesjukepleier kan oppleve i sin arbeidskvardag. Eg belyser kva eigenskapar som er viktig å ha, dersom ein skal oppnå god allianse med ungdom.

I drøftinga ser eg på om helsesjukepleier skal vere ein ressurs berre for å oppdage spiseforstyrrelser, eller om helsesjukepleier også kan og bør vere ein ressurs i tilfriskningsprosessen.

Gjennom arbeidet med oppgåva har eg fått mulighet til å fordjupe meg i eit spennande og engasjerande tema. Eg har lært mykje det ikkje er rom for å ta med i oppgåva, men som eg tek med meg vidare i mitt arbeid.

Innhold

1.0	Innleiing	1
1.1	Introduksjon.....	1
1.2	Bakgrunn for val av tema	1
1.3	Problemstilling	2
1.4	Avgrensing og definisjon av sentrale begrep	2
1.4.1	Helsesjukepleier	3
1.4.2	Ungdomar.....	3
1.4.3	Spiseforstyrrelse.....	4
2.0	Teoretisk referanseramme	4
2.1	Helsesjukepleier i ungdomsskolen	4
2.2	Spiseforstyrrelser.....	5
2.2.1	Anoreksi	5
2.2.2	Årsak	5
2.2.3	Førekomst.....	5
2.2.4	Tidlege tegn.....	5
2.2.5	Prognose	6
2.2.6	Behandling	6
2.3	Ungdom	6
2.4	Arbeidsallianse	7
2.5	Tverrfaglig samarbeid	8
2.6	Systemteori.....	8
2.7	Bio-psykososiale vitenskapssyn/forståelsesmodell	9
3.0	Metode.....	10
3.1	Litteraturstudie	10
3.2	Søkehistorikk.....	10
3.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	11
3.4	Kildekritikk	11
3.5	Metodekritikk	12
4.0	Presentasjon av funn relatert til problemstilling	13
4.1	Spiseforstyrrelser. Nasjonal faglig retningslinje 2017	13
4.2	Helsesøsters utfordringer med psykisk uhelse i skolen.....	15
4.3	Hvor er helsesøster? En kartlegging av helsesøsterbemanningen i skolehelsetjenesten.....	17

5.0	Drøfting	18
5.1	Korleis kan helsesjukepleier oppdage spiseforstyrrelse?	18
5.2	Helsesjukepleier som ein del av tilfriskningsprosessen?	22
6.0	Avslutning	26
	Referanseliste.....	27

1.0 Innleiing

1.1 Introduksjon

Misnøye med eigen kropp og slankeåtferd er vanleg blant ungdom. Men når ungdomen opplever at mat, kropp og vekt vert viktigare enn alt anna, vil det føre til eit stort inngripen for heile familien. Det er vanskeleg å sjå på at ungdomen din svinner hen i tomheit og likgyldigheit, og mange opplever at det er vanskeleg å forstå den mystiske og komplekse sjukdomen som spiseforstyrrelser er. Beskrivelsar som «eg er meir redd for maten enn for døden» gjer inntrykk.

Vi ser stadig store overskrifter i norske aviser som omhandlar spiseforstyrrelser. «Kraftig auke i spiseforstyrrelsar. Nye sjokkfunn, 8-åringar tek kontakt. Vart ødelagt av spiseforstyrrelsar», er berre nokre få av overskriftene.

Helse Sør-Øst fortel at antal henvisningar om spiseforstyrrelsar har auka med 66.7% på 2 år. Psykiatrar og psykologar meiner at mykje må gjerast, og det hastar sidan fleire fagfolk står på randen av utbrentheit, og føler seg ikkje høyrte av helsemyndighetene. Ein far seier til Nrk at dei merkar at mange har det for travelt, og det er for lite ressursar i alle ledd, frå helsesjukepleier, fastlege og til spesialistane. Dei unge pasientane treng trygghet. Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol er bekymra, og ønsker ein opptrappingsplan og pilot som kan gi betre samarbeid i kommunane og spesialisthelsetenesten. (Hødnebo og Undheim 2022)

1.2 Bakgrunn for val av tema

Eg er helsesjukepleier på ein ungdomsskule, og opplever auke i antal elevar som strevar med spiseforstyrrelsar. Eg ser at ungdomstid kan gå tapt og helse vert øydelagt. Foreldre vert sjukmeldt, og søsken kan verte tilsidesett grunna manglande overskot frå foreldre. Det er stor enigheit om at det er viktig å oppdage sjukdomen så tidleg som mogleg, og helsesjukepleier bør vere sentral i dette arbeidet.

Det er fastlegen som henviser ungdom til spesialisthelsetenesta, men ofte har dei fyrst vore i kontakt med helsesjukepleier. Dessverre er det sjeldan eg høyrer noko frå spesialisthelsetenesta etter at ungdomen har kommt vidare til behandling, det gjeld både undervegs og etter behandlinga er avslutta. Eg har gjort meg nokre tankar om kva

helsesjukepleier kan bidra med for ungdom med spiseforstyrrelser og synest det er interessant å lese om temaet frå ulike hald. Er det slik at helsesjukepleier gjer meir enn veging og måling? Og kan helsesjukepleier sin innsats bidra til at fleire får hjelp for denne lidelsen?

1.3 Problemstilling

Problem i metodesamanheng, betyr at det er eit hol i vår kunnskap som utfordrar oss. Det er eit eller anna vi ynskjer å vite meir om. (Dalland 2020)

Eg ynskjer å sjå på kva helsesjukepleier kan bidra med, som kan hjelpe ungdom til å kome ut av klørne som spiseforstyrrelser held rundt dei.

Problemstillinga er:

Kva kan helsesjukepleier gjere for ungdom med spiseforstyrrelser?

For å få svar på mi problemstilling har eg lest nyare teori og forskning som omhandlar spiseforstyrrelser og sett på helsesjukepleier sine rammer og funksjon i skulen.

I følge Gadamer, ein av bidragsytarane innan hermeneutisk filosofi, er det vår forforståelse som påverkar korleis vi fortolkar tekstar. Forforståelsen er ryggsekken vi har med oss inn i prosjektet før prosessen startar. Innhaldet i sekken påverkar korleis vi samlar, les og tolkar våre data på (Malterud 2018). For å skrive denne oppgåva har eg med min eigen forståelse om temaet spiseforstyrrelser og ungdom, som eg har tileigna meg gjennom utdanning, kurs og 30 års arbeid som helsesjukepleier. Dette er med å påverke korleis eg les og tolkar data som eg finn. Som Dalland skriv, startar vi ikkje med «blanke ark» når vi går laus på ei oppgåve. På førehand har vi tankar om temaet vi har valt, og kanskje også om kva vi trur vi vil finne ut. (Dalland 2020, 63) Eg ynskjer å ha eit bevisst forhold til denne forforståelsen, slik eg lettare kan skilje den frå den nye forståelsen eg etterkvart får.

1.4 Avgrensing og definisjon av sentrale begrep

Før eg startar på teoridelen, vil eg klargjere kva begrep eg brukar vidare i oppgåva, slik at vi har lik forståelse for desse.

Eg skriv om spiseforstyrrelser generelt, men i hovudsak anoreksi. Eg legg mindre vekt på sjølve spiseforstyrrelsen som ei diagnose, og har eit større fokus på helsefremjande arbeid. Som helsesjukepleier har ein ynskje om å vere i forkant, og hindre at skeivutvikling skjer. Men grunna plassmangel skriv eg ikkje om universell førebygging i denne oppgåva, men har fokus på tidleg oppdaging og kva ein kan gjere når spiseforstyrrelser har utvikla seg. Eg tek for gitt at dei behandlingstiltaka som er anbefalt i nasjonal faglig retningslinje for spiseforstyrrelser er bra, og kjem difor ikkje inn på andre behandlingsmetoder. Men eg har eit kritisk blick på standardisert behandling.

1.4.1 Helsesjukepleier

Frå 1. januar 2019 vart tittelen helsesøster bytta til helsesjukepleier. I bøker og artiklar som er før 2019, er benevnelsen helsesøster brukt. I oppgåva mi har eg bytta dette til helsesjukepleier.

Helsesjukepleier har fått sin profesjon gjennom vidareutdanning etter sjukepleien, og skal drive med helsefremjande og førebyggjande arbeid for barn og unge frå 0-20 år, samt deira familiar. Helsesjukepleier i denne oppgåva er knytt til skulehelsetenesta på ungdomstrinnet.

I ei kartlegging gjort i 2018, var 0,3% av helsesjukepleierane i Norge menn, men i denne oppgåva har eg valt å bruke «ho» når eg omtalar helsesjukepleier.

1.4.2 Ungdomar

Ungdomane i denne oppgåva er elevar på ungdomsskulen, i alder frå 13-16 år. Det kan vere elevar som oppsøker helsesjukepleier på eigahand for å få hjelp med fysiske eller psykiske utfordringar. Eller det kan vere elevar/helsesjukepleier har vorte anbefalt å ta kontakt frå lærar, foreldre eller vennar. Ungdomane har også ein individuell «helsesamtale» med helsesjukepleier i 8.klasse.

I tillegg møter helsesjukepleier elevane i sitt opplysningsarbeid, som kan være gruppesamtalar eller klasseundervisning.

1.4.3 Spiseforstyrrelse

Spiseforstyrrelser er ei gruppe psykiske lidelsar med symptom som handlar om forholdet til mat, kropp og vekt. (Helsedirektoratet b 2017)

2.0 Teoretisk referanseramme

2.1 Helsesjukepleier i ungdomsskulen

Lover, forskrifter og veiledere er med på å sette rammer for arbeidsoppgåvene til helsesjukepleier. Formålet med skulehelsetenesta er å fremje psykisk og fysisk helse, fremje gode sosiale og miljømessige forhold, førebygge sjukdomar og skader, utjevne sosiale helseforskjeller og førebygge, avdekke og avverje vold, overgrep og omsorgssvikt. Tenesta skal så tidlig som mogleg fange opp barn og unge med begynnande skeivutvikling, gi dei eit tilbod og henvise vidare ved behov.

Det er ei sterk anbefaling frå Helsedirektoratet at alle ungdomsskuleelevar får tilbod om helsesamtale på 8.trinn. Gjennom tema som mestring, trivsel, søvn, kosthold, fysisk aktivitet, tannhelse, seksualitet, rusmiddel, vold og overgrep, bør den bidra til å:

- Fremje livsmestring og bidra til sunne helsevalg
- Skaffe oversikt over utfordringar hos den enkelte og i elevpopulasjonen ved skulen
- Vurdere behovet for oppfølgande samtalar eller vidare henvisning
- Styrke brukermedvirkning.

Gjennomsnittlig tidsbruk for samtalen, inkludert veging og måling bør vere cirka 30 minutt.

Eit av fokusområda for skulehelsetenesta, er å oppdage psykiske plager og lidelsar hos barn og ungdom. For å kunne oppdage dette må tenesta vere eit lett tilgjengelig lavterskeltilbod i tillegg til at helsesjukepleier må ha kunnskap om symptom på psykiske plager og lidelsar. (Helsedirektoratet a 2017)

Tal frå Ungdata i 2015, viser at på landsbasis oppgir 40% av jentene og 29% av gutane at dei har brukt skulehelsetenesta siste 12 mnd. (Kvarme 2016, 73)

2.2 Spiseforstyrrelser

2.2.1 Anoreksi

Hovudtrekka til anoreksi er overopptattheit av kroppsbildet, kaloriar, mat og vekt, som igjen fører til eit behov for å verte tynn ilag med ein ekstrem angst for å legge på seg. For å oppretthalde ei lav kroppsvekt, legg ungdomane restriksjonar på kva dei kan ete.

Mange brukar også rensesatsferd, som kan vere oppkast, bruk av avføringsmiddel eller vandrivande midlar, og/eller overdriven trening. Den lave kroppsvekta ilag med den farlege åtferda fører til alvorlege medisinske komplikasjonar, og gjer den til ein av dei psykiske sjukdomane med høgst dødelegheit. Anoreksi opptrer ofte ilag med andre psykiatriske tilstandar som depresjon, angst og tvangstilstandar. (Ganci 2021, 19)

2.2.2 Årsak

Det er brei einigheit om at spiseforstyrrelser ikkje har ei enkelt årsak, men kan oppstå som følge av ei rekke ulike kombinasjonar av medfødde eigenskapar, livserfaringar og kulturell kontekst. Det er vanlig å skilje mellom sårbarheitsforhold, utløysande forhold og oppretthaldande forhold. I realiteten er det ein stor overlapp mellom desse kategoriane. (Øverås 2018, 16)

2.2.3 Førekomst

Førekomst av anoreksi angis til ca 0,5% av befolkninga. Kvinner har signifikant større sansynlegheit for å utvikle spiseforstyrrelse, og ungdomstida er perioden då risikoen er størst, men den kan også oppstå tidlegare. Over 90 prosent av pasientane er unge kvinner i tenåra eller tidlig i 20-åra. (Helsedirektoratet b 2017)

2.2.4 Tidlege tegn

Tidlig identifisering av spiseforstyrrelse er viktig for å redusere faren for utvikling av alvorlig sjukdom. Tidlege tegn på mogleg spiseforstyrrelse med barn og unge er nedsett trivsel, dårlig form, endring i aktivitet og skuleprestasjon, spisevanar og vekt. Mange er i aukande grad opptatt av vekt, sunn mat og trening. (Helsedirektoratet b 2017, 19)

Nokre vert merkbar tynne, andre gangar vert spiseatferden påfallande ved at dei unngår å spise saman med andre eller spiser nesten berre salat. Nokre klarar imidlertid å halde problema skjult overfor andre over lang tid og ha ein tilsynelatande vellykka ytre framtoning, men har eit indre følelsesmessig kaos. (Rø 2020, 43)

2.2.5 Prognose

Pasientar, behandlarar og forskerar har forskjellige forståelsar av kva det vil sei å vere frisk. Mange oppfølgingsstudier konkluderer likevel med at om lag 50% vert friske, 30% betydeleg bedre og 20% utviklar eit svært langvarig sjukdomsforløp. (Rø 2020, 51)

2.2.6 Behandling

Familiebasert behandling (FBT) er anbefalt i behandling av barn og unge med anoreksi. Dei norske behandlingsretningslinjene og dei aller fleste internasjonale behandlingsretningslinjene anbefaler denne metoden. Det betyr ikkje at andre behandlingsformer ikkje har effekt, men at dei er mangelfullt eller ikkje vitenskapleg undersøkt. I behandling bør den behandlingsforma som verkar best, tilbys fyrst. (Rø 2020, 154)

2.3 Ungdom

Ungdom frå 12 år og oppover kan i store trekk følge ein «voksen» verbal dialog. Ungdomar kan tenke hypotetisk og abstrakt og førestille seg korleis noko kan vere, utan sjølv å ha opplevd det. Dei stiller ofte store krav til seg sjølv, og dei kan lett føle at dei ikkje er flinke nok, eller ikkje har oppført seg slik dei skulle. Fortsatt er sjølvfølelsen sårbar, og bekreftelse søkes med voksne eller venner. Dei søker å finne seg sjølv, sin eigen identitet. Hjelp til sjølvstendig kontroll og mestring er kanskje særleg viktig i denne aldersgruppa. Dei har egne, ofte sterke meiningar, men er fortsatt også barn som treng aksept, støtte og hjelp. (Eide og Eide 2017, 303)

I følge Erikson utviklar personlegheita seg i åtte faser knytt til bestemte alderstrinn. Kvar fase inneheld kriser og muligheiter. Aldersgruppa i oppgåva er ungdomsskulealder. Eg tek difor med Erik H. Eriksons modell om den psykososiale utviklinga, fase 5, som er identitet eller rolleforvirring.

Dette er en fase med store endringar og utfordringar for individet. Den unge må finne ut kven han er og kva han står for og kunne akseptere seg sjølv for å få det godt. Både omgivelsane og den unge sjølv forventar at han skal lausrive seg frå foreldra og ta stadig større ansvar for sitt eige liv. Det er viktig at oppgåvene og ansvaret aukar i takt med at ungdommen modnast og utviklar seg. Saman med positive tilbakemeldingar og ros frå omgivelsane gir det grunnlag for ei positiv identitetsutvikling. Hvis omgivelsane stiller krav og har forventningar som stemmer dårleg med utviklingsnivået og det bildet den unge har av seg sjølv, kan det føre til rolleforvirring og identitetsproblem. (Brønstad og Hårberg 2020)

2.4 Arbeidsallianse

Å snakke om det såre, skamfulle og vanskelege, forutsetter at barn har trygghet til samtalepartner. I psykoterapi/rådgivning benevnes det som arbeidsallianse, hjelpeallianse eller terapeutisk allianse, men ofte forkorta til allianse. (Kvelling 2021, 67)

Forskning tek oftast utgangspunkt i Edvard Bordin's definisjon av alliansen. I hans beskrivelse består den av tre gjensidig avhengige komponentar: det emosjonelle bandet mellom pasient og terapeut, pasientens og terapeutens oppgåver og terapiens mål. (Falkum 2018)

Allianse bidreg til engasjement, både voksne og barn vert gjerne meir aktive og involvert i samtalane når dei har god allianse og får større utbytte av samtalane. Lambert har utifrå resonnering over eigen og andres praksis, berekna at utfalla av psykoterapi baserast på følgande fordeling:

40% kan forklarast med ressursar og karakteristiska ved personane.

30% handlar om kvaliteten ved alliansen mellom pasient og terapeut.

15% baserar seg på placebo, dvs at pasienten trur at ei behandling verkar på bestemte måtar, at effekt opplevast til å vere slik den var ut frå forventningar

15% kan tilskrivast teknikk, spørsmålsformer og bruk av verktøy.

Prosentane må betraktast som retningsgivande, og ikkje i absolutt form.

Å vere ein god samtalepartner for barn handlar om å kunne møte dei på tillitvekkande måtar. Det forutsetter å vere sensitiv og empatisk, samt å ha trygg tilknyting og god mentaliseringskvalitet. Forskning viser at kvaliteten i alliansar i sterkare grad pregast av

karakteristiska ved den profesjonelle enn barnet. Det kviler dermed eit stort ansvar på profesjonelle for å etablere god allianse med barn. (Kvello 2021, 70)

2.5 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid er ein arbeidsform, ei metode når fleire yrkesgrupper arbeidar saman på tvers av faggrensene for å nå eit felles mål. (Glavin og Erdal 2020, 24)

Erfaringar viser at det er nødvendig og viktig å samarbeide på tvers av profesjonar og etatar for å sikre best mogleg oppvekstvilkår for barn og unge. Tverrfaglig samarbeid er etterkvart ei forutsetning for hjelpeapparatet for å løyse dei komplekse problema vi står ovanfor i arbeidet med barn og unge i kommunane, og for å finne dei beste løysningane for barn og foreldre. (Glavin og Erdal 2020, 3)

2.6 Systemteori

I systemteori ser ein aktørane i ein kommunikasjonssituasjon som deltakarar i eit samanhengande system, og der den enkeltes handlingar også påverkar systemet. Ein ser aktørane i relasjon til ein kontekst og på kontekstens innflytelse på aktørane. Systemisk tenking går ut på å forstå dynamikken i systemet. Den omfattar både førestillinga om eit system som heilheitleg struktur og samtidig førestillinga om systemet som ein del at ei større heilheit. Fellesnemnaren for førestillingane er tanken om gjensidig avhengigheit, den enkeltes handlingar påverkar og påverkast av dei andre.

Anvendelse av systemteori forutsetter at ein definerer systemets objekt, dvs kva personar eller aktørar som vert ansett som deltakarar av systemet. Dei ulike systema kan bl.a vere familie, arbeidsplass, helsevesen, nærmiljø, storsamfunnet, og dei er knytt opp mot kvarandre i større eller mindre grad av gjensidig avhengigheit. (Eide og Eide 2017, 387) Uri Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell er ein systemisk modell som bl.a kan benyttast som eit kart over forhold som kan vere av utviklingsmessig betydning. Den kan visualiserast som sirkclar med mikronivået som den innerste sirkelen og makronivået som den ytterste sirkelen. Den inneberer at alle ledd er gjensidig avhengig av kvarandre. Grunnstrukturen i Bronfenbrenners modell er:

Mikrosystem – eit mønster av aktivitetar, sosiale roller og mellommenneskelige relasjonar. Den består av alle situasjonar der personen sjølv er direkte i kontakt med andre menneske, ting eller symboler. For eksempel samvær med familie og venner.

Mesosystem – omfatter forbindelsane mellom to eller fleire miljø som den utviklande personen deltek aktivt i. Slik som forbindelsar mellom heim, skule, jevnaldrande i nabolaget.

Eksosystem – er forbindelsar og prosessar som finner stad mellom to eller fleire miljø der minst eit ikkje har den utviklande personen som deltager, men som likevel indirekte påvirkar prosessar i eit miljø som omfattar fokuspersonane. Eksempel kan vere foreldre sin arbeidsplass, organisering av skulen, nærmiljø, velferdstenester.

Makrosystem – er dei overinstemmelser vi finn i form av innhald i lavare ordens system (mikro-meso-ekso) på kultur eller subkulturnivå, ilag med eitkvart trussystem eller ideologi som skapar grunnlag for ulike overinstemmelser. Eksempel lover, klassestruktur, økonomiske forhold, tradisjonar. (Gulbrandsen 2019, 54-63)

2.7 Bio-psykososiale vitenskapssyn/forståelsesmodell

Eit biopsykososialt perspektiv betyr å ha sjukdomsperspektivet, utviklingsperspektivet og familieperspektivet på ei og same tid. (Schiørbeck 2018)

Når heilheita av det biologiske, det psykologiske og det sosiale er meir enn summen av dei enkelte delane, betyr det at det biologiske vert forma i det psykologiske og sosiale møte med omgivelsane, på ein slik måte at hjerna får mulighet til å utvikle seg avhengig av samspelet. Heilheita vert skapt og utvikla på ein slik måte at hjerna igjen og igjen får mulighet til å verte forma på ny nettopp gjennom møtet med omgivelsane. Det avgjerande er å fremje både ante og uante utviklingsmoglegheiter.

Det bio-psyko-sosiale vitenskapssynet er forenelig med resultatane av moderne utviklingspsykologisk forskning, som understreker at psykologisk modning og vidare utvikling skjer i konstant dialogisk og interaktivt samspel med omgivelsane – ein prosess som utviklar seg heile livet. (Hertz 2017, 93)

Sjukdom hos barn påverkar både barnet og omgivelsane og omgivelsane påverkar både barnet og sjukdomen. Uløyste problem mellom barnet og omgivelsane kan forsinke/hindre betring, dersom vår tilnærming kun retter seg mot sjukdomen. Den biopsykososiale modellen er et rammeverk for å forstå korleis psykologiske svar hos barn og ungdom

samspekar med somatiske forhold. Modellen kommuniserer ideen om at alle problem samtidig har både biologiske, psykologiske og sosiale sider. Sentralt i forståelsen står at vi alltid mht. sykdom, psykisk eller fysisk, forholder oss til predisponerende , utløysande og vedlikeholdende faktorar som er av betydning for tilstandens forløp. (Schiørbeck 2018)

3.0 Metode

I følge Dalland er metode det redskapet vi brukar i møte med noko vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil sei den informasjonen vi treng til undersøkelsen. Metode kan også beskrivast som det å følge ein viss vei mot eit mål. (Dalland 2020, 56)

3.1 Litteraturstudie

Oppgåva mi er gjort som eit litteraturstudie. Iflg. Dalland bygger ei litterær oppgåve i hovudsak på data frå eksisterande fagkunnskap, forskning og teori. Det eg er ute etter å finne ut, vil påverke kva data eg ser etter. (Dalland 2020, 199)

Eg har valgt den litteraturen og forskning eg meiner dekker mi problemstilling, og oppgåva berer preg av det utvalget eg har gjort.

3.2 Søkehistorikk

Spiseforstyrrelser er eit stort tema som det finst mykje litteratur. Mitt utgangspunkt innanfor temaet var å finne helsesjukepleier si rolle ifht ungdom med spiseforstyrrelser. Det var difor relevant å bruke forskning som sei noko om helsesjukepleier i skulehelsetenesta.

Eg starta hausten 2021 med å lese mange bøker og høyre podcastar med tema spiseforstyrrelsar, dette for å få oppdatert kunnskap og ulike vinklar om lidelsen.

Eg opplevde det som viktig å ha eit tydelig og definert spørsmål, før eg gikk i gang med vidare søk etter litteratur. Ved hjelp av min veileder, fikk eg utforma mi problemstilling.

Ved å vere student ved høgskulen i Molde, fikk eg tilgang til ei rekke databaser. Eg søkte i hovudsak på Oria, Cinahl, Medline, Google Scholar og Ovid.

På dei innleiande søka hadde eg som mål å sjå heile feltet. Iflg Dalland er det i starten på arbeidet viktig å ikkje vere for snever i søka. (Dalland 2020, 213) Eg såg det som nyttig å søke etter alle ulike typar forskning, fordi eg er interessert i ungdom og familiens opplevelse av spiseforstyrrelse, samt hjelpeapparatet og spesielt helsesjukepleier si rolle ifht sjukdomen.

Etter veiledning med bibliotekar ved høgskulen i Molde om litteratursøk, fortsette eg søket ved hjelp av søkeorda helsesøst* ELLER helsesyk* og spiseforstyrr* ELLER anore*.

Eg fikk frå 17 til 90 treff. Eg fann mellom anna ein interessant studie som viser at usunn tenking rundt mat og kropp startar allereie i 8-årsaldersden. Men sidan mi oppgåve handlar om helsesjukepleier i ungdomsskulen, vart denne utelatt frå oppgåva.

For å vurdere om artiklane hadde relevans for mi problemstilling, las eg overskrift og oppsummering på artiklane. Dei som eg opplevde relevant, vart lest i fulltekst.

I tillegg til nemnte søkeplassar, har eg også henta retningslinjer frå Helsedirektoratet.

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Eit av mine inklusjonskriterer var at artiklane ikkje skulle vere eldre enn ti år, det er med på å styrke oppgåva mi i forhold til nyaste forskning og relevans innanfor temaet.

Eg inkluderte aldersgruppa 13-17 år, i tillegg skulle det vere på engelsk, dansk, svensk eller norsk. Etter å ha tatt i bruk desse inklusjonskriteriane, vart søket redusert til 10-53 treff.

3.4 Kildekritikk

Iflg Dalland er ei av betydingane til kildekritikk at eg kan vurdere i kva grad litteraturen eg har funne, let seg bruke til å beskrive og belyse mi problemstilling. (Dalland 2020, 152)

Eg synest at dei 3 forskningsfunna som eg har tatt med i oppgåva, er relevant for å belyse mi problemstilling. Men eg opplevde det utfordrande å velje ut kva forskning som var best å bruke, då eg fann stadig meir spennande litteratur. Det er mulig at stemma og perspektivet til ungdommen kunne komt endå betre fram ved å bruke forskning som går på opplevelsen ungdomane har av spiseforstyrrelse. For å kompensere for dette, har eg i drøftinga tatt litt

frå ein rapport som undersøkte kva personar med spiseforstyrrelse opplevde var viktig i sin tilfriskningsprosess.

Eg har prøvt å vere bevisst på min eigen forforståelse når eg har leita etter litteratur, slik eg ikkje oversåg andre sannheiter, og berre fikk bekræftelse på det eg sjølv trur på. Men etter mange år som helsesjukepleier til ungdomar, har det også vore viktig for meg å ta med egne erfaringar i den grad eg har gjort i oppgåva.

3.5 Metodekritikk

Å vurdere ei metode etter undersøkelsen er gjennomført, dreier seg om å vurdere korleis metoden fungerte, og om den var eit tenleg reiskap for å besvare problemstillinga.

(Dalland 2020, 57)

Eg opplever at litteraturstudie var rett metode å bruke for å besvare mi problemstilling, fordi det allereide er mykje kunnskap om spiseforstyrrelsar. Eg kan då lettare sjå heilheita, istadenfor berre delar som eg kanskje hadde gjort hvis eg hadde eigen undersøkelse med eit utvalg av informantar. Ulempen er at det ikkje var så enkelt å finne den vinklinga som eg ville ha, då eg var avhengig av å finne kva andre har hatt fokus på.

4.0 Presentasjon av funn relatert til problemstilling

4.1 Spiseforstyrrelser. Nasjonal faglig retningslinje 2017

Helsedirektoratet kom i 2017 ut med nasjonal faglig retningslinje for spiseforstyrrelser, etter å ha starta arbeidet i 2010. Arbeidsgruppa består av 21 personar frå ulike delar av landet. Det er legar, psykologar, brukarrepresentant, helsesjukepleier og ernæringsfysiolog. Prosjektleder sidan 2013, var Kari Aanjesen Dahle, seniorrådgivar i Helsedirektoratet. Mandatet for retningslinja er å utvikle anbefalingar som bygger på anerkjente og kunnskapsbaserte tiltak og metodar. Hensikta er å sette ein fagleg, felles standard for å styrke kvaliteten, harmonisere tilbodet i heile landet og hindre uønska variasjon innan arbeidet med spiseforstyrrelsar. Retningslinja skal omhandle både tidleg oppdagelse, tidleg intervensjon, utredning og behandling av personar med spiseforstyrrelsar både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, inkludert samhandlingstiltak mellom tjenestenivå og mellom somatikk og psykisk helsevern. Retningslinja har ein kunnskapsbasert tilnærming, som inneberer at forskning, klinisk erfaring og brukarerfaring har vorte vurdert samla opp mot ønska og uønska konsekvensar av foreslåtte tiltak. Eg har følgt malen til helsebiblioteket for kritisk vurdering av faglig retningslinjer (Helsebiblioteket 2016), og finn denne retningslinja som bra. Den er oversiktlig, og metodekapittelet gir meg som lesar god innsikt i prosessen som har vore i arbeidet med utarbeiding av retningslinja. Eg opplever den vil vere til god hjelp i arbeidet med spiseforstyrrelser.

Dei beskriv nokre svakheiter med retningslinja. Det er at mange av problemstillingane (PICO-spørsmåla) manglar relevant oppsummert forskning. Av tids- og ressurs hensyn har dei ikkje utarbeida nye systematiske oversiktsartikler for alle spørsmål som har ingen eller lite tilgjengelig oppdatert oppsummert forskning.

Grunna tids- og ressursbruk, er brukarens og klinikarens stemme berre komt fram i diskusjonar i arbeidsgruppemøtene, og ikkje via større prosessar eller undersøkelser. Men gjennom både intern og ekstern høyring fikk dei innspel frå ei større gruppe med klinikarar, brukerar og andre interessantar som kan vege noko opp for dette.

Med sine 125 sider og 24 anbefalinger, er retningslinja omfattande å skulle gjengi. Eg har tatt eit lite utdrag frå det eg tenker er mest relevant for mi oppgåve.

Det er viktig at helsearbeiderar i primærhelsetjenesten har fokus på tidlig oppdagelse og intervensjon ved mistanke om spiseforstyrrelse for å redusere faren for utvikling av alvorlig sjukdom. Sekundærforebygging i form av tidlig identifisering, forutsetter grunnleggande kunnskap om tidlige tegn på mulig spiseforstyrrelse.

Skulehelsetenesten med helsesjukepleier vil ha en viktig rolle med å fange opp dei skuleelvane som befinn seg i risikosona. Det er viktig at helsesjukepleier opnar for at elevar kan kome for samtale eller få råd utan at dei treng å ha klart definert problem, det fyrste steg er å skape tillit, og å signalisere ro og trygghet. Bekymra medelevar, lærerar eller foreldre kan også ta kontakt med helsesjukepleier, for å prøve å hjelpe elevar som strevar. Overgangen frå barn til tenåring kan opplevast vanskeleg for mange, men berre få utviklar spiseforstyrrelse.

Det stilles store krav til samhandling og samarbeid innad og mellom tenestenivåa.

Overgangar mellom primær- spesialisthelsetenesten er særleg utfordrande, bl.a fordi pasienten sjølv ofte ikkje ønsker endring eller synest dei treng behandling.

Familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser bør være førstevalg ved start av behandling for barn og unge med anoreksi, bulimi og overspisingslidelse.

Helsepersonell bør vurdere om det foreligger kontraindikasjonar for familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelser fører ofte til eit høgt konfliktnivå i familien, noko som oftast vil bedre seg når spiseforstyrrelsen betrast, og som i seg sjølv ikkje er kontraindikasjon for familiebasert behandling. Individuell behandling av barn og unge med anoreksi, bulimi eller overspisingslidelse kan gis etter en første fase med familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser. (Helsedirektoratet b 2017)

4.2 Helsesøsters utfordringer med psykisk uhelse i skolen

Forskerane Øyfrid Larsen Moen (tidlegare helsesjukepleier) og Hege Kletthagen (psykiatrisk sjukepleier) ville finne ut korleis helsesjukepleier opplever å arbeide med elevar som har psykiske plager.

Hensikta var å utforske helsesjukepleier sine erfaringar med, og holdningar til arbeid med psykiske helseproblem i skulehelsetenesta.

I 2016 utførte dei spørreundersøking blant helsesjukepleierar som arbeider med elevar i skulen mellom 11-18 år. Via spørjeskjema fikk dei svar frå 284 helsesjukepleierar (av 703) i 163 små og store kommunar i Norge. Dei brukte beskrivande og samanliknande statistikk for å analysere resultatane. I tillegg var der også nokre opne spørsmål, som vart besvart av 157 til 212 helsesjukepleierar. Dei utsegna vart analysert med kvalitativ innholdsanalyse, der dei fortolka kva betydning eller mening som kunne knytast til utsegna.

Eg ser det som ei styrke at begge forskerane uavhengig av kvarandre las heile teksta fleire gongar, og deretter fanga opp dei mest openbare betydningane av teksta.

Resultata frå spørreundersøkingen, viser at meir enn 60 prosent av helsesjukepleierane i skulen brukte meir enn 50 prosent av tida si på arbeid med psykiske problem.

Helsesjukepleierane opplevde at dei møter fleire ungdomar med psykiske plager no enn for fem år sidan. Helsesjukepleierane i studien skriv at dei møter mange ungdomar med plager ifht lavt sjølvbilde, angst, depresjonssymtom, sjølvskading og sjølvskadestankar.

Dei skriv også at elevar slit med rus og søvnproblem og elevar som har problem knytt til sosiale relasjonar.

Helsesjukepleierane opplevde denne delen av jobben som givande men vanskeleg, og etterspør verktøy og kurs i psykisk helse. Dei ønsker også meir støtte frå barne- og ungdomspsykiatrien for å styrke arbeidet mot denne elevgruppa.

Å ha open dør er viktig, men mykje av tida består av rutinearbeid. Andre har ikkje eit kontor som er tilgjengelig eller eigna for samtalar.

Samarbeid med lærar, fastlege og spesialisthelsetenesta vart av fleire problematisert. Det kunne skuldast manglande krav om samarbeid og fastlegens kapasitet. Oppfølging av elevane etter vurdering med spesialisthelsetenesten kunne vere vanskeleg, grunna manglande epikrise. Mange av helsesjukepleierane rapporterte at dei stod mykje åleine om oppfølging av elevar med psykiske plager.

I veileder les vi om sterk anbefaling at helsesjukepleier i skulehelsetenesten skal oppdage elevar som har psykiske lidelsar eller plager. Er dei rusta til å møte dette kravet?

Helsesjukepleier er viktig og godt plassert fagperson i møte med ungdomar. Slik sett er dei godt egna til å avdekke om nokon har psykiske plager eller lidelsar. Men for å kunne utnytte sitt potensial må helsesjukepleier få veiledning, tilstrekkeleg kunnskap, rett verktøy og for å vere trygg i si rolle. (Moen 2017)

4.3 Hvor er helsesøster? En kartlegging av helsesøsterbemanningen i skulehelsetjenesten

Kartlegginga er gjort for Tidsskriftet Sykepleien forskning i 2015.

Kristine S. Waldum-Grevbo (var leder for Landsgruppen av helsesøstre) og Trude Haugland (PhD og førsteamanuensis ved Høgskolen Diakonova) har utført kartlegginga. Helsedirektoratet har utvikla anbefalte normtal for helsesøsterdekning i dei ulike deltenestene av helsestasjons- og skulehelsetenesta. Kartleggingsstudien er utført for å sjå om kommunane oppfyller Helsedirektoratets utarbeida normtal for bemanning, og dei ynskjer å sjå om skulehelsetenesta er dimensjonert slik at elevane har eit fagleg forsvarleg lavterskeltilbud. Ein hadde også ynskje å sjå etter ulikheiter avhengig av geografi og skulestørrelse.

Kartlegginga er tverrsnittstudie med spørjeskjema utført 8. mars 2015.

Tverrsnittstudie hentar data på eit bestemt tidspunkt, og fortel ikkje noko om stabilitet over tid. Av erfaring ser eg at det er mykje prosjektmidlar i skulehelsetenesta, og fleire måletidspunkt kunne gitt eit rettare bilde av situasjonen.

2350 skular frå 340 kommunar inngår i kartlegginga. Statistisk sentralbyrå vart nytta for å finne elevtal.

Undersøkelsen vart besvart av 200 av 340 kommunar (58 prosent). Elevtal per helsesjukepleier vart innhenta for 69,3 prosent (1629 av 2350) av skulane. Den høge responsraten (69,3) er ei styrke med studien. Den reduserer mulige utvalgsfeil og aukar sannsynligheita for funna sin reliabilitet. Sjølvom svarprosenten varierte mellom fylka frå 22,9–93,4 prosent, er den totale utvalgsstørrelsen betydeleg.

Resultatet av kartlegginga viser at skulehelsetilbudet ikkje er i tråd med Helsedirektoratets anbefalingar, og at det er store variasjonar mellom fylka. Avstand til norm auka med kommunestørrelse og skulestørrelse. Berre 1,4 prosent av skulane hadde helsesjukepleier tilstades kvar dag. Den vanlegaste stillingsprosenten var 20–40, dvs 1-2 dagar pr veke.

Dette er inkludert møtetid der helsesjukepleier ikkje er tilgjengelig for elevane. Antal helsesjukepleierar i ungdomsskulen må aukast med 34,4 prosent for å nå normtal.

Resultatet bidreg til å skape tvil om vi kan kalle skulehelsetenesta i Norge ein lavterskelmodell, der elevane kan få tidleg hjelp. (Grevbo og Haugland 2015)

5.0 Drøfting

5.1 Korleis kan helsesjukepleier oppdage spiseforstyrrelse?

Det er liten tvil om at tidleg oppdaging og behandling for spiseforstyrrelser gir best moglegheit for å verte frisk, noko som også vert tatt fram i den nasjonalfaglege retningslinjen for spiseforstyrrelser. Dess lengre ein sulter seg, desto meir helseskadelig er det. Ved at helsesjukepleier har kunnskap om tidlege tegn til utvikling av spiseforstyrrelse, kan det medverke til at ungdom som er i ferd med å utvikle spiseforstyrrelse vert oppdaga. Helsesamtalen på 8.trinn er for mange elevar den fyrste samtalen med helsesjukepleier på skulen. Det kviler eit ansvar på helsesjukepleier å etablere god allianse i den samtalen, som gjer at ungdom får tiltru til helsesjukepleier, og kan ha ønske om å kome tilbake ved behov. Ein god samtalepartner for ungdom forutsetter mellom anna å vere sensitiv og empatisk, i tillegg til å møte dei på tillitvekkande måtar.

Det er mange tema som er anbefalt at helsesjukepleier er innom i helsesamtalen. Forsking viser at ein får meir informasjon om pasienten og pasientens situasjon hvis ein brukar systematiske kartleggingsverktøy (som spørjeskjema) enn om ein satsar på den gode samtalen åleine. (Heyn mfl.2013) (Eide og Eide 2017, 209) Ved at helsesjukepleier nyttar eit systematisk kartleggingsverktøy i 8.kl samtalen, kan det sikre ei viss breidde i informasjonen, som kan føre til at ein fangar opp ting som ein ikkje får til med berre samtale. Men eg tenker det er viktig at ikkje helsesjukepleier vert for opptatt av skjema, som kan vere til hinder for å skape god kontakt. Ved å stille opne spørsmål inviterer ein eleven til utforskning som kan gi rom til å snakke ut frå egne følelsar, tankar og opplevsalar. (Eide og Eide 2017, 202)

Veging på 8.trinn er sterk anbefaling frå Helsedirektoratet. Ved at helsesjukepleier er merksam på vanskelege følelsemessige reaksjonar i forbindelse med vevinga, kan det gi helsesjukepleier ei unik moglegheit å tidleg oppdage begynnande undervekt og tegn på utvikling av anoreksi. Dersom helsesjukepleier også har utforskande ferdigheiter, der ho stiller dei rette spørsmåla og følger det opp verbalt og nonverbalt på måtar som skaper trygghet, kan det medverke til å skape ein relasjon mellom eleven og helsesjukepleier. Å vere utforskande om korleis eleven trivest, og i tillegg å få eit innblikk i holdningar til mat, vekt og kropp vert viktig. Men på den korte tida helsesjukepleier har til helsesamtalen, er det ikkje usannsynleg at eleven greier å halde problema skjult for helsesjukepleier. Ungdomen kan bere preg av eit vellykka ytre, men likevel ha eit indre

følelsesmessig kaos. Sidan det er mange tema som er anbefalt å kome innom ved 8.klasse samtalen, er det ikkje usannsynleg at helsesjukepleier kan oversjå begynnande tegn på anoreksi. Men ved mistanke om spiseproblem under helsesamtalen, bør eleven kallast inn til ny samtale som bør pregast av undring og opne spørsmål og ikkje vere konfronterande. Helsesjukepleier bør kartlegge omfanget og alvorlighetsgrada av spiseproblema, og kartlegge forhold knytt til trening, fysisk aktivitet, generell trivsel og korleis kvardagslivet påverkast av spisevanskane.

Ved mistanke om utvikling av spiseforstyrrelse, bør helsesjukepleier også kartlegge ungdomens motivasjon for og ambivalens til å motta hjelp for sine vanskar.

Her bør ein tilstrebe å få til samarbeid med ungdomen. For å få eit godt samarbeid, må ungdomen vite at dei kan stole på helsesjukepleier, gjennom ærligheit og forutsigbarheit. I lausrivingsfasen kan ungdom vere svært kritiske til vaksne som fortel dei korleis dei bør leve sitt liv. Deira behov for å markere autonomi kan gjere dei kritiske til vaksne som forsøker å kome inn på områder dei sjølv vil mestre. Ungdomane er opptatt av om vi bryr oss om. Det handlar om å vise interesse for ungdomen som person. Kven er ungdomen bak spisevanskane? Ungdomen som er inn i ei fase som inneberer store endringar og utfordringar. Samtalar med ungdom bør vere open og inviterande. (Bratlie 2020, 134)

Nasjonalfagleg retningslinje for spiseforstyrrelse skriv at det stilles store krav til samhandling og samarbeid innad og mellom tenestenivåa, og der kjem skulen inn som ein viktig samarbeidspartner. Nokon som ser elevane over tid, og som kan legge merke til endringar som skjer med elevane, og kan vere til hjelp for å oppdage spiseforstyrrelsar tidleg Det kan vere elevar som mellom anna har dårlig trivsel, eller viser endring i aktivitet og skuleprestasjonane. Anoreksi er ein kompleks sjukdom, og tverrfaglig samarbeid vil vere viktig for oppdage sjukdomen så tidleg som råd, og for å gi best mogleg hjelp til dei som utviklar sjukdomen.

Det er ikkje berre ansatte på skulen som vert viktig for tidleg oppdaging, men foreldre vil vere dei mest sentrale for å kunne legge merke til endringar som skjer med ungdomen sin. Helsesjukepleier bør delta på foreldremøte, noko som kan føre til lavare terskel for foreldre å ta kontakt med helsesjukepleier ved behov.

Ved at helsesjukepleier gjer seg synleg for elevane i friminutt og ved undervisning, kan det bidra til å skape relasjon til elevane. Dei kan sjå på helsesjukepleier som ein «ufarleg» voksen person, som dei kan snakke med.

Ovanfor har eg komt innom fleire områder som viser helsesjukepleier si moglegheit for å oppdage spiseforstyrrelser tidleg. Men utfrå dei to kartleggingane eg har tatt med i mi oppgåve, undrar eg meg på om dette er realistisk å få til i praksis.

Har helsesjukepleier tid til å vere så mykje i skulemiljøet at ein kan bygge opp god relasjon til elevane? I kartlegging av helsesjukepleier si tilstedeverelse, kjem det fram at berre 1,4 prosent av skulane hadde helsesjukepleier tilstades kvar dag. Det vanlegaste var at helsesjukepleier var på skulen berre 1-2 dagar pr veke. Og når ho er der så sjeldan, er det truleg lite tid til denne ufarlege «vandringa» blant elevane.

Er helsesjukepleier nok tilstades til å kunne vere tilgjengeleg for elevar som Kvello beskriv som «utforskar»? Eller kjem dei til stengt dør den dagen dei endeleg har bestemt seg for å oppsøke helsesjukepleier? «Utforskarane» kan vere ungdomane som stadig går forbi døra til helsesjukepleier og samlar mot til å endeleg banke på døra og be om ein samtale. Dei kan gjerne be helsesjukepleier å sjå på eit lite sår, eller kan uttrykke bekymring for ei venninne. Men eigentleg handlar det om at dei sjekkar om helsesjukepleier er til å stole på, slik at dei kan fortelje om vanskan dei sjølve har. (Kvello 2021, 92) Ungdom kan ha vanskar med å sette ord på utfordringar dei står i, og fysisk og psykiske plager henger ofte saman. Psykiske plager kan kome til uttrykk som fysiske «vondter». Helsesjukepleier bør vere spesielt oppmerksom på mulige bakanforliggende årsaker ved henvendelsar frå barn/ungdom.

Eg undrar meg på om helsesjukepleier har nok tid til å ta seg godt av desse utforskande elevane? I ein hektisk kvardag kan det vere enklast å berre ha fokus på den fysiske delen, og ikkje ta seg tid til å utforske eventuelle bakanforliggende årsaker til ungdomen tok kontakt.

I mitt arbeid som helsesjukepleier i ungdomsskulen, har eg vore i kontakt med mange ungdomar som har utvikla spiseforstyrrelse. Ved fleire av tilfella har kontakta oppstått gjennom det som Kvello beskriv som «gjest». Det er elevar som har vorte sendt av venner, foreldre eller lærar, som er bekymra for korleis eleven har det. Dei har ofte ikkje ein indre motivasjon for bearbeidande, bevisstgjerande eller endringssamtalar. Og «gjestar» er ofte observerande, reserverte eller negativt innstilt til å snakke, eller dei svarar med korte setningar. Dette kan lede til at helsesjukepleier kan kjenne på eit stort ansvar for å skape gode samtalar, og samtalane kan lett få form av monolog framfor dialog. Det er som fagpersonar sit med aksjemajoriteten i endringsarbeidet som skal gjennomførast, men det burde vert motsett. (Kvello 2021, 91)

Kartlegginga viser at helsesjukepleierane etterspør verktøy og kurs i psykisk helse for å kunne ta seg av ungdomar med utfordringar innan psykisk helse, og eg lurar difor på om helsesjukepleier er gode nok til å ta seg av desse ungdomane som kjem som «gjest». Vi får ofte berre éin muligheit for å kunne starte på bygging av allianse, og det er då viktig at vi har både kunnskap nok, og tid til å ta hand om «gjestane» som litt ufrivillig har vorte tvinga inn på kontoret. Korleis kan vi i det korte øyeblikket, på magisk vis vekke håp og tiltru i ungdomen som gjer at dei ynskjer å opne seg om utfordringar dei har? Og som gir dei eit ynskje om å kome tilbake og gir oss moglegheit å vere med å skape motivasjon for å ta imot behandling?

For å kunne greie det, trur eg eigenskapane som beskrive tidlegare vil vere viktig. Å kunne møte ungdomane på tillitvekkande måtar, der helsesjukepleier er sensitiv, empatisk, og har god mentaliseringskvalitet. Det kviler stort ansvar på helsesjukepleier sin måte å møte ungdomane på, sidan forskning viser at kvaliteten i alliansar i sterkare grad pregast av karakteristiska ved den profesjonelle enn barnet.

I rapporten om kva var til hjelp for å kome ut av ein spiseforstyrrelse, meinte fleire at helsesjukepleier hadde ei viktig rolle som støttespelar, både ved samtalar og informasjon til foreldre og fastlege. Fleire trakk fram at dei hadde eit stort behov for at problema vart tatt på alvor, gjennom å lytte og viser anerkjennelse. Nokon forstod ikkje sjølv at dei var sjuke i starten, og fortalte at det var viktig at nokon hjelpte med å forstå eller erkjenne dette. Ein sa «eg hadde nytte av å få vite at ei underernært hjerne ikkje fungerer». (Høiseth m.fl 2018)

For at helsesjukepleier kan vere ein god støttespelar og bidragsytar med informasjon om sjukdomen, krev det både tilstedeverelse og kunnskap. Men undersøkelane eg har tatt med, viser dessverre at dette er mangelfullt i fleire kommuner.

5.2 Helsesjukepleier som ein del av tilfriskningsprosessen?

Helsesjukepleier i skulen møter ofte ungdom med utfordringar knytt til mat og kropp. Mangfaldet er stort, frå dei som «rotar» med mat og vekt ei periode, til ungdomar med spiseforstyrrelsar som har vart lenge og vorte alvorlig. Sjølv om ungdom med spiseforstyrrelsar skal henvisast til spesialisthelsetenesten, er kompetansen som finst i det kommunale også sentral. Ungdom uttrykker sjølv at dei ynskjer lett tilgjengeleg hjelp for psykiske vanskar, og ofte er det lange avstandar til Bup. Eit samarbeid mellom spesialisthelseteneste og kommunehelseteneste, kan difor vere til god hjelp for ungdomen og familien. Det kan vere krevjande å følgje opp ungdom med alvorlig spiseforstyrrelse over tid, fordi det å verte frisk ofte er forbunde med mykje ambivalens og vaklande motivasjon for å verte frisk. Eit tett samarbeid mellom fagpersonar som har tillit til kvarandre, kan vere av avgjerande betydning for å oppnå nødvendige forandringar. (Bratlie 2020, 131)

Mange skriv at kontakt med førstelinjen (fastlege og helsesjukepleier) bør vere ein bærebjelke for vidare behandling for spiseforstyrrelser både før, under og etter meir spesialisert behandling er igangsatt. Dette er utsegn eg også opplever som viktig, og som eg trur kan medverke til best mogleg utfall av lidelsen. Ein bør raskt ha tydelig kommunikasjon om rollefordeling, behandlingsmetode og – mål om korleis førstelinjen best kan hjelpe pasienten under behandlingsperioden.

Men i slike situasjonar kan ein kome opp i ei etisk konflikt i arbeidet. Vert det rett og rettferdig å bruke mykje av helsesjukepleier sine ressursar på enkeltelevar med problem? Som vidare fører til at ein kjem i utakt med dei sentrale føringane som seier at helsesjukepleier skal vektlegge det førebyggjande arbeidet?

Kanskje er helsesjukepleier på skulen 1-2 dagar i veka, ressursar som skal fordelast på mange elevar. Med ei auke av elevar som strevar med si psykiske helse, er det mange ein skal fordele oppmerksomheita på. Helst skal helsesjukepleier forebygge og vere medverkande til at ungdom ikkje får utfordringar med si psykiske helse, men i ei tidsklemme kan det verte utfordrande å få tid til. Ein endar opp med å drive brannsløkking, istadenfor å førebygge at brannen oppstår. På den eine sida ser ein viktigheita av å vere deltagande i ein tilfriskningsprosess, der helsesjukepleier kanskje har fått ein god allianse til eleven som har utvikla spiseforstyrrelser. Og når ein anslagsvis kan ein sei at 30% av behandling utfallet handlar om kvaliteten ved alliansen mellom pasient og terapeut, vil truleg helsesjukepleier kunne ha ei viktig rolle også under behandling ved Bup.

Helsesjukepleier er i skulemiljøet, og kan vere bindeledd mellom skule – heim – Bup. Ho kan vere ein bidragsytar med å fange opp kvardagsproblem som bidreg til å oppretthalde spisevanskane. Og som Bronfenbrenner beskriv i sin utviklingsmodell, er alle ledd gjensidig avhengig av kvarandre. Utfordringar på skulen eller heime, kan vere medvirkande til at spisevanskane vert vedvarande.

Fleire personar med spiseforstyrrelser anbefalar at fagfolk har heilheitleg tilnærming i behandlinga, nokon som inneberer fokus både på symptom, fungering i kvardagslivet, det friske, ressursar og mestring. (Høiseth m.fl 2018)

I samtalar med ungdommen kan helsesjukepleier motivere eleven til å ta tak i situasjonen, og fokusere på eleven sine ressursar. Sjå bak symptoma og vere undrande til kva ungdommen vil signalisere med si atferd. Ikkje minst kan ho halde oppe håpet om å få det bedre, og skape tru på at det er mogleg å verte frisk.

Den ekstreme redselen for å vere tjukk, og å oppfatte seg som større enn ein er, er vanskeleg for dei rundt å forstå. Venner kan trenge nokon å snakke med, for å kunne forstå og vere ei støtte for den sjuke. Venner er ein viktig brikke i systemet rundt eleven. Vi må vere merksame på virkningane venner har på den sjuke, og motsatt, virkninga den sjuke har på vennane.

Men på den andre sida vil dette oppta mykje av helsesjukepleier sine knappe ressursar, og det vil gå på bekostning av å bruke tid på det førebyggjande arbeidet, som kan hindre at elevar utviklar spiseforstyrrelse. Eller på bekostning av tid som bør gå til å oppdage skeivutvikling tidleg.

Utifrå den bio-psykososiale forståinga, tenker ein at sjukdom hos barn påverkar både barnet og omgivelsane og omgivelsane påverkar både barnet og sjukdomen. Uløyste problem mellom barnet og omgivelsane kan forsinke/hindre betring, dersom vår tilnærming kun retter seg mot sjukdomen. Helsesjukepleier har ofte kjennskap både til skulemiljøet og familien, og kan vere bidragsytar til å kunne sjå at heilheita er meir enn summen av delane. Dette samsvarar også med den systemteoretiske tankegangen, som ser at den enkeltes handlingar påverkar systemet. Systemet kan vere familien, og det er liten tvil om at familien er viktigaste ressurs for å hjelpe ungdom ut av ein spiseforstyrrelse. Systemet kan også vere skulen eller venner. På dei skulane som har helsesjukepleier ofte tilstades, vil ho kunne fange opp viktige hendingar som skjer i skulemiljøet. Eksempel kan vere om ungdommen vert inkludert eller om det er for stort press med skulearbeidet. Å vere bevisst på det heilheitlege bildet, sjå heile systemet rundt ungdommen, vil vere viktig i ein tilfriskningsprosess.

Familiebasert terapi for spiseforstyrrelser (FBT) som er den anbefalte behandlingsmetoden ved spiseforstyrrelser i Norge, er ein intensiv arbeidsform, og mange foreldre er uforberedt på den krevande oppgåva det er å følge opp barnet sitt. Kampen mot spiseforstyrrelsen kan skape stor grad av maktesløyse, redsel og fortvilelse underveis, og foreldre har et stort behov for støtte og informasjon. Manglande innsikt om eigen sjukdom, alvorlighetsgrad og manglande motivasjon til endring er kjente trekk med endel av dei som lid av spiseforstyrrelser. Den opplevde lidelsen kan difor vere større med eit familiemedlem enn den spiseforstyrrete sjølv. (Skårderud m.fl 2020) Å sjå heile familien vert difor vesentlig i behandlinga, og der kan kommunehelsetenesta vere viktige bidragsytarar.

Mange av helsesjukepleierane i spørjeundersøkelsen til Moen og Kletthagen, rapporterte at dei stod mykje åleine om oppfølging av elevar med psykiske plager. Oppfølging av elevane etter vurdering med spesialisthelsetenesten kunne vere vanskeleg grunna knappe ressursar til fastlege, og manglande epikrise frå spesialisthelsetenesta.

Mi erfaring stemmer med det som kjem fram i kartlegginga. Eg opplever at det ikkje er rutine frå Bup (barne-og ungdomspsykiatri) å gi tilbakemelding til helsesjukepleier, men til fastlege. Sidan helsesjukepleier oftast er den som er tettast på ungdomane, tenker eg det er viktig å få samtykke til å gi informasjon også til helsesjukepleier. Både etter endt behandling, men helst også kontakt undervegs i behandlinga.

Anoreksi er fortsatt psykiatriens mest dødelige lidelse, og effekt av behandling kan vel seiast som måtelig gode sidan mange ikkje vert friske. Det er difor etisk og klinisk nødvendig å heile tida søke å fremje bedre behandling. (Skårderud m.fl 2020) Den anbefalte behandling av spiseforstyrrelsar er beskrive i eit pakkeforløp. Eg tvilar ikkje at familieterapi er rette behandlingsform, men er undrande til kva som skjer med dei ungdomane og familieane som ikkje passar inn i denne «pakken». Kan det vere behov for skreddersøm, sidan årsak til spiseforstyrrelsar og familiesituasjonen varierar frå person til person? Ein del opplever mellom anna stor belastning med lang reiseveg, og at relasjon til behandlar ikkje er så god. Er standardiserte behandlingsforløp alltid bedre enn individualisert behandling som er tilpassa den enkelte? Det gode med standardiseringa er at ein skal sikre lik behandling uavhengig av kvar i landet du bur. Men avstanden til behandlingsstaden er veldig ulik, og kan opplevast belastande for dei med veldig lang reiseveg. Kanskje vil det i slike tilfeller vere best med tett samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetenesta, slik ein ikkje alltid må reise den lange vegen, men kan få noko av behandling utført lokalt.

Er det tilstrekkeleg fokus på viktigheita av god relasjon mellom pasient og terapeut, det som av fleire vert beskrive som ein avgjerande del av tilfriskninga? Der helsesjukepleier har vore

delaktig i oppdaging og har fått ein relasjon, og det er ynskje frå ungdom og familien, kan og bør helsesjukepleier vere meir delaktig i behandlingsforløpet? Og på den måten sikre heilheitleg behandling? I mange tilfelle vert helsesjukepleier ein part ifht spiseforstyrrelser berre før og etter, og Bup er i midten. Det kjem fram i rapporten til Høiseth m.fl at noko av det som kan hjelpe for å kome seg utav ein spiseforstyrrelse, er at fagfolk samarbeida under heile behandlingsforløpet. I ein heilheitleg tankegang, bør helsesjukepleier også vere ein viktig part undervegs. Men skal helsesjukepleier bidra i heile løpet, vil ein kome til dilemmaet at brukar helsesjukepleier mykje tid på ein elev, så må ho ta frå noko anna. Helsesjukepleier skal førebygge at sjukdom oppstår, men opplever stadig større press på individuell oppfølging. Å prioritere kan vere utfordrande.

Eg støttar Halvorsen og Brattli som skriv at kommunikasjon mellom dei ulike partane vert ekstra viktig i sårbare periodar. Ein behandlingsavslutning er eit typisk eksempel på dette. Sjølv når pasienten opplever seg som heilt frisk, vil det vere naturleg å sette opp timar for oppfølging enten med fastlege eller helsesjukepleier. Målet vert då å oppretthalde tilfriskning og oppdage eventuelle tilbakefall. (Halvorsen og Bratlie 2020, 150) Men dette inneberer at helsesjukepleier må få informasjon om at behandlinga er avslutta på Bup, og helst også verte medrekna som ein viktig part underveis i behandlinga.

6.0 Avslutning

Det er vanskeleg å førestille seg meir strevsam foreldreerfaring enn å hjelpe barnet sitt gjennom ein alvorleg spiseforstyrrelse. Kombinasjonen av medisinsk risiko, manglande samarbeid frå ungdomen og den utholdenheita som krevjast frå foreldra si side, setter foreldre i ein unik situasjon som ville ha utfordra einkvar forelder. Det har vorte stadig tydlegare dei siste åra at familien er den aller viktigaste ressursen i arbeidet med å hjelpe ungdom ut av ein alvorleg spiseforstyrrelse. (Ganci 2021, 11)

Svært mange ungdomar kjem dessverre til en stengt dør når dei oppsøker helsesjukepleier. Hvis skulehelsetenesta skal kunne vere ein ressurs for elevar i vanskelege livssituasjonar, må tenesta styrkast. Helsesjukepleier må vere på skulen når elevane ynskjer å prate med henne. Då kan ho for enkeltelever vere den nøkkelpersonen som dei opparbeidar tillit til.

I den ideelle verden ser eg for meg at helsesjukepleier har godt med ressursar til å vere dagleg på skulen, og der ho har kapasitet både til å førebygge spiseforstyrrelser, men også til å oppdage det tidleg og vere delaktig i tilfriskningsprosessen. Ho greier ved hjelp av sine eigenskapar å få til ein god allianse med ungdomen og familien. Og til tross for at ungdomen med spiseforstyrrelse har svingande motivasjon for endring, lykkast ho med å skape ein «vi-opplevelse», der behandlinga vert eit samarbeidsprosjekt. Ho har høg fagleg kompetanse og klarar å vere på utkikk etter ungdomens invitasjonar til omgivelsane sine. Helsesjukepleier søker det uante, det som oppstår når ein ser forbi det som umiddelbart fell i augene og skapar håp både med ungdomen og familien i det som kan virke håplaut. Ved hjelp av godt samarbeid mellom heim, skule, fastlege, helsesjukepleier og Bup, ser alle partane at samarbeid er ei forutsetning for å løyse dei komplekse problema vi står ovanfor i arbeidet med ungdomen, og for å finne dei beste løysningane for ungdomen og foreldra. Ein jobbar etter ei tilnærming der ein ser at heilheita er mykje større enn dei enkelte delane. Og ein ser at helsesjukepleier kan bidra med langt meir enn veging og måling.

Dessverre viser forskning at verkelegheita er eit stykke frå det ideelle, både når det gjeld ressursar, kompetanse og samarbeid. Men det er viktig å ha mål og draumar, slik at det magiske kan skje.

Referanseliste

- Bratlie, Edel. 2020. «Helsesykepleiers rolle i møte med ungdom og spiseforstyrrelser.» I *Spiseforstyrrelser. Forståelse og behandling*, av Øyvind, Trine Wiig Hage og Vigdis Wie Torsteinsson Rø, 131-137. Bergen: Fagbokforlaget.
- Brønstad, Agnes og Guri Bente Hårberg. 2020. *Eriksons psykososiale stadier*. Hentet 10.01.22: <https://ndla.no/nb/subject:1:777ae87e-ca79-4866-920a-115cfeb7bbe1/topic:2:183771/topic:2:184796/resource:1:3987>
- Dalland, Olav. 2020. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: gyldendal akademisk.
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2017. *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Falkum, Erik. 2018. «Den terapeutiske alliansen.» *Tidsskriftet den norske legeforening*, 14 mai 2018. Hentet 10.01.22: <https://tidsskriftet.no/2018/09/kronikk/den-terapeutiske-alliansen>.
- Ganci, Maria. 2021. *Familiebasert terapi*. Oversatt av Vigdis Wie Torsteinsson. Bergen: Fagbokforlaget.
- Glavin, Kari og Bodil Erdal. 2020. *Tverrfaglig samarbeid i praksis. Til beste for barn og unge i kommune-norge*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Grevbo, Kristin Sofie Waldum og Trude Haugland. 2015. «Hvor er helsesøster? En kartlegging av helsesøsterbemanningen i skolehelsetjenesten.» *forskning nr 4, 2015; 10: doi:10.4220/Sykepleienf.2015.55977*, 10 desember 2015. Hentet 09.02.22: <https://sykepleien.no/forskning/2015/11/en-kartlegging-av-helsesosterbemanningen-i-skolehelsetjenesten>.
- Gulbrandsen, Liv Mette 2019. *Oppvekst og psykologisk utvikling. Innføring i psykologiske perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Halvorsen, Tori Flaatten og Edel Bratlie. 2020. «Tverrfaglig samarbeid.» I *Spiseforstyrrelser. Forståelse og behandling*, av Øyvind, Trine Wiig Hage og Vigdis Wie Torsteinsson Rø, 148-152. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsebiblioteket. 2016. *Kunnskapsbasert praksis*. 07 Juni 2016. Hentet 20.02.22: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/faglige-retningslinjer>,
- Helsedirektoratet a. 2017. *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. [nettdokument] Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 15.mars

- 2022, hentet 15.03.22),
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>.
- Helsedirektoratet b. 2017. *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. [nettdokument] Oslo: Helsedirektoratet, (sist faglig oppdatert 25. april 2017, hentet 10.12.21)
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>.
- Hertz, Søren. 2017. *Barne- og ungdomspsykiatri. Nye perspektiver og uante muligheter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hødnebo, Line og Ingeborg Undheim. 2022. «Nrk.no.» *Ingen kan forestille seg hvor tøft det er når barnet ditt sier at hun ikke ønsker å leve*. 24.04.22. Hentet 24.04.22.
<https://www.nrk.no/norge/flere-barn-og-unge-sliter-med-spiseforstyrrelser-1.15939490>.
- Høiseith, Juni Raak, Annika Alexandersen og Gunn Pettersen. 2018. *Veien ut av en spiseforstyrrelse, hva var til hjelp? Bruker Spør Bruker undersøkelse*, Bergen: ROS-Rådgiving om spiseforstyrrelser og KBT- Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling. Hentet 01.03.22:
https://issuu.com/nettros/docs/spiseforstyrrelser_og_tilfriskning_?e=9524180/59881235
- Kvarme, Lisbeth Gravdal. 2016. «Helsesøstertjenesten i skolen.» I *Sykepleier i kommunehelsetjenesten. Helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie*, av Kari og Edith Roth Gjevjon Glavin, 73-82. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvello, Øyvind. 2021. *Samtaler med barn og ungdom*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Malterud, Kirsti. 2018. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Moen, Øyfrid Larsen. 2017. «Helsesøsters utfordringer med psykisk uhelse i skolen.» *Sykepleien.no/ Forskning*. Hentet 10.12.21:
<https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-64615.pdf>.
- Rø, Øyvind. 2020. «Hva er spiseforstyrrelser?» I *Spiseforstyrrelser. Forståelse og behandling*, av Øyvind Rø, Trine Wiig Hage og Vigdis Wie Torsteinsson, 43-52. Bergen: Fagbokforlaget.

Schiørbeck, Helle. 2018. «Tverrfaglighet, utredning og behandling; en utfordrende prosess.» *Oslo Universitetssykehus*. Hentet 12.02.22: <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-habilitering-av-barn-med-spise-og-erneringsvansker/Documents/Basiskurs%20Dag%202.%20Tverrfaglighet%20og%20samarbeid.%20H.%20Schi%C3%B8beck.pdf>.

Skårderud, Finn, Bente Sommerfeldt og Paul Robinson. 2020. *Sult*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Øverås, Maria Alstad. 2018. *Å bli frisk. Veier ut av spiseforstyrrelser*. Oslo: Universitetsforlaget.