



**Høgskolen
i Innlandet**

“Kroppen er vår bolig i den tida vi er på jorda. Dersom vi ikke er komfortable der, så blir vi hjemløse.”

**En kvalitativ studie om psykomotoriske fysioterapeuters
erfaringer fra oppfølgingen av barn og unge med
spiseforstyrrelse.**

**A qualitative study on psychomotor
physiotherapists`experiences from the follow-up of
children and young people with eating disorders.**

4PM791 Masteroppgave i psykisk helsearbeid, studieår 2023/24

Eline Sunde-Dahl

Institutt for helse- og sykepleievitenskap,

Fakultet for helse - og sosialvitenskap

Høgskolen i Innlandet (HINN)

Antall ord: 25308

Forord

I tre og et halvt år har jeg tatt videre utdanning i voksen alder. Jeg startet først på videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi ved Oslo Met. For å bygge videre på videreutdanningen meldte jeg meg på til Master i Psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Innlandet. Det har medført mange reiser til skolesamlinger i både Oslo og Elverum fra mitt hjem i Mandal. Prosessen med å skrive masteroppgaven har vært utrolig givende, spennende og overraskende gøy! Jeg sitter igjen med en stor takknemlighet for at jeg har fått lov til å fordype meg i et tema som jeg har engasjert meg i.

Tusen takk til alle informanter som gav av sin tid og som delte av sine erfaringer og som gjorde det mulig for meg å gjennomføre studiet.

Tusen takk til hovedveileder Janne Myhre, for konstruktiv, lærerik og nyttig veiledning gjennom prosessen. Du har vært uvurderlig og en sann fryd å samarbeide med. Takket være deg kom jeg meg i mål med oppgaven!

Tusen takk til medstudenter for faglige bidrag underveis i prosessen og for gode diskusjoner. Spesielt takk til gruppen med psykomotoriske fysioterapeuter som har gjort hver skolesamling til et hyggelig treff!

Tusen takk til Christine Fidjeland som trofast har vært medstudent og reisekompanjong fra Sørlandet gjennom alle årene med studier. Takket være deg har motivasjonen for studiene og reisingen blitt opprettholdt!

Tusen takk til fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter for økonomiske støtte.

Den største takken går til mine fem fine barn, Isak (14), Oliver (11), Emre (10), Josefine (6) og Oskar (2), som har gitt meg anledning til å fullføre studiene. Spesielt takk til minstemann Oskar, som delte av barselpermisjonen slik at jeg kunne starte opp på masterstudiet. Det var på trilleturene med deg at forelesningene om metode og vitenskapsteori gikk på repeat på hodetelefonen. Takk for tålmodigheten, heiarop og for deres selvstendighet som har gitt meg energi og mulighet til å fullføre prosjektet.

Sist men ikke minst, tusen takk til min kjære rause mann, Ole Fredrik, som har støttet meg positivt hele veien og gitt meg tid, rom og anledning til å fullføre mastergraden.

SAMMENDRAG

Tittel: En kvalitativ studie om psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer fra oppfølgingen av barn og unge med spiseforstyrrelse.

Bakgrunn: Det er en økning i antall barn og unge med spiseforstyrrelser i Norge. Psykomotoriske fysioterapeuter har sitt kunnskapsfelt i kropp. Imidlertid er det få psykomotoriske fysioterapeuter som har oppfølging av barn og unge med spiseforstyrrelse.

Hensikt: Studiens hensikt og problemstilling var å undersøke og forstå hvilke erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter som møter barn og unge med spiseforstyrrelse har. Det med bakgrunn i et ønske om å formidle kunnskap og inspirasjon til fagfeltet og andre fysioterapeuter. Videre var hensikten å synliggjøre psykomotoriske fysioterapeuters rolle i oppfølgingen av barn og unge med spiseforstyrrelse.

Metode: For å besvare problemstillingen ble det benyttet en kvalitativ metode med et utforskende og beskrivende design. Studien er plassert innenfor fenomenologien og hermeneutikken. Det ble utført fem individuelle semistrukturerte intervjuer med psykomotoriske fysioterapeuter, som hadde erfaring fra oppfølging av barn og unge med spiseforstyrrelse. For å analysere datamaterialet ble Systematisk tekstkondensering (STK) benyttet.

Resultat: Analysene resulterte i fire hovedtemaer; 1) Bevissthet rundt individuell tilnærming og oppfølging, 2) Kompleksiteten og det sammensatte ved sykdommen, 3) Særstilling ved å få tilgang gjennom kroppen, 4) Varierende samarbeid på tvers av tjenestenivåer.

Oppsummering: Funn i denne studien avdekker erfaringer som beskriver nyanser og detaljer om psykomotoriske fysioterapeuters tilnærming til oppfølging av barn og unge med spiseforstyrrelse. Det er få tidligere studier som undersøker psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med oppfølging av barn og unge med spiseforstyrrelse. Studien bidrar derfor med viktig kunnskap om psykomotoriske fysioterapeuters rolle i oppfølgingen, slik de erfarer den selv.

Nøkkelord: Psykomotorisk fysioterapi, fysioterapi, spiseforstyrrelse, barn, unge, ungdommer.

ABSTRACT

Title: A qualitative study on psychomotor physiotherapists' experiences from the follow-up of children and young people with eating disorders.

Background: There is an increase in the number of children and young people with eating disorders in Norway. Psychomotor physiotherapists have their field of knowledge in the body. However, there are few psychomotor physiotherapists who follow up children and young people with eating disorders.

Purpose: The purpose and problem of the study was to investigate and understand the experiences of psychomotor physiotherapists who meet children and young people with eating disorders. This is based on a desire to convey knowledge and inspiration to the field and other physiotherapists. Furthermore, the purpose was to highlight the role of psychomotor physiotherapists in the follow-up of children and young people with eating disorders.

Method: To answer the problem, a qualitative method was used with an exploratory and descriptive design. The study is placed within phenomenology and hermeneutics. Five individual semi-structured interviews were conducted with psychomotor physiotherapists, who had experience of following up children and young people with eating disorders. To analyze the data material, Systematic Text Condensation (STK), was used.

Findings: The analyzes resulted in four main themes; 1) Awareness of individual approach and follow-up, 2) The complexity and complexity of the disease, 3) Special position by gaining access through the body, 4) Varying collaboration across service levels.

Summary: Findings in this study reveal experiences that describe nuances and details about psychomotor physiotherapists' approach to follow-up of children and young people with eating disorders. There are few previous studies that examine psychomotor physiotherapists' experiences with follow-up of children and young people with eating disorders. The study therefore contributes important knowledge about the role of psychomotor physiotherapists in the follow-up, as they experience it themselves.

Keywords: Norwegian psychomotor physiotherapy, physiotherapy, eating disorder, children, young people, adolescents, youth.

FORKORTELSER:

BMI	Body mass index (engelsk for kroppsmasseindeks (KMI))
KUHR	Kontroll og utbetaling av helserefusjoner
NPMF	Norsk psykomotorisk fysioterapi
NSD	Norsk senter for forskningsdata
PMF	Psykomotorisk fysioterapi
ROK	Ressursorienterte kroppsundersøkelse
STK	Systematisk tekstkondensering
UKOM	Statens undersøkelseskommisjons for helse- og omsorgstjenesten
WHO	World Health organization

INNHALDSFORTEGNELSE

1. INTRODUKSJON.....	s. 1
1.1. Bakgrunn	s. 1
1.2. Hensikt.....	s. 2
1.3. Problemstilling.....	s. 3
1.4. Begrepsavklaring.....	s. 3
1.5. Litteratursøk.....	s. 4
1.6. Tidligere forskning.....	s. 5
1.7. Oppgavens disposisjon.....	s. 6
2. TEORI.....	s. 7
2.1. Spiseforstyrrelse.....	s. 7
2.1.1. Diagnosesystem og klassifisering.....	s. 7
2.1.2. Ulike typer spiseforstyrrelse og symptomer.....	s. 7
2.1.3. Ungdomstiden – en sårbar og utsatt tid.....	s. 9
2.1.4. Disponerende faktorer for spiseforstyrrelse.....	s. 10
2.1.5. Forekomst.....	s. 10
2.1.6. Prognose.....	s. 12
2.2. Tidlig oppdagelse - forebygging.....	s. 13
2.3. Oppfølging og behandling.....	s. 13
2.4. Samarbeid i behandlingssystemet.....	s. 14
2.5. Psykomotorisk fysioterapi som behandlingstilnærming.....	s. 15
2.6. Nasjonale retningslinjer og pakkeforløp.....	s. 16
2.7. Kroppsfenomenologi.....	s. 18
3. METODE.....	s. 20
3.1. Forskningsdesign.....	s. 20
3.2. Vitenskapsteoretisk innfallsvinkel.....	s. 21
3.3. Forskerens forforståelse.....	s. 22
3.4. Utvalg og rekruttering av informanter.....	s. 23
3.5. Datainnsamling.....	s. 25
3.5.1. Forberedelse.....	s. 25
3.5.2. Intervjuguide.....	s. 25

3.5.3.	Gjennomføring.....	s.26
3.5.4.	Transkribering.....	s.27
3.6.	Analyse av datamaterialet – Systematisk tekstkondensering (STK).....	s. 27
3.6.1.	Helhetsinntrykk – fra villniss til foreløpige temaer.....	s.28
3.6.2.	Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering.....	s. 29
3.6.3.	Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold.....	s. 33
3.6.4.	Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater.....	s. 34
3.7.	Etiske hensyn.....	s. 35
4.	RESULTAT.....	s. 38
4.1.	Bevissthet rundt individuell tilnærming og oppfølging.....	s. 39
4.1.1.	Undersøkelsen viser vei.....	s. 39
4.1.2.	Stort spenn i oppfølgingstiltakene.....	s. 41
4.2.	Kompleksiteten og det sammensatte ved sykdommen.....	s. 44
4.2.1.	Kroppsbildeforstyrrelse.....	s. 44
4.2.2.	Tvangspreget og overdreven trening.....	s. 45
4.3.	Særstilling ved å få tilgang gjennom kroppen.....	s.46
4.3.1.	Berøringsmandatet og jobbe gjennom kroppen.....	s. 47
4.3.2.	Kompetanse og egenskaper hos den psykomotoriske fysioterapeuten.....	s. 47
4.4.	Varierende samarbeid på tvers av tjenestenivåer.....	s.48
4.4.1.	Psykomotoriske fysioterapeuter i primær- og spesialisthelsetjenesten.....	s. 48
4.4.2.	Betydningen av fysioterapi som tidlig intervensjon.....	s. 51
5.	DISKUSJON.....	s. 53
5.1.	Kompleksiteten og det sammensatte ved sykdommen, og betydningen av individuell tilnærming.....	s. 53
5.2.	Psykomotorisk fysioterapi og særstillingen ved å jobbe gjennom kroppen.....	s. 61
5.3.	Varierende samarbeid på tvers av tjenestenivåer.....	s. 62
5.4.	Metodediskusjon.....	s. 65

5.4.1. Refleksivitet.....	s. 65
5.4.2. Validitet.....	s. 68
5.4.3. Relevans.....	s. 71
6. KONKLUSJON.....	s. 72
REFERANSELISTE.....	s. 73
Vedlegg 1: Vurdering fra SIKT.....	s. 78
Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema.....	s. 79
Vedlegg 3: Intervjuguide.....	s. 84
Vedlegg 4: Datahåndteringsplan.....	s. 88
Vedlegg 5: Litteratursøk.....	s. 89
Tabell 1: Informantene.....	s. 24
Tabell 2: Trinn 1, STK.....	s. 29
Tabell 3: Trinn 2, STK.....	s. 32
Tabell 4: Trinn 3, STK.....	s. 34
Tabell 5: Trinn 4, STK	s. 35
Tabell 6: Hovedtemaer og subtemaer.....	s. 38

1. INTRODUKSJON

1.1. Bakgrunn

Det meldes om en økning av barn og unge med spiseforstyrrelse, og andelen økte kraftig under Covid-19- pandemien. En ny studie utført av forskere ved Folkehelseinstituttet bekrefter at økningen har vært betydelig, og særlig blant jentene (Folkehelseinstituttet, 2022). Økningen sees både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Også tall fra Statens undersøkelseskommissjon (UKOM) viser til stor økning i spiseforstyrrelse hos barn og unge (Helsedirektoratet, 2024). Deres tall indikerer at sykdommen rammer yngre barn enn tidligere (Sundquist, 2021). Det deles bekymringsmomenter for økningen og man ser nødvendigheten av å følge med på trenden og fremover jobbe med oppfølging og behandlingstiltak for barn og unges psykiske helse, spesielt rettet mot spiseforstyrrelse (Helsedirektoratet, 2024).

Spiseforstyrrelser opptrer oftest i ungdomsårene, men barn kan også få spiseforstyrrelse. Spiseforstyrrelse betegnes som ekstra farlige hos barn og unge ettersom de raskt kan bli dårligere og den normale utviklingen som barnet og ungdommene skal følge stagnerer eller utvikles for sent. Det er derfor viktig å følge med på at barnet og ungdommen følger sin naturlige vekstkurve og utvikling. Variasjonen som mange barn og ungdommer opplever i utviklingen kan gjøre det vanskelig å oppdage eventuelle endringer som burde gi mistanke før det er gått en stund. Barnas kroppsvekt og vekstperioder varierer og det er individuelt hvordan barna utvikler seg (Abup, Sørlandet Sykehus, 2022).

Puberteten er en særlig sårbar periode for utvikling av spiseforstyrrelser, spesielt for jenter. I denne perioden skjer det store hormonelle forandringer i kroppen som fører til kroppslige og følelsesmessige endringer, noe som kan medvirke til at perioden er ekstra risikofylt for utvikling av spiseforstyrrelse. Faktorer av psykologisk og sosial art vil kunne påvirke grad av sårbarhet hos den unge og hvorvidt forandringene som puberteten fører med seg fører til psykiske vansker som utfordringer knyttet til kroppsbilde og spisemønster (Helsedirektoratet, 2017). I ungdomstiden forvandles den trygge, vante og kjente barnekroppen om til en ungdomskropp som kan kjennes fremmed og ugjenkjennelig ut, og i denne fremmedheten skal ungdommene søke tilhørighet i nye sammenhenger og relasjoner (Ottesen, Øyehaug og Bjorbækmo, 2016).

Ifølge Meisingset Montarou, Lien og Fet Vindsnes (2023) har en av ti ungdommer som går på videregående skole utviklet spiseforstyrrelser eller har symptomer på sykdommen.

Ungdommene har behov for akutte tiltak og tilrettelegginger og ungdommer i risikogruppen har store behov for forebyggende lavterskeltilbud (Meisingset Montarou, Lien og Fet Vindsnes (2023). Ifølge Ottesen, Øyehaug og Bjorbækmo (2016) trer ikke de stressrelaterte helseplagene til ungdommene frem over natten. Kroppen har i de fleste tilfeller gitt uttrykk for og meldt ifra over lengre tid før plager får ulike betegnelser eller blir til sykdom.

Abup poengterer at dersom det er snakk om spiseforstyrrelse er det viktig med rask hjelp til det aktuelle barnet eller ungdommen. For å få en nødvendig behandling på det riktige omsorgsnivået er det viktig med en grundig og god somatisk og psykiatrisk utredning. En spiseforstyrrelse behandles best når behandlingen kommer raskt i gang (Abup, Sørlandet Sykehus, 2022).

Både primærforebygging, som å forhindre at spiseforstyrrelser oppstår, i form av tidlig identifisering av symptomer hos ungdommene men også sekundærforebygging, som søker å begrense varigheten av spiseforstyrrelser, er viktig forebyggende arbeid. Dette krever at helsepersonell i primærhelsetjenesten har kunnskap om tidlige tegn på mulig utvikling av spiseforstyrrelse og at tidlig intervensjon settes inn for å hindre en utvikling av sykdommen og minske faren for alvorlig sykdom (Helsedirektoratet, 2017). Ifølge Ottesen, Øyehaug og Bjorbækmo (2016) forteller unge at fysioterapi og kroppen som innfallsvinkel er med på å gi kunnskap og innsikt på en annen måte enn samtaler, som de ofte har med andre fagpersoner.

Imidlertid finnes det lite kunnskap om dette temaet fra fysioterapeuters eget perspektiv. Psykomotoriske fysioterapeuter har en unik kompetanse om sammenhengen mellom livet som leves og hvordan dette kommer til uttrykk kroppslig (Engelsrud, 2015, s. 30-31). Dette er en kunnskap det er viktig å benytte i oppfølgingen av barn og unge med spiseforstyrrelser.

1.2 Hensikt

Hensikten med masteroppgaven var å utforske og få en dypere forståelse av erfaringer som et utvalg av psykomotoriske fysioterapeuter har fra oppfølging av barn og unge med spiseforstyrrelse. Dette kan være viktige erfaringer i det videre arbeidet med forebygging og oppfølging av sykdommen. I tillegg kan erfaringene og kunnskapen de psykomotoriske fysioterapeutene har være nyttig og verdifull for andre psykomotoriske fysioterapeuter eller allmennfysioterapeuter som jobber eller som ønsker å jobbe med barn unge med spiseforstyrrelse.

1.3. Problemstilling

Problemstillingen for studiet var følgende: *Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter fra oppfølging av barn og unge med spiseforstyrrelse?*

Prosjektet begrenses til å omhandle barn og unge. På helsedirektoratets nettsider defineres skolehelsetjenesten til å være en tjeneste for barn og unge opp til 20 år (Helsedirektoratet 2023), derfor beskrives unge opp til denne alderen.

1.4. Begrepsavklaring

Spiseforstyrrelse er en gruppe psykiske lidelser med symptomer som handler om forholdet til mat, kropp og vekt (Helsedirektoratet, 2017). Spiseforstyrrelse blir videre gjort rede for i teoridel.

Psykomotorisk fysioterapi defineres følgende på Norsk fysioterapeutforbund sin hjemmeside:

Psykomotorisk fysioterapi (PMF) er en norsk behandlingstradisjon, og behandlingsformen omtales derfor også som Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF): "Fysioterapeuter med psykomotorisk kompetanse har inngående kunnskap om ulike former for muskel/skjelett-lidelser, psykiske lidelser og sammensatte lidelser av ulik alvorlighetsgrad.. PMF retter seg mot bevisstgjøring og endring av spenningstilstandene i kroppen, og kan gi økt fortrolighet og kontakt med egen kropp".

Begrepet *fysioterapeut* vil i oppgaven brukes parallelt med *psykomotorisk fysioterapeut* ettersom informantene selv ofte refererte til fysioterapi eller fysioterapeut ved omtaling av behandling og oppfølging. Der det er tydelig at det menes en *allmennfysioterapeut*, som er uten utdannelsen psykomotorisk fysioterapi, skrives det eksplisitt i oppgaven.

Med begrepet *oppfølging* menes all terapeutisk kontakt og inkluderer undersøkelse, behandling, men også all kommunikasjon som kan relateres til pasienten.

Psykisk helse beskrives av Verdens helseorganisasjon (WHO) som “...en tilstand av velvære som gjør mennesker i stand til å takle livets påkjenninger, realisere sine evner, lære godt og jobbe godt, og bidra til felleskapet. Den har en egen og instrumentell verdi og er integrert i vår velvære (World health organization, 2024). (Egen oversettelse fra engelsk)

Psykisk helsearbeid defineres i tidsskrift for psykisk helsearbeid ved leder (2008) på følgende måte:

“Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø.”

Psykomotoriske fysioterapeuters arbeid med barn og unge med spiseforstyrrelser kan med bakgrunn i disse begrepsavklaringene beskrives som psykisk helsearbeid. Dette vil videre bli gjort rede for i teoridelen.

1.5. Litteratursøk:

For å finne relevant forskning som er utført tidligere er det foretatt litteratursøk systematisk rettet mot fysioterapi, spiseforstyrrelse og barn og ungdom. Det ble utført litteratursøk i databaser som Oria, Chinal, PsycINFO, og Pubmed. I tillegg er det hentet flere relevante artikler fra fagtidsskriftet Fysioterapeuten. Spesifikke søkeord som er brukt i litteratursøkene er psykomotorisk fysioterapi, fysioterapi spiseforstyrrelse, barn, unge og ungdommer. På engelsk er det benyttet de oversatte ordene “norwegian psychomotor physiotherapy” og “physical therapy” “eating disorders”, “children” og “youth”. Eksempel på litteratursøk i Oria ligger som vedlegg 5. Det ble funnet mange artikler og bøker som omhandlet spiseforstyrrelse (483 treff i Oria). Det ble funnet et mindre antall artikler på søkeordene psykomotorisk fysioterapi og spiseforstyrrelse (4 treff). Ved kombinasjon av søkeordene “psykomotorisk fysioterapi, spiseforstyrrelse og barn eller unge eller ungdommer, ble

resultatet 2 treff. Artikler og bøker som var relevante for studiens problemstilling ble tatt med. Andre artikler og bøker var interessante for å få en innsikt i temaet spiseforstyrrelse, som blant annet bok skrevet at ungdommer som har opplevd spiseforstyrrelse.

1.6. Tidligere forskning:

Det er gjort noe forskning tidligere som har sett på betydningen av psykomotorisk fysioterapi i oppfølging av spiseforstyrrelse. Det finnes imidlertid lite forskning som tar for seg fysioterapeuters oppfølging av barn og unge med spiseforstyrrelse.

Et nylig gjennomført norsk studie belyste erfaringer som ungdommer med alvorlig anoreksia nervosa har med norsk psykomotorisk fysioterapi i spesialisthelsetjenesten. Studiets funn viste at behandlingen opplevdes som et frirom for ungdommene, der de fikk utforske egen subjektivitet gjennom den verbale og kroppslige samhandlingen med den psykomotoriske fysioterapeuten. Behandlingen førte til at de utviklet en økt kroppskontakt og at de erfarte i større grad kroppen som en ressurs. Gjennom tiltak som berøring, massasje og bevegelsesutforskning opplevde de bedret kontakt med seg selv, følelser, grenser og behov. Avgjørende for endringsprosessen var trygghet og anerkjennelse til den psykomotoriske fysioterapeuten. Det ble også trukket frem at behandlingstilnærmingen bidro med noe annet og mer utfyllende rettet mot spiseforstyrrelsen enn andre behandlingsformer i spesialisthelsetjenesten (Rabben et al., 2024).

Forsmo og Holmesland (2021) gjennomførte en studie som avdekket beskrivelser av psykomotoriske fysioterapeuters bruk av berøring i oppfølgingen av pasienter med spiseforstyrrelse. De mente at psykomotoriske fysioterapeuters kompetanse i å tolke kroppslige signaler sannsynligvis var med på å skape en trygghet hos pasientene som igjen gjorde det mulig å bruke berøring som tiltak, selv om pasientene kunne oppleve det som utfordrende (Forsmo og Holmesland, 2021).

Ifølge Børsum og Råheim (2017) finnes det omfattende forskning på behandling av pasienter med spiseforstyrrelse, men det finnes lite forskning som tar for seg behandling med utgangspunkt i kroppserfaring, til tross for at dette er en lidelse som omhandler kroppen i stor grad. I deres forskningsprosjekt fant de at psykomotorisk fysioterapi bidro med noe som er vesentlig, annerledes og utfyllende i forhold til andre behandlingstilnærminger. Forskningen

ble utført på en spesialenhet for spiseforstyrrelse som undersøkte behandlingstiltakene hos pasienter med spiseforstyrrelser (Børsum og Råheim, 2017).

Ifølge Marit Danielsen (2006) er det få inneliggende pasienter med spiseforstyrrelser i spesialenheter og det er grunn til å mistenke at mange pasienter i kommunehelsetjenesten har udekkede behov for behandling av sine kroppsbildeforstyrrelser. I tillegg vurderer Danielsen at fysioterapeuter som har kompetanse på kropp, kan bidra inn mot pasienter som strever med spiseforstyrrelse og forholdet sitt til kroppen med sin kunnskap, interesse og forståelse for sammenhenger i kroppen. Det formidles videre at mange fysioterapeuter møter pasienter med spiseforstyrrelser i sin kliniske hverdag, men at inntrykket er at det er stor variasjon i behandlingstilbudet de får hos fysioterapi. Det er forsket lite på fysioterapi og spiseforstyrrelser og det finnes lite litteratur om emnet (Danielsen Marit, 2006).

Fra doktorgraden til Mathiesen Fostervold (2018) er bruk av trening i behandling av spiseforstyrrelser undersøkt. Funn fra studiet viste at evaluering av fysisk helse bør inn i ordinær klinisk kartlegging hos pasienter med spiseforstyrrelse. Fysisk aktivitet og kostholdsveiledning bør innføres ved oppfølging av bulimi (BN) og overspisingslidelser (BED) ettersom man fant at veiledet trening- og kostholdsterapi, kan være vellykkede behandlingsmetoder med langvarig opprettholdt effekt (Mathiesen Fostervold, 2018).

1.7. Oppgavens disposisjon:

Oppgaven består av seks hoveddeler. Teorien vil bli presentert i del to. Del tre beskriver metoden som er benyttet og gjennomføring av prosjektet. Her presenteres også gjennomføringen av analyseprosessen for prosjektets data. Resultatene beskrives i del fire og i del fem presenteres en diskusjon av funn og teori opp mot oppgavens problemstilling. Videre presenteres en metodediskusjon, forskerrollen og refleksivitet (og implikasjoner for praksis?). I del seks presenteres en oppsummering og konklusjon for prosjektet. Referanseliste og aktuelle vedlegg er presentert til slutt.

2. TEORI

I denne delen vil teori som omhandler spiseforstyrrelser; ulike typer, prognose, forekomst samt disponerende faktorer bli presentert. Videre beskrives ungdomstiden og hvorfor dette er en sårbar tid. Nasjonale retningslinje og pakkeforløp til spiseforstyrrelse presenteres. Kroppsfenomenologi beskrives til slutt. Kapittelet har til hensikt å gi leseren innblikk i forskerens teoretiske referanseramme.

2.1. Spiseforstyrrelse

2.1.1. Diagnosesystem og klassifisering

Med spiseforstyrrelse i dette studiet menes de tilstandene som fyller de diagnostiske kriteriene slik de står definert i ICD-10, som er en internasjonal statistisk klassifikasjon av sykdommer og helseproblemer (Helsedirektoratet, 2017). Den nye versjonen som kom i 2018, ICD-11, er foreløpig ikke oversatt til norsk og man følger fremdeles ICD-10 i det offentlige helsevesen i Norge (Direktoratet for e-helse, 2022). DSM-5 er et annet internasjonalt diagnosesystem, utarbeidet av APA (American Psychiatric Association), og de diagnostiske kriteriene for spiseforstyrrelse er noe ulike fra definisjonene som brukes i ICD-10 (Helsedirektoratet, 2017).

Innenfor spiseforstyrrelse har ICD-10 klassifikasjonene anorexia nervosa og bulimia nervosa (Helsedirektoratet, 2017). Overspisingslidelse er beskrevet med egen kategori i DSM-5 og i ICD-11, men står ikke beskrevet i ICD-10. I presentasjonen av studiet videre er det gjennomgående valgt å omtale anorexia nervosa og bulimia nervosa som henholdsvis “anoreksi og “bulimi”. ICD-10 benyttes som referanse for klassifisering av spiseforstyrrelse i studiet.

2.1.2. Ulike typer spiseforstyrrelse og symptomer

Spiseforstyrrelse omfatter flere tilstander der det viktigste symptomet er unormal spiseadferd. Når tanker om kropp og spising får en intensitet og et omfang i en slik grad at de påvirker hverdagens funksjonsnivå, snakker vi om spiseforstyrrelser (Øyvind Rø i Rø et al., 2020, s. 43). Å være spiseforstyrret innebærer å være overopptatt av kroppen, vekten og utseendet. Spiseforstyrrelser handler ifølge Skårderud (2000, s. 8) alltid om lav og svingende

selvfølelse. Atferden som følger med spiseforstyrrelsen, påvirker og gir belastninger på kroppen som i seg selv kan skape behandlingstrengende somatiske (kroppslige) tilstander (s. 11).

Alvorlighetsgraden på tilstanden varierer fra milde og få symptomer til å være en potensielt dødelig sykdom (Øyvind Rø i Rø et al., 2020, s. 43). Anoreksi har høyest dødelighet av alle psykiske lidelser (Lindvall Dahlgren og Wisting, 2022). Ved anoreksi er lav vekt og frykt for vektoppgang hovedsymptomet. Ved bulimi er episoder med overspising og adferd for å unngå vektoppgang som f.eks. oppkast, hovedsymptomet. Ved overspisinglidelse er overspisingsepisoder uten adferd med påfølgende oppkast det viktigste hovedsymptomet. Det er i tillegg atypiske varianter og andre typer forstyrret spiseadferd som ikke kommer inn under kategorien spiseforstyrrelse, som ortoreksi, som er en overdreven opptatthet av sunn mat og trening, og megareksi, der personen overopptatt med å “bygge” muskler og bli så stor og muskuløs som mulig (Øyvind Rø i Rø et al., 2020, s. 45-49).

Pasienter kan ha overlappende symptomer og samme person ha ulike diagnoser på ulike tidspunkt. En anorektisk pasient kan f.eks. bevege seg over til bulimi og ende med en uspesifisert spiseforstyrrelse. Det er også svært vanlig med komorbiditet, eller samsykelighet, ved spiseforstyrrelser, som betyr at i tillegg til spiseforstyrrelsen har personen en eller flere psykiske lidelser (Øyvind Rø i Rø et al., 2020, s. 48- 52). Spesifikke psykologiske symptomer ved spiseforstyrrelser er uhensiktsmessige følelser og tankesett rundt kropp, spising og mat. Det omfatter en endret kroppssopplevelse ettersom kroppen oppleves som større enn den i realiteten er i tillegg til en redsel for vektøkning. Egenverdien som menneske knyttes sterkt til figur og vekt. I tillegg finner man ofte at personen selv ikke ser alvoret i situasjonen eller en manglende erkjennelse. Angst, depressive tanker og ambivalens til en endring er også vanlige fenomen knyttet til sykdommen. For å kunne bli klassifisert som spiseforstyrret skal fysisk aktivitet ha karakter som overdreven eller tvangsmessig. Hovedmotivet skal være å forbrenne kalorier (s. 47). Symptomene i spiseforstyrrelsen kan være opprettholdende for sykdommen. Kroppssjekking forsterker kroppsoveropptattheten. Jo mer veiing og slanking, jo større fokus på kropp og vekt (s.111).

Den som har spiseforstyrrelsen har ofte en redusert kontakt med seg selv. Den reduserte kontakten med indre fornemmelser sees spesielt i kontakt med egen kropp. Mange skjerner seg mot den kroppslige kontakten fordi erfaringen blir for overveldende. En med spiseforstyrrelse er ikke så opptatt av den levende kroppen, den som kjennes i bevegelsen, i

rytmen og i avslapningen. Dette som regnes for den subjektive kroppen. Personer med spiseforstyrrelser er først og fremst opptatt av den instrumentelle kroppen, den som er tingliggjort og som bearbeides og omformes for at hen skal kunne bli en annen, eller se ut som en annen. Dette er en kropp der personen ikke kjenner verdien av seg selv, men der hen ser seg selv med et blikk utenfra, via andres blikk. Dette er den utopiske og ideelle kroppen, den objektgjorte kroppen hvor hen ser seg selv i speilet, via vektsskalaen, tallene og øvelsene (Skårderud, 2000, s.25).

2.1.3. Ungdomstiden – en sårbar og utsatt tid

Man regner pubertetsårene som vanlig debutalder for spiseforstyrrelse. Det finnes også tilfeller der personer utvikler spiseforstyrrelse før pubertetsalder (Øyvind Rø i Rø et al., 2020, s. 50). Spiseforstyrrelse kan ramme når som helst i livet og hvem som helst. Likevel er det ofte ungdommer som er mest sårbare, og særlig unge jenter (Lindvall Dahlgren og Wisting, 2022).

Ungdomstiden bringer med seg endringer både kroppslig, psykologisk og sosialt. Hjernen gjennomgår en omfattende reovering og fasen er en brytningstid hvor mange ungdommer kan oppleve og erfare vanskelige følelser. Det er en glidende overgang mellom det som er normalt og det som er psykisk lidelse. Det er også viktig å skille mellom psykiske plager og psykiske lidelser. De fleste ungdommer har hatt perioder der de er misfornøyde med kroppen og prøver å slanke seg. Det er en glidende grense mellom å ha en slankeadferd og det å ha en spiseforstyrrelse. Dessuten er ungdommer ulike og vil ha behov, vanskeligheter og forutsetninger som ikke nødvendigvis samsvarer med forventningene man har ut fra en gitt diagnose. Det blir dermed krevende å forholde seg til denne kompleksiteten (Øhlckers et al., 2020, s. 15-26)

Den vidtgående innvirkningen av sykdommen på det unge menneskes liv viser at et tverrfaglig samarbeid rundt den unge pasienten blir ekstra viktig allerede fra starten av. Den ellers normale utviklingsfasen med løsriving fra foresatte vanskeliggjøres. Ungdommene er i en prosess og livsfase der de er i ferd med å løsrive seg fra voksne. Det å skulle få og søke hjelp fra voksne kan derfor være utfordrende for både ungdommen selv, men også de foresatte eller behandleren (Øhlckers et al., 2020, s. 26). I tillegg forstyrres en naturlig utforskning av egen kropp og seksualitet (Flaatten Halvorsen og Bratlie i Rø et al., 2020, s.148).

Ifølge Skårderud (2000, s.9) rammer spiseforstyrrelser både jenter og gutter, kvinner og menn. Jenter regnes som mest utsatt, og myten om at spiseforstyrrelser er en jente- og kvinnelidelse gjør det vanskeligere for gutter og menn å søke hjelp (s.9). Det er lite forskning på kroppsbildet, psykiske vansker og spiseforstyrrelser hos gutter og menn. Det vises til at det er liten aksept for å snakke om disse temaene blant guttene, og at de viser kroppsoptattheten sin annerledes enn jentene. Forskning viser at kroppspresstet er størst blant jentene. Man ser også mer alvorlige og større forekomster av helseproblematikk, både psykisk og fysisk, blant jentene. Legen poengterer at dette også gjelder guttene og at det kommer gutter til legekontoret som kjenner på samfunnets økte perfektjonskrav og som er opptatt av å se bra ut og være godt trente (Løvendahl Mogstad, 2017, s. 16-17.)

2.1.4. Disponerende faktorer for spiseforstyrrelse

Ifølge Øyvind Rø i Rø et al. (2020, s. 45) er utviklingen av spiseforstyrrelse alltid multideterminert som betyr at flere årsaksforhold påvirker og bidrar til en utvikling. Man deler de faktoriale årsakene inn i fire hovedkategorier: biologiske, psykologiske, relasjonelle og kulturelle (Wie Torsteinsson i Rø et al., 2020, s.66). Hvorvidt en person med sårbarhetsfaktorer utvikler en spiseforstyrrelse eller ikke påvirkes av de utløsende faktorene i personens liv. De beskyttende faktorene hos personen kan bidra til å redusere risikoen for utviklingen av sykdommen, selv om det foreligger flere sårbarhetsfaktorer som bidrar til å få en spiseforstyrrelse. Man snakker også om vedlikeholdende faktorer hos personen som kan bidra til å gjøre det mer krevende å bli frisk når en person har utviklet en spiseforstyrrelse (Helsedirektoratet, 2017). Som risikofaktor for spiseforstyrrelse vektlegger sosiokulturelle modeller den vestlige kulturens kroppsideal. Sosiale medier sees på som risikofaktorer for utvikling av spiseforstyrrelse fordi potensialet for å formidle og skape kroppsidealer er stort og kroppssammenligninger foretas i stor grad (Bang og Lindvall Dahlgren i Rø et al., 2020, s.84).

2.1.5. Forekomst

Det er ifølge Lindvall Dahlgren og Wisting (2022) et stort behov for oppdaterte tall på spiseforstyrrelser i Norge. Paradoksalt nok ble den siste forekomststudien gjennomført for over 20 år siden av Rosenvinge, Sundgot-Borgen & Børresen (1999) og dermed er de norske

tallene som man ofte refererer til utdaterte. Vi vet dermed ikke med sikkerhet hvor mange ungdommer som faktisk sliter med spiseforstyrrelse i Norge og det er et behov for å gjennomføre nasjonale forekomststudier på spiseforstyrrelser for å få et riktig bilde av omfang og fordeling (Lindvall Dahlgren og Wisting, 2022). Løvendahl Mogstad (2017) formidler at det er en enighet blant ekspertene at om at det er en økning i forekomst av spiseforstyrrelser i Norge og at det trolig er mange mørketall, spesielt blant guttene (Løvendahl Mogstad, 2017, s. 48-49).

Tall fra en studie kalt EPI-EDY (Epidemiology of Eating Disorders in Norwegian Youth), viser ifølge Lindvall Dahlgren og Wisting (2022), at en av tre jenter har et problematisk forhold til kropp, spising og mat. Tallet for gutter er 5 %. Dette er ungdommer som kan miste kontrollen over egen spising, begrenser matinntaket sitt, trener tvangsmessig eller kontrollerer vekten sin ved å kaste opp. Ungdommene er sårbare og står i en risiko for å utvikle en spiseforstyrrelse (Lindvall Dahlgren og Wisting, 2022). Resultatene fra EPI-EDY studien viser at forekomsten av spiseforstyrrelser er urovekkende høy. Hele 10 % av ungdommene i studien har en klinisk spiseforstyrrelse basert på DSM-5 kriteriene. Kjønnsmessig fordeling viser at forekomsttall hos jentene var 16 % mens den var 1,6 % hos guttene. Studien viser også at selv om en av ti ungdommer kan diagnostiseres klinisk med spiseforstyrrelse har bare en tredjedel vært i kontakt med helsevesenet. Dataene viste også at anoreksi er på fremmarsj hos begge kjønn. Hos jentene var atypisk anoreksi, også kalt “uspesifisert spiseforstyrrelse”, den hyppigst forekommende spiseforstyrrelsen og forekom hos ca. 8 % av jentene. Mange av disse får ikke diagnosen anoreksi fordi de ikke er betydelig undervektige. Forekomsten av anoreksi var hos jentene på ca. 3 % og er ti ganger høyere enn tallene fra studien som ble foretatt i 1999, og som i dag benyttes som grunnlag for å beskrive hvor utbredt spiseforstyrrelser er i Norge. For guttene var den vanligste spiseforstyrrelsen anoreksi og hadde en estimert forekomst på ca. 1%. Til sammenligning hadde anoreksi en forekomst på 0 % hos guttene i tallene fra 1999 (Lindvall Dahlgren og Wisting, 2022).

Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) meldte i mars 2021 om en tydelig økning av psykiske plager hos barn og unge. På målingene utmerket spiseforstyrrelser seg. Under pandemien meldte helsetjenesten om en betydelig økning i spiseforstyrrelser og kommuniserte i tillegg at det var utfordrende å få god behandling til alle. De meldte at pasientene med spiseforstyrrelser både var yngre og sykere enn tidligere. Flere helseinstanser har fått følger av økningen og det meldes om en eksplosiv vekst i antall henvendelser til lavterskeltilbudene som finnes (Helsedirektoratet, 2024). Barne – og

ungdomspsykiatrien viser til en økt pågang av alvorlige spiseforstyrrelser i 2020. Pål Iden, direktør for Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom), uttrykte bekymring for at det er økte ventelister til lavterskeltilbudene. Pål Iden poengterte at helsenorge må styrkes med tilbud før barn og unge kommer til BUP, fordi BUP skal være et tilbud for dem som allerede har fått sykdommen (Sundquist, 2021).

FHI viser også til nye tall som gir indikasjoner på at spiseforstyrrelser har økt både i primær- og spesialisthelsetjenesten. I artikkelen står det beskrevet at andel gutter med spiseforstyrrelsesdiagnose var lavt og det ble valgt å kun presentere tall for jentene. Det ble imidlertid meldt om kraftig økning i spiseforstyrrelse blant jentene under Covid19-pandemien. Tallene betegnes som så store at forskeren Pål Søren ved folkehelseinstituttet sier man må betegne spiseforstyrrelse som et folkehelseproblem i denne befolkningsgruppen (Folkehelseinstituttet, 2022).

Ifølge internasjonal forskning er det flere mennesker som har overspisingslidelser enn anoreksi og bulimi samlet. Overspisingslidelse er i dag ikke en egen diagnose i det norske klassifikasjonssystemet ICD-10. Pasienter med overspisingslidelse har dermed ikke rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Studier viser at 9 av 10 som har bulimi og anoreksi er kvinner mens studier viser at det er omtrent 40 prosent av dem med overspisingslidelser som er menn (Helmikstøl, 2021).

2.1.6. Prognose

Flertallet av pasientene med spiseforstyrrelse blir friske (Rø et al., 2020, s.322). Prognosen for tilfriskning av spiseforstyrrelse varierer imidlertid i ulike studier. Generelt ser man at man får bedre resultater jo lengre oppfølgingsforløpet varer. Man oppnår ofte også bedre resultater hos dem med lavere alvorlighetsgrad. Det er imidlertid delte meninger blant behandlere, pasienter og forskere om hva det vil si at en person er blitt frisk av spiseforstyrrelse. For pasienter med spiseforstyrrelse kan en forbedring av symptomene ha stor påvirkning av deres livskvalitet og funksjon i hverdagen, til tross for at personen ikke regnes for å være helt frisk etter gitte kriterier (s. 51). Forskningen viser at det bedre prognose jo tidligere i sykdomsforløpet pasienten mottar behandling (Lindvall Dahlgren og Wisting, 2022).

2.2. Tidlig oppdagelse – forebygging

Lindvall Dahlgren og Wisting (2022) sier at nye tall fra deres studie signaliserer at det er et akutt behov tilrettelegging av lavterskeltilbud og forebyggende tiltak for ungdommer i risikogruppen. Forskerne nevner at slike tiltak bl.a. bør omfatte et generelt kunnskapsløft om spiseforstyrrelse i samfunnet, en kompetanseheving innenfor skolehelsetjenesten og primærhelsetjenesten samt å styrke allerede eksisterende lavterskeltilbud, eller opprettelse av nye. Forskerne påpeker at vi fremover må utvikle, evaluere og implementere målrettede tiltak for å forebygge slik at vi kan bekjempe den alvorlige sykdommen som spiseforstyrrelse er (Lindvall Dahlgren og Wisting, 2022).

2.3. Oppfølging og behandling

Pasienter med spiseforstyrrelse ønsker å møte behandlere som har erfaring i å behandle spiseforstyrrelse og som er kjent med fenomenologien i spiseforstyrrelsen. Behandlerne bør også ha kunnskap om virksomme og gode tilnærminger til problemstillingene som kommer. Det påpekes også at den kliniske ekspertisen skal handle om kjennskap til det lokale hjelpeapparatet og kontaktetablering mellom instansene. Helsetjenesten ser forskjellig ut i ulike regioner og det kan være noe ulik kompetanse i de ulike tjenestene (Wie Torsteinsson og Wiig Hage i Rø et al., 2020, s.99-100). For å få til et godt samarbeid om oppfølgingen er det avgjørende å etablere og opprettholde en god terapeutisk allianse både med den unge pasienten og familien (s.108).

For å bli frisk fra en spiseforstyrrelse må den syke endre adferden sin. Spiseforstyrrelse kan ha en positiv funksjon på både kort og lang sikt ved at den kan gi mestringsopplevelser og -følelser ved at man f.eks. klarer å følge slankekurer eller drive med mye og hard trening. I tillegg kan overspising og sult bidra til å dempe ubehag. Til tross for at treningen er overdrevet og bærer preg av tvang i ulik grad, kan den føre til lindring av følelsesmessig ubehag og at man opplever å ha fått til noe. For å oppnå adferdsendringer er motivasjonen helt sentral. Behandlingsintervensjoner bør derfor samsvare med motivasjonen til pasienten (Rø i Rø et al., 2020, s.110-117).

2.4. Samarbeid i behandlingssystemet

For å oppnå et optimalt behandlingstilbud til pasienter med spiseforstyrrelse er sømløse overganger innenfor behandlingssystemet og behandling som er kunnskapsbasert og skreddersydd det ideelle. Det ligger mye god helsehjelp i trygge og gode overganger i behandlingsskjeden (Nilsen og Wie Torsteinsson i Rø et al., 2020, s.119).

I Norge skiller man i behandlingsskjeden innenfor spiseforstyrrelse mellom primærhelsetjenesten (helsesykepleier, fastlege og andre kommunale behandlingstilbud), spesialisthelsetjenesten (BUP, DPS, poliklinikk, døgn) og de regionale og nasjonale spesialfunksjonene (eks. Regionale kompetansesentra). Det er en stor oppslutning om LEON-prinsippet, som indikerer at alle skal ha oppfølging på lavest effektive omsorgsnivå (Nilsen og Wie Torsteinsson i Rø et al., 2020, s.119). Det er likevel slik at personer med kliniske spiseforstyrrelse fortrinnsvis skal behandles i spesialisthelsetjenesten (s.127). Uansett behandlingssnivå bør en person som har utviklet spiseforstyrrelse møtes og behandles av fagpersoner som har kompetanse innenfor feltet spiseforstyrrelser. Kompetansen handler om kunnskapen til fagpersonene, men også om holdninger og relasjonskompetanse (s.120-121).

Det vil ofte være hensiktsmessig med tverrfaglige team for å sikre en helhetlig og integrert behandling for den enkelte, ettersom behandlingsbehovene ofte er sammensatte. Det er essensielt for behandlingsprosessen at de ulike instansene og det tverrfaglige teamet samsnakker og koordinerer (Nilsen og Wie Torsteinsson i Rø et al., 2020, s.127). Ettersom spiseforstyrrelser opptrer i ungdomstiden vil helsesykepleiere og fastlege være viktige bidragsyttere i primærhelsetjenesten og er ofte dem som møter den unges utfordringer først. Selv om ungdommene skal henvises til spesialisthelsetjenesten påpekes det at kompetansen som finnes i kommunen også er sentral. Ungdommene har en tilhørighet i sin kommune selv om de får hjelp i spesialisthelsetjenesten. Man vet også at mange unge ønsker seg tilbud som befinner seg nær deres hverdagsliv og i deres nærmiljøer. Derfor er det av betydning at man har kompetanse om spiseforstyrrelse også i førstelinjetjenesten. Det påpekes i tillegg at ungdommene har behov for kunnskap om kropp og utvikling, fysisk, psykisk og sosialt (Bratlie i Rø et al., 2020, s.130-132).

2.5. Psykomotorisk fysioterapi som behandlingstilnærming

I 2017 hadde 3437 barn og unge mellom 0 og 25 år oppfølging hos psykomotorisk fysioterapeut ifølge KUHR-databasen (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner) (Prop. 121 S, 2018-2019). Fysioterapeuter har mye kunnskap og kompetanse om trening og kroppsbilde og har en lengre tradisjon i å bidra med behandling av spiseforstyrrelse (Danielsen i Rø et al., 2020, s.226). Gretland (2007, s.86) sier at fysioterapi kan bidra til å fremheve erfaringer, kroppssanser og mestringsmuligheter. Fysioterapi og former for kropporientert psykoterapi regnes for å være egnede metoder for å fremme kroppskunnskapen (Skårderud, 2000, s. 49). Psykomotorisk fysioterapi kan være et av flere aktuelle tiltak for å jobbe med kroppsbildeforstyrrelse og tvangspregede trening. For psykomotoriske fysioterapeuter er kroppen innfallsvinkelen, uansett hvilke metoder som benyttes. Mange pasienter med spiseforstyrrelse kan fortelle om vanskelige og negative kroppserfaringer som kan komme i uttrykk i kroppslige symptomer og reaksjoner. Når pasienter med spiseforstyrrelse er vurdert til å ha en forsvarlig somatisk tilstand kan tilpasset fysisk aktivitet og trening være aktuelle tiltak i behandlingen (Danielsen i Rø et al., 2020, s.229).

Fysioterapeutisk tilnærming gjør bruk av andre innfallsvinkler til arbeidet med spiseforstyrrelsens vanskeligheter enn den rene samtalen. Spiseforstyrrelse er en lidelse som i stor grad setter seg i kroppen og man kan derfor benytte metoder og tilnærminger som bruker andre uttrykksformer og kommunikasjonskanaler enn samtaleterapien. For noen av pasientene kan det direkte kroppsarbeidet med fysioterapeuten lage rom for endring på disse områdene (Wie Torsteinsson i Rø et al., 2020, s.212).

Det er viktig at fysioterapeuten har god kunnskap om trening og spiseforstyrrelse. Behandlingstiltakene må bygges på kunnskap om sunn trening, tilrettelegging for å fremme god helse og man må være oppmerksom på belastningslidelser. Det er en forutsetning med vektøst oppgang for undervektige pasienter dersom økt fysisk aktivitet skal være forsvarlig å utføre. Fysioterapioppfølgingen har som mål å øke aksepten for kroppen, bedre evnen til å forstå og oppfatte kroppens signaler og ta hensyn til dem. Andre viktige mål er å minske det tvangspregede, rigiditeten og det negative kroppsfokuset i treningen (Danielsen i Rø et al., 2020, s.229).

Det å være en involvert behandler i en oppfølging av en pasient med en sykdom som kan være dødelig, kan skape bekymring og redsel i behandleren. Frykten for sykdommens alvorlighet og potensielle utfall kan påvirke inn i oppfølgingen og i verste fall kan dårlige

vurderinger bli tatt eller pasienten kan selv kjenne seg utrygg. Veiledning og kollegial støtte i andre behandlere kan bidra til å bevare håp og engasjement (Wiig Hage et al. i Rø et al., s.315-317).

I “Fysisk aktivitet og alvorlige spiseforstyrrelse”, som er utarbeidet av fysioterapeuter i undernetverket til det nasjonale kliniske nettverket for spiseforstyrrelser, finner man anbefalinger for kartlegging og behandling som omhandler fysisk aktivitet. Anbefalingene er i utgangspunktet rettet mot pasienter i spesialisthelsetjenesten som er inneliggende, men de kan også benyttes og tilpasses pasienter i poliklinisk behandling. Aldersgruppe er ikke nevnt (Undernetverket for fysioterapeuter til det nasjonale kliniske nettverket for spiseforstyrrelser, 2021). Ifølge anbefalingene viser klinisk erfaring at problematisk fysisk aktivitet for personer med spiseforstyrrelse dekker et bredt spekter. Det nevnes også at man må være oppmerksom på adferd som man normalt sett ikke definerer som fysisk aktivitet, men som man i sammenheng med sykdommen må beregne inn i summen av fysisk aktivitet, såkalt lavintensitetsaktivitet. Til eksempel er hyppig bruk av “omveier”, ikke anvende stolrygger, ikke berøre foten i gulvet i sittende osv. Aktivisering av statisk muskelkraft i ulike utgangsstillinger (Adkins & Keel, 2005; Meyer & Tarains, 2001 i Undernetverket for fysioterapeuter til det nasjonale kliniske nettverket for spiseforstyrrelser, 2021).

Egne retningslinjer for fysioterapi og spiseforstyrrelse er utarbeidet og bygger på statens retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser, forskning, erfaringsbasert kunnskap og litteratur. Veilederen skal brukes som støtte til fysioterapeuter som jobber med spiseforstyrrelse og kvalitetssikre fysioterapitilbudet for pasientgruppen. Den bidrar også til å synliggjøre fysioterapeuters rolle i oppfølging av spiseforstyrrelse (Nilsen, Danielsen, og Ege Grønlund s.6). Hovedmålsetningen med fysioterapioppfølgingen er å gi pasienten med spiseforstyrrelsen mulighet til å utvide sin kroppserfaring, og på den måten en mulighet til selvutvikling. Å hjelpe pasientene med å se sammenhenger er sentralt i oppfølgingen, fremfor å forsterke fragmenteringen som mange kan ha, ved å ha et ensidig fokus på ulike deler eller komponenter (s. 24) I veilederen står det beskrevet ved å trene sammen med pasienter med spiseforstyrrelse har man en god arena for å ta opp ulike temaer i forhold til kropp (s. 63).

2.6. Nasjonale retningslinjer og pakkeforløp

Det stilles store krav til samhandling mellom tjenestene som er involvert i oppfølging av ungdommene som har utviklet spiseforstyrrelse dersom det er behov for tiltak og behandling i

både kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og psykisk helsevern. Overgangen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er særlig utfordrende, men også overganger innad i spesialisthelsetjenesten. En del av utfordringen preges av at ungdommen ikke selv er motivert for hjelp og oppfølging (Helsedirektoratet, 2023).

Den nasjonale retningslinjen anbefaler at alle barn og unge med mulige spiseforstyrrelser henvises til spesialisthelsetjenesten. Tidlig oppdagelse, tidlig intervensjon, utredning og behandling inkluderes i retningslinjen, både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017). Et nasjonalt pasientforløp, også kalt pakkeforløp, legger føringer for at barn og unge med spiseforstyrrelse skal få rask hjelp uten unødvendig venting (Abup, Sørlandet Sykehus, 2022). De to behandlingsformene som er anbefalt i de nasjonale retningslinjene for behandling av spiseforstyrrelser er familiebasert behandling (FBT) og kognitiv adferdsterapi (KBT-S). Det påpekes at flere andre behandlingstilnærminger også kan være virkningsfulle og at man i behandlingsprosessen bør finne en tilnærming som kan passe pasienten og familien (Wie Torsteinsson i Rø et al., 2020, s.212).

I følge Abup består behandling av spiseforstyrrelse som oftest av ernæring, psykoterapeutisk behandling og tilpassing av fysisk aktivitet. Sistnevnte punkt innebærer at ungdommen kontinuerlig skal ha et tilpasset aktivitetsnivå som står i forhold til en samlet vurdering av ungdommens inntak av ernæring, fysiske og somatisk form og status og psykiske vansker. Aktiviteten justeres hele tiden i forhold til tilfriskningsprosessen. Det er viktig å få til trygge og gode overføringer mellom tiltak i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten (Abup, Sørlandet Sykehus, 2022).

Ifølge lov om kommunale helse- og omsorgstjenester har kommunen et bredt og viktig ansvar for pasientens behandling og rehabilitering. Aktører som nevnes som relevante i primærhelsetjenesten er fastleger, helsestasjon, jordmødre, skolehelsetjenesten med helsesykepleiere. Fysioterapeuter nevnes ikke i denne forbindelse, men flere fysioterapeuter jobber i skolehelsetjenesten og på helsestasjon og kan slik sett tolkes for å være inkludert i den gruppen. Fysioterapeuter som jobber som selvstendig næringsdrivende på institutt med driftstilskudd fra kommunene og som ofte har et ansvarsområde for barn og ungdom i kommunen, går i denne omgang ikke inn under noen av de aktuelle og relevante helsetjenestene, til tross for at de er viktige aktører i primærhelsetjenestene i kommunen (Helsedirektoratet, 2023). På helsedirektoratets sider (2023) står det oppført ulike

behandlinger og terapeutiske tilnærminger som brukes i Norge ved spiseforstyrrelse. Psykomotorisk fysioterapi står nevnt under kroppsfokusert tilnærming, sammen med bevegelsesterapi, kroppsbevissthetsterapi og yoga (Helsedirektoratet, 2023).

2.7. Kroppsfenomenologi

Spiseforstyrrelse handler mye om synet på og tanker om kropp. Psykomotoriske fysioterapeuters kroppsforståelse harmonerer med kroppsfenomenologien. Det er som kropper vi mennesker er i kontakt med andre personer og involverer oss i sosiale interaksjoner (Gretland, 2007, s. 24). Å være i verden som kropp er å være et subjekt i Merleau-Pontys filosofi. Hans spesielle bidrag var å knytte menneskets subjektstatus til kroppen. Merleau-Pontys kjente begrep "être-au-monde" oversettes på norsk til "å være-i-verden". Hans arbeider kritiserte det han kalte "intellektualisme" og "empirisme, som står for empiristisk/ positivistisk og rasjonalistisk orientering. Tradisjonene ble kritisert for å tape det erfarende og deltakende subjektet ut av syne, og for å mangle en forståelse for persepsjonen som en aktiv prosess. Merleau-Ponty fremmer at det er som kroppslige subjekter vi mennesker samhandler og erfarer med hverandre og med omgivelsene. Det dominerende kroppssynet tenker på kroppen som et rent naturfenomen der den kan forklares uavhengig av tid, sted og sammenheng. Den fenomenologiske kroppen er en konkret og "situert" kropp; en kropp som deltar i menneskelig og meningsskapende liv og som er uløselig knyttet til verden. Merleau-Ponty ville bort fra tingliggjøring av kroppen og kritiserte tanken på at kroppen er noe annet enn – og noe utenpå - det "egentlige" jeg; et slags subjektløst objekt. Merleau-Pontys posisjon innebærer tanken om at kroppen er *erfarende* materie og at det slett ikke er ren materie slik man er lært opp til å tenke tidligere. Vi kan aldri slippe unna kroppen eller fjerne oss fra den. Kroppen er det *inkarnerte subjekt*. Som menneske lever vi i en verden som har betydning og mening for oss. Fenomenologene sier at vi er i verden sammen med andre, i en intersubjektiv verden, der vi er av samme slag og befinner oss sammen. Det er via kroppen vi har tilgang til verden, samtidig som at den enkeltes kropp er en del av verdenen vi lever i. Dette spenningsforholdet mellom å ha en kropp og å være i en kropp er et grunntrekk ved å være menneske. Jeg ser, jeg beveger og berører, og som seende, bevegende og berørende er jeg levende og synlig (Thornquist, 2021, s. 138-141).

Thornquist (2021, s.158) sier at det kan være vanskelig å forstå og tolke kroppen for helsepersonell, og det vil kreve at man må hente analytiske redskaper utenfor den

fenomenologiske forståelsesrammen. For helsepersonell som skal ha oppfølging av ulike plager og lidelser, er det viktig å erkjenne kroppens sammensatte karakter, dens flertydighet og ulike uttrykk, spor, vaner og praksiser. Fra fenomenologisk hold er hovedbudskapet til helsepersonell at man skal sette seg inn i pasienters situasjon og erfaringsverden, prøve å forstå hva det innebærer *å være* syk, som er kvalitativt forskjellig fra *å ha* en sykdom (s. 158).

3. METODE

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for forskningsmetoden som er valgt i forskningsprosessen. For å belyse problemstillingen som var følgende: “hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter fra oppfølging av barn og unge med spiseforstyrrelse”, ble det benyttet et utforskende design med kvalitativ metode. Metodekapittelet presenterer valg av forskningsdesign, vitenskapsteoretisk forankring/ ståsted, rekruttering og utvalg, datainnsamling og analyse av datamaterialet. De etiske vurderingene som er gjort og hensyn til personvernet beskrives til slutt.

3.1. Forskningsdesign

Kvalitative metoder er egnet til å få kunnskap om menneskelige erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, holdninger og motiver. Man kan ved kvalitative metoder lete etter levende kunnskap i sin naturlige sammenheng ved å gå inn i sammenhengene det gjelder. Kvalitative tilnæringer passer for utforskning av dynamiske prosesser som samhandling, bevegelse, utvikling og helhet (Malterud, 2017, s.31).

For å få en større forståelse for problemstillingen i studiet var det derfor aktuelt å intervju psykomotoriske fysioterapeuter som har erfaring med å jobbe med barn og unge med spiseforstyrrelser. Kvalitative intervjuer er en fleksibel metode som gjør det mulig å oppnå fyldige og detaljerte beskrivelser av informantens forståelse, erfaringer, oppfatninger, meninger, holdninger og refleksjoner som er knyttet til det fenomenet som studeres. Det ble benyttet et semistrukturert intervju, også kalt delvis strukturert intervju, som er et intervju som er basert på en intervjuguide. Det var ønskelig å ha en viss fleksibilitet rundt rekkefølge og spørsmål og at man som intervjuer kunne bevege seg mellom spørsmål. Det ble benyttet en intervjuguide med aktuelle spørsmål og temaer som gav utgangspunkt for intervjuet og samtalen med informantene. Intervjuguiden inneholdt i tillegg underspørsmål som var en god støtte for å kunne gå i dybden rundt det aktuelle temaet (Johannessen, 2021, s. 106-111).

3.2. Vitenskapsteoretisk innfallsvinkel

Studien kan beskrives som forankret innenfor to vitenskapsfilosofiske tradisjoner: hermeneutikk og fenomenologi. I følge Malterud inneholder alle de kvalitative metodene bevegelse mellom del og helhet og en forståelse av personens erfaringer i lys av livsbetingelsene deres samt samfunnsskapte og mangfoldig subjektiviteter. Malterud sier at det blir misvisende å omtale kvalitative forskningsmetoder som enten hermeneutiske, fenomenologiske eller hermeneutisk-fenomenologiske uten at det forankres tydelig filosofisk (Malterud, 2017, s.29). De kvalitative forskningsmetodene bygger på paradigmet som kalles *det fortolkende paradigmet*. Dette paradigmet setter subjektet og personen i sentrum. Subjektiviteten anerkjennes og utforskes sammen med forskeren ut fra en forståelse av at verden erfares ulikt avhengig av hvilket ståsted man har (s. 27). Man gjennomgår en systematisk fortolkning av empiriske data, gjerne med støtte i relevant teoretiske perspektiver (s. 35).

Fenomenologi handler om forståelsen av personens subjektive erfaringer og bevissthet. Persepsjon og kroppserfaringer har en sentral plass i fenomenologien og er innenfor fysioterapivitenenskapen spesielt aktuelt (Malterud, 2017, s. 29). Fenomenologien retter oppmerksomheten mot verden slik den erfares *for* personen, og ikke på verden uavhengig av subjektet (Thornquist, 2021, s. 102). I fenomenologien ønsker man å forstå menneskelige handlinger og situasjoner ut fra menneskenes egne subjektive perspektiv, slik den erfares og oppfattes av menneskene selv, også kalt et *førstepersonsperspektiv* (s. 107). Livsverden er et sentralt begrep i fenomenologi. Hursserl omtalte livsverden som “verden slik den fremstår for oss i vår praktiske omgang med tingene, i våre daglige og mellom menneskelige aktiviteter” (Thomassen, 2006, s.84-85). Livsverden er gjerne den vi tar for gitt og ikke setter spørsmål ved.

Ifølge hermeneutikken er vi i verden som forstående og fortolkende historiske mennesker. (Thornquist, 2021, s. 181). Den hermeneutiske sirkelen er den dynamiske erkjennelsesprosessen der man pendler mellom deler og helhet for å forsøke å forstå begge deler mest mulig. Gjennom studien kan dette sees på når man jobber med og forstår deler av forskningsprosessen, som f.eks. dataene som er kommet frem. Dette påvirker videre hvordan man som forsker forholder seg til den videre helheten av forskningsstudiet. Kontinuerlig foregår det en prosess i forskningsprosessen der forståelse av den ene delen påvirker det helhetlige, og man står til slutt igjen med et produkt som har vært gjennom flere justeringer

og revideringer, derav navnet den hermeneutiske sirkel. Den nye helhetsforståelsen gir ny mening til delen eller delene, som igjen gir en ny forståelse til enkeltdelene som videre påvirker helhetsforståelsen (s. 171).

Ifølge Thornquist (2021, s. 222) har hermeneutikkens relevans for helsefag med kroppssynet å gjøre. Hermeneutikken blir relevant når man forlater det dualistiske kroppssynet.

Hermeneutikken er relevant for tolkning av kroppen, men det er i følge Thornquist (2021, s. 226) avgjørende å fastholde ulikheter og fellestrekk mellom kroppen og fenomener i verden.

Hun sier videre at hermeneutikkens gjenstandsfelt etter hvert er utvidet og at dette øker aktualiteten innenfor helsefag (s.226).

3.3. Forforståelse

Forforståelse er et sentralt begrep innenfor kvalitative forskningsmetoder. Gadamer var en viktig bidragsyter innenfor hermeneutisk filosofi. Han fremhevet og argumenterte for den sentrale betydningen som historiske og individuelle erfaringer og forutsetninger som mennesker har med seg som deler av sitt tolkningsgrunnlag, både ubevisste og bevisste (Gadamer, 2004 i Malterud, 2017 s. 44). Billedlig kan forforståelsen sees på som den ryggsekken som du bærer med deg inn i forskningsprosjektet, der ryggsekken inneholder dine erfaringer, perspektiver, holdninger, interesser og kunnskaper som påvirker hele forskningsprosessen. Forforståelsen kan være positiv i den forstand at den kan være motiverende og gi deg motiver for å fortsette med forskningen. Motsatt kan forforståelsen begrense for ny kunnskap ved å hindre forskeren i å se eller neglisjere det kunnskapsgrunnlaget som empirien representerer og forsøker å fortelle (Malterud, 2017 s. 44-45).

I kvalitative studier skal våre empiriske data reflektere informantenes meninger og erfaringer på en best mulig måte. Malterud (2017) sier at uansett hvilken forskningsmetode man bruker eller hvilket forskningsprosjekt man skal undersøke så vil forskeren som person påvirke både forskningsprosessen og resultatene som kommer frem. Man skal arbeide for å bli godt kjent med sin egen rolle som forsker, overveie og redegjøre for egen innflytelse og ta stilling til hva dette kan bety og hvordan det påvirker tolkninger og konklusjoner som kommer frem i forskningsprosessen (s.41-43).

Min forforståelse av spiseforstyrrelse preges av at jeg som psykomotorisk fysioterapeut har opparbeidet meg en kunnskap og kompetanse om kroppen og menneskets måte å være i kroppen på. Gjennom videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi fikk jeg en økt kompetanse i å se kroppen i sammenheng med psykisk helse og ved å tilnærme meg mennesker med et mer helhetlig perspektiv. I mitt arbeid som fysioterapeut møter jeg ungdommer med forstyrret kroppsbilde og symptomer på spiseforstyrrelser. Jeg har gradvis utviklet en egen tro på at fysioterapeuter kan bidra inn i oppfølging av barn og unge med spiseforstyrrelse. Jeg erkjenner at min forståelse av faget mitt som viktig inn mot et krevende tema som spiseforstyrrelse har påvirket både valg av oppgavens tema, problemstilling og hensikt. Samtidig jobber jeg sjeldent med spiseforstyrrelse hos barn og unge og er interessert i økt kunnskap rundt temaet. Jeg har forsøkt å være bevisst på min forforståelse ved formulering av intervjuguiden og ved gjennomføring av intervjuene. Likevel opplevde jeg at intervjusituasjonen inviterte til økt engasjement hos meg rundt temaet og det ble krevende å forholde seg nøytral med informantene. Jeg erfarte i første intervju at jeg både ble engasjert med kroppslig engasjement (nikke, smilende bekrefte osv.) og at jeg kom i fare for å dele noen av mine synspunkter og egne erfaringer. Dette måtte jeg ydmykt innrømme for meg selv og jeg forsøkte dermed å være mer bevisst på min påvirkning inn i intervju nummer to. Det var en tydelig erfaring for meg at man i intervjusituasjoner lett kan påvirkes gjensidig og bekrefte hverandres faglige synspunkter, spesielt når man også kommer fra samme fagfelt, som var tilfellet i mitt utvalg.

Resultatet fra datainnsamlingen inneholdt nye elementer, erfaringer, kunnskap og tilnærminger i oppfølgingen av barn og unge med spiseforstyrrelse enn min forforståelse. Dette forteller meg at min forforståelse sannsynligvis ikke har stått i veien for ny kunnskap om feltet. Igjen har veiledningen gitt gode innspill rundt viktige elementer å ta med videre til diskusjon som bidrar til at det ikke utelukkende er mine utplukk av data som styrer resultatet. Den nye kunnskapen kan bidra til å utvide min forståelse og forforståelse for temaet videre.

3.4. Utvalg og rekruttering av informanter

I lys av problemstillingen for prosjektet var det ønskelig å intervjuere fysioterapeuter som hadde erfaringer med å jobbe med spiseforstyrrelse. Etersom det er få fysioterapeuter som har kompetanse innenfor feltet ble det valgt å åpne opp for at informantene kunne jobbe i både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Intervju av psykomotoriske

fysioterapeuter som arbeidet på ulike tjenestenivåer gav også ulike nyanser og perspektiver fra deres tilnærminger og oppfølginger av barn og unge med spiseforstyrrelse. Gitt prosjektets begrensninger i form av tid og kapasitet ble det gitt signal fra veileder at det var tilstrekkelig med fem informanter.

For å få tak i aktuelle og relevante informanter tok jeg tidlig kontakt med en psykomotorisk fysioterapeut som var sentral i fagmiljøet og som gav meg relevant informasjon til andre fysioterapeuter i fagmiljøet, disse tipset videre om andre psykomotoriske fysioterapeuter. Utvalget kan sies å være et tilgjengelighetsutvalg, ettersom deltakere som allerede hadde sagt ja hjalp til med å få tak i flere aktuelle deltakere via snøballteknikken (Flatval og Malterud 2009 i Malterud, 2017, s.59). Det ble sendt en epost med informasjonsskrivet til flere fysioterapeuter med ønske om at de videreformidlet prosjektet i deres nettverk.

Fem psykomotoriske fysioterapeuter takket ja til å delta som informanter i prosjektet. De var alle kvinner og hadde vært yrkesaktive som psykomotoriske fysioterapeuter i mange år. De hadde jobbet med spiseforstyrrelser mellom 4 og ca. 20 år. Alle informantene hadde erfaring med å jobbe med barn og unge med spiseforstyrrelser i nåværende eller tidligere arbeid. De fleste av informantene har barn og unge i oppfølging i nåværende arbeid. 2 av informantene arbeidet med kommunalt driftstilskudd og hadde arbeidssted på institutt. 3 av informantene arbeidet i spesialisthelsetjenesten. De to informantene som arbeidet på institutt fortalte begge at ca 50 % av stillingen deres gikk med til oppfølging av pasienter med spiseforstyrrelse. En av informantene fra spesialisthelsetjenesten arbeidet med spiseforstyrrelse innimellom i sitt nåværende arbeid, men hadde lang erfaring med oppfølging av barn og unge med sykdommen fra tidligere. To av informantene fra spesialisthelsetjenesten arbeidet med spiseforstyrrelse på fulltid.

Tabell 1: Informantene.

	Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4	Informant 5
Yrke	Psykomotorisk fysioterapeut	Psykomotorisk fysioterapeut	Psykomotorisk fysioterapeut	Psykomotorisk fysioterapeut	Psykomotorisk fysioterapeut
Kjønn	Kvinne	Kvinne	Kvinne	Kvinne	Kvinne
Erfaring med barn og unge med spiseforstyrrelse	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Arbeidssted	Spesialisthelsetjenesten	Spesialisthelsetjenesten	Institutt/primærhelsetjenesten	Spesialisthelsetjenesten	Institutt/primærhelsetjenesten

3.5. Datainnsamling

3.5.1. Forberedelse

Som forberedelse til gjennomføring av intervjuene ble intervjuguiden gjennomgått flere ganger for å sikre at spørsmålene som sto i den var aktuelle og relevante for problemstillingen som var formulert på det gitte tidspunktet i prosjektet. Intervjuguiden ble også gjennomgått for at spørsmålene skulle bli naturlige og stille og at aktuelle oppfølgingsspørsmål var tenkt gjennom. Det tekniske ble undersøkt og testet slik at det digitale intervjuet kunne gjennomføres uten forstyrrelser som skyldtes det tekniske, så langt det var mulig å kontrollere for dette.

3.5.2. Intervjuguide

Intervjuguiden (vedlegg) ble utformet i forbindelse med at prosjektskissen ble skrevet og ble laget tidlig i prosessen. Den ble utformet med tanke på å besvare problemstillingen på en best mulig måte. Problemstillingen hadde på dette tidspunktet en annen ordlyd enn den problemstillingen som prosjektet endte opp med til slutt. Problemstillingen som intervjuguiden ble utformet ut fra lød som følgende: *“Hvordan kan fysioterapeuter i primærhelsetjenesten bidra med oppfølging av ungdommer som har begynnende spiseforstyrrelse?”*.

Intervjuguidens oppbygning ble gjort etter modellen som er beskrevet av Johannessen (2021, s. 111-112), der man har en innledning, fakta spørsmål, introduksjonsspørsmål, overgangsspørsmål, nøkkelspørsmål og til slutt en avslutning. Det var få eller ingen kompliserte og sensitive spørsmål som ble stilt. Intervjuguiden ble gjennomlest av veileder i forkant av at intervjuene ble gjennomført.

Intervjuguidens innledende del besto av en kort presentasjon og relevant informasjon til informanten, som hensyn til samtykke, personvern og retten til å trekke seg fra prosjektet når som helst. Det ble minnet om at informanten ikke skulle dele informasjon av sensitiv art, som f.eks. pasientens navn. Det ble i tillegg informert kort om bakgrunnen for prosjektet og problemstillingen ble repetert. Alle informantene hadde i forkant fått tilsendt informasjonsskriv med utfyllende informasjon om prosjektet.

Intervjuguiden innledet videre til en presentasjon av informanten der informanten kunne fortelle om sin arbeidsstilling, erfaring med spiseforstyrrelse og erfaring med barn og unge med spiseforstyrrelse i sin jobbhverdag. Videre gikk hovedspørsmålene over til å få informantenes erfaringer med hvilke undersøkelser og tiltak de benyttet i oppfølgingen av unge med spiseforstyrrelse, og hvilke hensyn de eventuelt måtte ta i oppfølgingen. I noen tilfeller fikk informantene oppfølgingsspørsmål. Informantene ble også oppmuntret til å dele kliniske vignetter som kunne illustrere pasienteksempler underveis. Avslutningsvis ble informantene til slutt spurt om deres erfaring rundt samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten når det kommer til oppfølging av barn og unge med spiseforstyrrelse. De ble også spurt om deres tanker om betydningen av oppfølging i primærhelsetjenesten og hvilke konsekvenser de tenker det kan bli dersom unge med spiseforstyrrelse ikke får oppfølging fra fysioterapeut i tidlig fase av spiseforstyrrelsen. Helt til slutt ble de spurt om de hadde noe å tilføye før intervjuet ble avsluttet.

3.5.3. Gjennomføring

Samtlige intervjuer ble gjennomført digitalt ved å bruke den digitale plattformen Join. Join er helsenett sin egne digitale plattform og er kjent for å være den digitale plattformen som ivaretar informasjonssikkerhetskrav mest tilfredsstillende, sammenliknet med f.eks. zoom eller teams. Selv om prosjektet ikke er beskrevet med å ha sensitive data valgte jeg likevel å benytte Join for å ivareta informantene og sikre all informasjon som kom frem under intervjuet. Slik kunne jeg ivareta anonymitet og diskresjon av datainnsamlingens sensitivitet. Fire av intervjuene ble gjennomført digitalt på hjemmekontoret til undertegnede mens det ene intervjuet ble gjennomført digitalt på undertegneds arbeidssted, men på et eget kontor. Det ble tatt lydopptak fra intervjuene. For å sikre dokumentasjonen som ble tatt opp ble det benyttet en diktafonapplikasjon på smarttelefonen til forskeren som heter "Diktafon".

Diktafonapplikasjonen var koblet opp mot nettskjema. Opptaket fra intervjuene ble overført til en sikker lagringsplass i skyløsningen til "Nettskjema". Lydfilene og transkribert tekst kom inn i nettskjema umiddelbart etter opptak av intervjuene. Forsker kunne spille av lydfilene og lese transkribert tekst der i etterkant. I nettskjema logger man seg på ved å bruke min-id eller feidekontoen. Det ble vurdert at det ikke var behov for å bruke "Educloud" ettersom dataene ikke regnes som sensitive. Lydopptaket på smarttelefonen ble så slettet i etterkant.

Det ble notert ned tanker og refleksjoner umiddelbart etter gjennomføring av hvert intervju. For å kvalitetssikre at dokumentasjonen fra intervjuet blir notert riktig ned er tiden rett etter at intervjuene er foretatt viktig. Alt som huskes og oppleves gjennom intervjuet bør skrives umiddelbart ned ettersom man husker best tiden rett etter gjennomføringen (Johannessen, 2021, s. 118).

3.5.4. Transkribering

Alle intervjuene ble transkribert like etter eller kort tid etter at intervjuet ble holdt. Det ble utført en automatisk transkribering av intervjuet i nettskjema. Teksten fra den ferdige transkriberingen ble deretter gjennomgått manuelt av undertegnede, parallelt med at opptak fra intervjuene ble avspilt. Enkelte av intervjuene krevde mer tid på å bli transkribert enn andre. Det var tydelig at dialekt, klarhet og kanskje også styrke i stemmen til informant påvirket hvor ordrett den automatiske transkriberingen foregikk.

Alle fem intervjuene ble transkribert av undertegnede umiddelbart eller kort tid etter gjennomføring av intervjuene. Det tok imidlertid noe tid mellom hvert intervju ble holdt grunnet en krevende tidskabal. Det tok også noe tid før den siste informanten ble funnet og intervjuene ble dermed holdt over et tidsrom fra november 2023 til januar 2024.

Etter at samtlige intervjuer var gjennomført og transkribert, ble den transkriberte teksten av alle intervjuer sendt over i en kryptert epost til veileder. Det ble samtidig sendt med en oversikt over foreløpige temaer som var hentet ut etter første gjennomlesning av teksten. Dette skapte et grunnlag for veiledning før det ble gått grundigere til verks med analyseprosessen av datamaterialet.

3.6. Analyse av datamaterialet – Systematisk tekstkondensering (STK)

Når man skal analysere forskningsmaterialet stopper forskeren opp, reflekterer og tenker seg om, ser etter aktuelle mønstre som kan være med på å belyse prosjektets problemstilling. Som analysemetode er det i dette forskningsprosjektet anvendt Malteruds systematiske tekstkondensering, ofte forkortet STK. Analysemetoden regnes for å være en “pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitativt datamateriale”. Metoden er utviklet for å gi uerfarne forskere en enkel innføring i hvordan analyseprosessen utføres på en forståelig,

strukturert og systematisk måte (Malterud, 2017, s. 94-98). Analysen gjennomføres i fire trinn (s. 98- 111), og disse beskrives videre detaljert og hver for seg:

3.6.1 Helhetsinntrykk – fra villniss til foreløpige temaer

Det første trinnet i analyseprosessen var å bli kjent med datamaterialet ved å lese gjennom de transkriberte intervjuene (Malterud, 2017, s. 99) som i prosjektet var på 77 sider totalt. Datamaterialet ble opplevd som rikt og inneholdt en stor mengde sitater og noen kliniske vignetter. Informantene hadde formidlet ulike kliniske pasienteksemplere for å illustrere hvordan en oppfølging kan foregå, derav navnet klinisk vignett. Pasienteksemplene er anonymiserte.

Det var viktig at forforståelsen og teoretiske referanserammer ble satt bort og at forskeren aktivt forsøkte å legge bort forforståelse og kunnskap rundt temaet. Veileder minnet også underveis om å hele tiden ha med problemstillingen når teksten gjennomgås for analyse. Problemstillingen var en forutsetning for å åpne opp for de inntrykkene som ble formidlet gjennom datamaterialet. Det var også viktig å registrere og høre informantenes egne stemmer som ble fortalt i den transkriberte teksten. Man foretar som forsker et såkalt fugleperspektiv for å få en oversikt over datamaterialet. Det poengteres av Malterud (2017, s. 99) at man som forsker skal aktivt gå inn for å motstå trangen man får til å systematisere.

Den transkriberte teksten til hvert intervju ble først lest gjennom grundig, uten å notere ned stikkord. Teksten til hvert intervju ble deretter gjennomlest med tanke på å notere ned aktuelle temaer og stikkord som intuitivt meldte seg. De foreløpige temaene som sto igjen var “kroppsbildeforstyrrelser og fysisk aktivitet”, “fysioterapeutens særstilling/fordel og tilgang til kropp”, “de er ikke så annerledes enn andre kropp”, “oppfølgingens bredde – fra berøring på benk til intervaller i bakke”, “veiledning og kunnskapsformidling”, “fysisk og psykisk helse – har vi ikke kommet lenger?”, “voksne pasienter kontra barn og unge med spiseforstyrrelse”, “fysioterapeutens rolle – kan og bør bidra med sitt felt og sin kunnskap”, “tidlig innsats – samarbeidspartnere for spesialisthelsetjenesten”.

Det ble satt opp en veiledningstime digitalt med veileder der vi gjennomgikk intervjuene. Foreløpige temaer som ble nedskrevet i trinn en ble diskutert og det åpnet opp for gode diskusjoner rundt hvilke temaer som var viktige å inkludere videre i prosessen for å belyse problemstillingen best mulig. Etter utfordring fra veileder og ved gjennomlesning av

datamaterialet kom det samtidig tydelig frem at problemstillingen burde endres på. Problemstillingen ble på dette trinnet i analysen endret til *“hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter i oppfølgingen av barn og unge med spiseforstyrrelse?”*.

De foreløpige temaene ble redusert til seks og disse ble tatt med videre over i neste analysenivå. De foreløpige temaene var “kroppsbildeforstyrrelse”, “problematisk fysisk aktivitet og sunn fysisk aktivitet”, “tiltak”, “fysioterapeutens rolle”, “kunnskapsformidling” og “primær- og spesialisthelsetjenesten som samarbeidspartnere”. Allerede i dette trinnet ser forskeren en utvikling i temaene som er kommet frem sammenliknet med intervjuguiden. I følge Malterud (2017, s. 100) er det et godt tegn på kreativ og det hun kaller iterativ analyse at de foreløpige temaene som er definert allerede nå er en videreutvikling fra de temaene som ble benyttet i intervjuguiden. Dersom temaene blir for like kan man mistenke at man ikke har fått noe nytt av inntrykk og ideer etter at materialet er lest, og at man kanskje har stått i fare for å bli påvirket av forforståelsen mer enn man har vært åpen for nye mønster og innspill (s. 100).

Tabell 2: Trinn 1, STK.

FORELØPIGE TEMAER (4-8 stk)
Kroppsbildeforstyrrelse
Problematisk fysisk aktivitet og sunn fysisk aktivitet
Tiltak
Fysioterapeutens rolle
Kunnskapsformidling
Primær- og spesialisthelsetjenesten som samarbeidspartnere

3.6.2. Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering

Trinn nummer to i analysen gikk ut på å organisere den delen av materialet som skulle undersøkes og studeres nærmere mens resten av materialet samtidig ble lagt til side (Malterud, 2017, s. 100). Her foregikk det dermed en slags førsteseleksjon av materialet. Veileder ble involvert i en ny runde med veiledning etter at de meningsbærende enhetene var selektert ut. Det var nyttig å involvere veileder i denne delen av analysen for å få innspill og mulige innfallsvinkler som ikke ble registrert på egenhånd. Betegnelsene som forskeren først kom frem til ble reformulert og samlet til fem reviderte foreløpige temaer. Disse dannet grunnlaget for å lage kodegrupper i analyseprosessen senere (s.100).

På trinn to foregikk en seleksjon der meningsbærende enheter som er relevant tekst ble trukket ut fra materialet. All transkribert tekst fra de 77 sidene ble gjennomgått for å trekke ut disse meningsbærende enhetene. Tekst som ikke ble funnet relevant ble lagt til side. Teksten ble gjennomgått grundig og nøye slik at ikke tekst som var relevant for problemstillingen ble oversett. Teksten var omfattende og det ble på dette trinnet valgt å ta med mange meningsbærende enheter. Malterud (2017, s.101) anbefaler at man heller tar med for mye tekst enn for lite.

Når man jobber med å identifisere de meningsbærende enhetene skal kodegruppene som er foreløpig definert være med i bakhodet og brukes i sorteringen. Dette hjalp med selektering av aktuell og relevant tekst. Kodegruppene var forskerens midlertidige ideer om temaer som kunne være med på å belyse relevante og aktuelle sider av problemstillingen (Malterud, 2017, s. 101). Organisering og systematisering av de meningsbærende enhetene kalles for koding. Alle de meningsbærende enhetene som ble identifisert fra teksten ble sortert i en av kodegruppene. Kodegruppene samlet dermed tekstbiter som hadde noe til felles (s. 101). I forskningsprosjektet ble kodingen foretatt manuelt ved å skrive ut all tekst og klippe teksten i biter. Valget baserte seg på at man trolig får bearbeidet teksten og tekstbitene på en annen måte dersom man fysisk sitter med teksten i hånda og plasserer den ut i kodegruppene. Man vil kunne bli bedre kjent med tekstmaterialet ettersom man må ta konkrete valg for hver sortering som blir foretatt (s. 104).

Etter hvert som materialet ble bearbeidet og systematisert erfarte forskeren at enkelte kodegrupper inneholdt tekstbiter som passet inn i to ulike kodegrupper. For å unngå dobbeltkoding ble det foretatt en nøye seleksjon. Veileder minnet også om at man må foreta et valg om hvor tekstbitene skal plasseres. Dette trinnet opplevdes som krevende ettersom flere av de meningsbærende enhetene kunne vært plassert i flere kodegrupper. Det dannet seg likevel etter hvert et mønster der det ble en større struktur. Kodegruppene skal etter hvert utvikles til å bli mer robuste i den forstand at de er gjensidig utelukkende og inneholder tekst som sier noe om ulike forhold og fenomener. En justering av kodegruppene vil være avhengig av at forskeren selv evner å revidere sitt eget arbeid og er åpen for nye refleksjoner og innsikt. Det anbefales at man ikke står igjen med for mange kodegrupper til slutt for å beholde oversikten (Malterud, 2017, s. 102-103).

Forskeren har flere ganger reflektert over kodingen som er utført og har sett seg tilbake med jevne mellomrom for å sikre at ikke noe av materialet eller ny innsikt og kunnskap er gått tapt

underveis i analyseprosessen. Dette er også anbefalt av Malterud (2007, s. 104). En viktig egenskap for å få dette til er erkjennelsen av at det vil foreligge forforståelse og handlingsmønstre som gjør at vi selekterer og velger de tekstbitene og kodingene som vi gjør (Malterud, 2017, s. 104 -105).

Tabell 3: Trinn 2, STK. De foreløpige temaene med meningsbærende enheter (39 stk).

KODE	SUBGRUPPER
Kroppsbildeforstyrrelse	<ul style="list-style-type: none"> - Kroppsfølelsen fundamentet for selvfølelsen. - Fortrolighet (og toleranse) til egen kropp - Kroppsmisnøye - kroppen redusert til noe som skal endres og formes på. - Barn og unge er mindre ord og mer kropp. - Skam og kompleksitet - Opprettholdende adferd
Problematisk fysisk aktivitet og sunn fysisk aktivitet	<ul style="list-style-type: none"> - Balansen mellom fysisk aktivitet og hvile - Unne seg hvile - Tvangspreget og overdreven trening - Overopptatthet av kosthold og trening - Kontrollere kroppen når man ikke kan kontrollere andre ting - Paralleller til idretten - Fysisk aktivitet og trening som motoren i sykdommen
Tiltak i oppfølgingen	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnoser og symptomer - Individuelle tilpasninger i oppfølgingen - Skremmende å jobbe med kroppen - De er ikke så annerledes enn andre kropper - Bruke god tid på å bygge trygghet - Visualisere kroppsbildet - Bredt spekter – fra massasje og berøring til å løpe intervaller i bakke
Fysioterapeutens rolle og særstilling	<ul style="list-style-type: none"> - Kompetanse hos fysioterapeuten - Stødig og trygg i sin rolle som fysioterapeut - Relasjonsbygging og tillit - Tilgang til kroppen og dens formidling/kroppslig innfallsvinkel - Våge å ta på, våge å spørre - Ikke ha berøringsangst - våge å ta på - Stille spesifikke spørsmål - Dempe skammen i terapirommet
Kunnskapsformidling	<ul style="list-style-type: none"> - Veiledning og samarbeid med foresatte/foreldresamtalen - Barn og unges kunnskap om kroppen, kosthold og fysisk aktivitet/trening. - Bidra med fagkunnskap og normalisere
Primær- og spesialisthelsetjenesten som samarbeidspartnere	<ul style="list-style-type: none"> - Samhandling og samarbeid mellom ulike tjenestenivåer - Foreldre som lurere, "hva gjør vi nå?" - Tidlig innsats - Primærhelsetjenesten som lavterskeltilbud - Fysioterapeuter har kompetanse på spiseforstyrrelse innenfor alle tjenestenivåer, men det er få av dem - Spiseforstyrrelse er skremmende - Går guttene under radaren? - Overspisingslidelse-ikke ivare tatt?

3.6.3. Kondensering- fra kode til abstrahert meningsinnhold

I trinn tre i analyseprosessen skal forskeren systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er identifisert (Malterud, 2017, s. 105).

Malterud (2017, s. 105) poengterer viktigheten av å ha 3-5 kodegrupper for å kunne holde oversikten underveis i tillegg til å kunne presentere noen tydelige hovedfunn til slutt. I dette trinnet ble alle de meningsbærende enhetene som lå under den enkelte kodegruppen “sydd sammen” og ble sammenfattet. Alle de meningsbærende enhetene som lå under den enkelte kodegruppen, skulle brukes. Dersom materialet under kodegruppen er rikt og relevant vil man se at tekstbitene omfatter tekst som presenterer flere ulike nyanser og perspektiver av det som kodegruppen omfatter. Materialet sorteres inn i to til tre fruktbare subgrupper under hver kodegruppe (s. 106).

Det ble i enkelte subgrupper mer tekst enn i andre og det ble derfor nødvendig å gjøre noen justeringer underveis. Tekst som handlet om “kroppsbildet” og “fysisk aktivitet, trening og hvile” inneholdt mye tekst som også kunne vært plassert i kodegruppen for “tiltak”. Det måtte foretas konkrete valg og klare seleksjoner for å plassere tekstbitene. Slik ble subgruppene revidert kontinuerlig for å unngå dobbelkoding og gjentakelser. Det ble også gjort en endring av det ene underpunktet “kroppen er ikke så annerledes enn andre kropp” som først sto oppført som et eget underpunkt under resultat kategorien “bevissthet rundt individuell tilnærming og oppfølging”. Dette ble gjort ettersom det ikke var nok tekstbiter til å gi underpunktet et rikt tekstinnhold.

For hver kodegruppe ble det formulert et kondensat der alle de meningsbærende enhetene i subgruppen ble inkludert. I følge Malterud (2017, s. 107) skulle teksten være så tekstnært som mulig og ta med uttrykk som informantene selv brukte i intervjuet. Kondensatet som ble satt sammen i hver subgruppe presenterte en sum av informantenes stemmer om det fenomenet som den aktuelle subgruppen sa noe om (s. 107).

Tabell 4: Trinn 3, STK.

KODEGRUPPER	SUBGRUPPER
Kroppsbildeforstyrrelse	<ul style="list-style-type: none"> - Barn og ungdom er mindre ord og mer kropp. - Kroppsfølelsen fundamentet for selvfølelsen. - Kroppsmisnøye og skam
Problematisk fysisk aktivitet og sunn fysisk aktivitet	<ul style="list-style-type: none"> - Balansen mellom fysisk aktivitet og hvile - Tvangspreget og overdreven trening - Overopptatthet av kosthold og trening
Kontekst og tiltak i oppfølgingen	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnoser og symptomer - Individuelle tilpasninger i oppfølgingen - De er ikke så annerledes enn andre kropper
Fysioterapeutens rolle og særstilling	<ul style="list-style-type: none"> - Kompetanse og egenskaper hos fysioterapeuten - Tilgang til kroppen og dens formidling/kroppslig innfallsvinkel - Våge å ta på, våge å spørre
Kunnskapsformidling	<ul style="list-style-type: none"> - Veiledning til foresatte og de unge - Barn og unges kunnskap om kroppen, kosthold og fysisk aktivitet/trening.
Primær- og spesialisthelsetjenesten som samarbeidspartnere	<ul style="list-style-type: none"> - Samhandling og samarbeid mellom ulike tjenestenivåer - Primærhelsetjenesten som lavterskeltilbud - Tidlig innsats/intervensjoner

3.6.4. Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

I fjerde og siste trinn av analyseprosessen skal tekstbitene settes sammen igjen og rekontekstualiseres (Malterud, 2017, s. 108). Denne rekontekstualiseringen er en sammenfatning av det vi har funnet og skal danne grunnlaget for nye beskrivelser og begreper som kan deles med andre. Sammenfatningen ble laget som en analytisk tekst basert på kondensatene i hver subgruppe. Den analytiske teksten er formulert for å formidle informantenes stemmer. Teksten ble derfor skrevet i tredjepersonsformen for å gjenfortelle informantenes stemmer slik at det er deres erfaringer som kommer frem. I følge Malterud, 2017, s. 108) skal den analytiske teksten for hver subgruppe og kodegruppe i tillegg illustreres ved å bruke et såkalt “gullsitat”. Gullsitatet skal være med på å gi en treffende og dekkende illustrasjon av det som presenteres i den analytiske teksten. Den analytiske teksten skal utgjøre et relevant og utvalgt aspekt av et av de flere hovedfunnene i forskningsprosjektet (s. 108-109).

Den analytiske teksten fra hver kodegruppe fikk en overskrift som beskrev og sammenfattet det teksten handlet om. Tekstbitene som var samlet under hver subgruppe ble gjennomlest. Deretter trakk forskeren seg ut fra teksten og skrev ned med egne ord hva som hva hovedtrekkene i funnene med utgangspunkt i tekstbitene. Deretter gikk forskeren tilbake til tekstbitene for å sikre at alle nyanser var inkludert. I tillegg ble det funnet passende sitater som ble brukt som “gullsitater” for å beskrive teksten som ble presentert”.

Tabell 5: Trinn 4, STK.

RESULTATKATEGORIER	UNDERPUNKTER
Bevissthet rundt individuell tilnærming og oppfølging	<ul style="list-style-type: none"> - Undersøkelsen viser vei - Stort spenn i oppfølgingstiltakene
Kompleksiteten og det sammensatte ved sykdommen	<ul style="list-style-type: none"> - Kroppsbildeforstyrrelse - Tvangspreget og overdreven trening
Særstilling ved å jobbe gjennom kroppen	<ul style="list-style-type: none"> - Berøringsmandatet og jobbe gjennom kroppen - Fysioterapeutens kompetanse og egenskaper
Variierende samarbeid på tvers av tjenestenivåer	<ul style="list-style-type: none"> - Psykomotoriske fysioterapeuter i primær- og spesialisthelsetjenesten (som bidragsyttere) - Betydningen av fysioterapi som tidlig intervensjon

3.7. Etiske hensyn

Prosjektet er godkjent av SIKT, prosjektnummer 936849 (se vedlegg 1).

I starten av prosjektet og før datainnsamling ble gjort og utvalg ble rekruttert, ble det sendt en søknad til SIKT (Kunnskapssektorens tjenesteleverandør). Søknaden inneholdt prosjektbeskrivelse, informasjonsskriv og samtykkeskjema. De nevnte dokumentene hadde på forhånd blitt godkjent av veileder før det ble sendt til SIKT. Det tok noen uker før tilbakemeldingen fra SIKT kom. Det måtte endres noe i ordlyden i informasjonsskrivet for å sikre at nødvendig informasjon ble oppført riktig. Endringen ble utført og søknaden ble sendt tilbake til SIKT som godkjente prosjektet 09.08.2023. Prosjektperioden ble satt til å vare fra 09.06.2023 til 02.05.2024. Personopplysningene i prosjektet ble definert til å være ”alminnelige” (vedlegg 1). Det ble sammen med veileder vurdert at for dette prosjektet ikke var nødvendig med en søknad om godkjenning til REK, ettersom prosjektet ikke ble regnet for å samle inn sensitive helsedata.

Gjennom informasjonsskrivet som ble sendt til deltakerne i forkant ble informantene informert om hvordan datamaterialet skulle håndteres og hvem som evt. hadde innsyn. De ble også informert om deres mulighet til å trekke seg fra prosjektet når som helst underveis i prosessen. Dette ble formidlet i informasjonsskrivet, men også i selve intervjuet.

Informantene gjentok sitt samtykke til deltakelse muntlig ved intervjuets start. Ved innledning i intervjuene ble informantene minnet på at de ikke måtte gi ut informasjon som kunne være av sensitiv art, som f.eks. pasienters navn, eget navn eller kliniske eksempler som kunne avsløre pasientene eller deres egen identitet.

Ettersom det kan være en risiko for at datamateriale kommer på avveie under forskningsprosessen kan det være en god regel å skille det fysisk mellom tekst for analyse og persondata om deltakerne. Dette ble gjort allerede i datainnsamlingen ved at deltakerne benevnes som informant 1, 2, 3, 4 og 5. Lyd- og tekstfilene ble lagret i nettskjema der det ble benyttet passord for å få tilgang til dataene. Kryptering av lyd- og tekstfiler hadde passordbeskyttelse og dermed en streng tilgangsregulering som var et godt tiltak for å ivareta personvernet til mine informanter (Malterud, 2017, s. 216).

Ved gjennomføring av kvalitative studier vil datainnsamlingen ofte være en dialog mellom forsker og informant som forutsetter gjensidig respekt og tillit. Et rikt datamateriale krever at forskeren vier tid og innsats for å bygge en nærhet til deltakeren. Det er også viktig at man forvalter relasjonen og tillitsforholdet man forhåpentligvis har klart å opparbeide seg videre med å behandle deltakeren med respekt. Det innebærer også å forvalte informasjonen som deltakeren har gitt fra seg til prosjektet med respekt og ansvar. Forskeren har et ansvar for å håndtere informasjon som er formidlet på en måte som best mulig samsvarer med det som deltakeren faktisk har sagt og ment (Malterud, 2017, s. 211-212).

Kvalitativ forskning vil inneholde tekster som gjengir menneskers livserfaringer og tanker om det aktuelle fenomenet. Kvalitativ datainnsamling stiller derfor strenge krav til informert samtykke. I tillegg skal forskeren sørge for at deltakerens personvern og anonymitet er ivaretatt på en tilfredsstillende måte. Deltakeren skal f.eks. alltid informeres om hvordan opptaket skal brukes i prosjektet og hvem som har tilgang til opptaket (Malterud, 2017, s. 215). Informasjon som kan være bidra til gjenkjenning av informanten skal være anonymisert, som f.eks. alder, dialekt, eller konkrete eksempler fra yrket eller jobbhverdagen som kan være lett gjenkjennelig må man være varsomme med.

Som forfatter og forsker i prosjektet har det vært viktig å bli godt kjent med etiske standarder og hensyn for å kunne ivareta de etiske aspektene i forskningsprosessen. En refleksjon for å sikre at de etiske hensynene var ivaretatt gjennom hele prosessen har vært sentral hos forskeren, med spesielt fokus på informantene og respekt for deres stemmer. Informantene fikk skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet, hva hensikten var, hvordan dataene ble oppbevart og hva dataene skulle benyttes til. Informantene gav skriftlig samtykke til deltakelse. De fikk informasjon om at deltakelse var frivillig og at de kunne trekke seg når som helst i prosessen uten konsekvenser. Videre fikk de informasjon om at resultatene bli anonymisert og at ingen informasjon skal kunne knyttes tilbake til informantene eller deres arbeidsplass.

Etiske hensyn man skal ta med inn i rekruttering og datainnsamling er at man ikke misbruker deltakernes tid og tillit unødig ved å bruke lang tid gjennomføring av intervjuene eller at kommunikasjon i forkant og ettertid opptar mye tid. Til eksempel var grundig forarbeid og forberedelse av intervjuene viktig for forskeren slik at informantene ikke brukte unødvendig av sin tid.

En gjennomgang av lovverk og etiske retningslinjer ble gjort tidlig og før prosjektskissen ble utformet. Medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som skal fremme respekt for alle mennesker og beskytte og sikre deres rettigheter og helse. Forskning reguleres av norske lover og forskrifter, som personopplysningsloven, helseforskningsloven og forskningsetikkloven (Malterud, 2017, s. 211). Viktige prinsipper for vitenskapelig håndtering av studiens data er at forskningsprosessen er tilgjengelig for innsyn og utfordring, det man kaller intersubjektivitet eller transparens, og at resultatene for studien deles med andre (Malterud 1993, Malterud 2001a i Malterud, 2017, s. 36).

For å fremme fri, god og forsvarlig forskning er det definert forskningsetiske retningslinjer. Forskningsetikken er utviklet over tid og er forankret i det internasjonale forskerfellesskapet. Forskningsetikken består av et sett grunnleggende normer. Sannhetsnormen er søken etter sannhet, sannhetsforpliktelse, ærlighet og redelighet som er en forutsetning for kvalitet og pålitelighet i forskningen (Den nasjonale forskningsetiske komite for Samfunnsvitenskap og humaniora (NFSH), 2023).

4. RESULTAT

I denne delen av oppgaven presenteres studiens funn og sitater, som fremstår som representative for informantenes erfaringer. Resultatkategoriene som ble definert i analyseprosessen sine siste trinn vil utgjøre overskriftene i dette kapittelet. Informantene er beskrevet med tallene 1 til 5.

De psykomotoriske fysioterapeutenes erfaringer med oppfølging av barn og unge med spiseforstyrrelse kan oppsummeres i fire hovedfunn: 1) “Bevissthet rundt individuell tilnærming og oppfølging”. Dette handler om hvordan informantene tilpasser undersøkelse og behandling individuelt til den unge de har i oppfølging. 2) “Kompleksiteten og det sammensatte med sykdommen”. Dette handler om hvordan sykdommens mange aspekter bør tas med inn i oppfølgingen og hva man som behandler bør være ekstra oppmerksom på. 3) “Særstilling ved å jobbe gjennom kroppen”, som handler om at ved å jobbe direkte med kroppen, kan psykomotoriske fysioterapeuter tilby noe annet enn tradisjonelle behandlingsformer. 4) “Varierende samarbeid på tvers av tjenestenivåer” som handler om hvordan informantene erfarer samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Hvert hovedtema har tilhørende sub-temaer (se tabell 6).

Tabell 6: Hovedtemaer og subtemaer.

Bevissthet rundt individuell tilnærming og oppfølging	Kompleksiteten og det sammensatte ved sykdommen	Særstilling ved å jobbe gjennom kroppen	Varierende samarbeid på tvers av tjenestenivåer
Undersøkelsen viser vei	Kroppsbildeforstyrrelse	Berøringsmandatet og jobbe gjennom kroppen	Psykomotoriske fysioterapeuter i primærhelsetjenesten/spesialisthelsetjenesten
Stort spenn i oppfølgingstiltakene	Tvangspreget og overdreven trening	Kompetanse og egenskaper hos den psykomotoriske fysioterapeuten	Betydningen av fysioterapi som tidlig intervensjon

4.1. Bevissthet rundt individuell tilnærming og oppfølging

En bevissthet rundt tilpasninger og tilnærminger kom frem som svært viktig i oppfølgingen av barn og unge med spiseforstyrrelse. Informantene lot undersøkelsen vise vei og de benyttet seg av et stort spekter av behandlingstiltak i oppfølgingen for å kunne tilpasse seg individuelt til de enkelte barn og ungdommer.

4.1.1. Undersøkelsen viser vei

Informantene fortalte at barn og unge med spiseforstyrrelse som de hadde hatt i oppfølging oftest var diagnostisert med anoreksi eller bulimi. Det begynne ofte med en ren anoreksidiagnose, som etter hvert utvikler seg mot mer blandingstilstander. De nevner også at noen av de unge pasientene i tillegg til spiseforstyrrelsen kan ha ADHD eller diagnoser innenfor autismespekteret. PTSD er også til stede hos noen barn og unge som har stått i overveldende livssituasjoner og hendelser tidlig i livet. Få informanter hadde møtt barn og unge med overspisingslidelser. De unge pasientene som kommer for å få hjelp i både primær- og spesialisthelsetjenesten beskrives å ha en alder mellom 12 og 14 år når de kommer første gang. Det yngste barnet informantene hadde hatt var en gutt på 9 år. Informantene forteller at spiseforstyrrelsen gjerne debutterer i overganger som skjer i livet, som f.eks. mellom barne- og ungdomsskolen, eller mellom ungdomsskolen og videregående skole, eller ved skilsmissen.

Noen av informantene delte sine tanker om tiden etter pandemien der de opplevde en økt pågang med barn og unge som utviklet spiseforstyrrelsesproblematikk. Det ble også nevnt at de har en overvekt av jenter i oppfølging, og bare noen få enkelte gutter. En av informantene satte ord på dette:

“Hvor er guttene med spiseforstyrrelser for de blir iallfall ikke henvist til spesialisthelsetjenesten? Det er sannsynligvis ute i skolehelsetjenesten, i primærhelsetjenesten og blir kanskje ikke fanget opp? Kanskje også fordi mange av spørsmålene som stilles er tilpasset jentene, og dermed glemmes kanskje guttene?”

(Informant 1)

“Det kan nok hende at guttene går mer under radaren. Men det er mange gutter som strever. Gutter kan jo også ha anoreksi. Hvor de strever etter tynnet. Men de kan

også kjenner på det at de må bygge opp kroppen sin og få muskler. Jeg har jobbet med en tiåring som ønsker seg en kropp lik Cristiano Ronaldo.” (Informant 3)

Alle informantene fortalte at de har med seg den psykomotoriske tankegangen ved undersøkelse av barn og unge med spiseforstyrrelse. Undersøkelsene utføres individuelt og det de fant i undersøkelsen var styrende for hva de valgte av tiltak og oppfølging. De understrekte spesielt betydningen av å se på kroppens reaksjoner hos den unge pasienten. Informantene fortalte at de ikke hadde et fast oppsett på undersøkelsen, men at de brukte delelementer fra ROK-undersøkelsen, som er en undersøkelse spesielt utviklet for psykomotoriske fysioterapeuter, som et utgangspunkt for utredningen.

“Når jeg undersøker disse pasientene så er det ikke så annerledes enn det jeg gjør med andre pasienter som ikke har spiseforstyrrelse. Du må bare sette deg inn i den konteksten, situasjonen og symptombildet som de har”. (Informant 1)

Ingen av informantene ba de unge pasientene sine om avledning under undersøkelsen. De forklarte at dette kunne oppleves ubehagelig for de unge og bidra til å øke angst og spenning. Alle informantene gav uttrykk for at undersøkelse av barn og unge med spiseforstyrrelsesproblematikk er veldig individuelt og noe annerledes enn undersøkelse av voksne.

“Sammenliknet med voksne er barn og ungdom enda mindre ord, og mer kropp.”, (Informant 1)

I undersøkelsen ble en tidslinje av kroppens historie kartlagt av alle informantene. En gjennomgang av hvordan kroppen har vært tidligere og hvordan den er for den unge pasienten på nåværende tidspunkt undersøkes. Kartlegging av kroppsbildeforstyrrelse, avspenningsprøver, forholdet til fysisk aktivitet og trening samt forhold til hvile, ressurser og lystbetonte aktiviteter. Sosial deltakelse, hverdagsfungering, ADL (aktiviteter i dagliglivet) og søvn inngår i undersøkelsen. Hos de aller yngste ble ikke rene undersøkelser alltid foretatt, men mye informasjon ble hentet gjennom observasjon og uttesting av øvelser.

Vanlige symptomer som informantene kunne møte hos barn og unge med spiseforstyrrelse var negativt snakk om egen kropp, mye angst og uro knyttet til livet generelt og en manglende forståelse av at kroppen gir signaler når man er redd og fortvilet.

Barna og ungdommer de psykomotoriske fysioterapeutene møter har også misforståelser knyttet kroppssammensetningen, som hva kroppen består av, men også størrelsesforhold og dimensjoner i egen kropp. Informantene nevnte også selvskading i større eller mindre grad, som f.eks. kutting i egen kropp, men også det at man ikke tillater seg selv å sove eller går med grus i skoene for å ikke klare å ha det behagelig. De trakk også frem at selvskading kan skje gjennom trening ved at man straffer seg med overdrevet trening. De unge kan kjenne på skyldfølelse for sykdommen og at de burde ha spist mer.

4.1.2. Stort spenn i oppfølgingstiltakene

Samtlige informanter gav uttrykk for at det er en stor bredde i hvilke behandlingstiltak de bruker i oppfølging av unge pasienter med spiseforstyrrelse. Det kan være både passive og aktive behandlingstiltak, som f.eks. aktive øvelser, massasjereg, strekkebevegelser og jobbe med kroppsbevissthet. Samtlige informanter vektla at i de fleste oppfølginger er fysisk aktivitet sentralt og fortalte at de gjerne var i gymsal og f.eks. i klatrevegg. Lystbetonte aktiviteter der fokus er på bevegelsesutfoldelse og bevegelsesglede og der det tilrettelegges for variasjon av bevegelsesaktivitet. En av informantene påpekte viktigheten å la de unge pasientene få mestringsopplevelser og oppleve aktiviteter og bevegelser der de kan glemme seg selv litt. Lek med f.eks. bruk av stor trenings ball, hinderløype og dans ble nevnt. Bruk av humor og verdien av å være kreativ og leken i oppfølgingen ble av flere informanter påpekt som nyttig.

Fysisk aktivitet må imidlertid hele tiden avpasses når man jobber med unge som har spiseforstyrrelsesproblematikk. Noen pasienter er motiverte for å holde på med aktiviteter som er lystbetonte uten at det blir så tvangspregget, mens andre igjen strever med det. Utforsking av den unge pasientens mulighet til å bevege seg er sentral i oppfølgingen.

“Hvordan er det å bevege seg? Hvordan er det å være i kroppen sammen med et annet menneske? (informant 4)

Informantene fortalte at de jobber mye med kroppskontakten og det å få et bedre forhold til kroppen sin. De jobber med de negative tankene den unge har i forhold til kroppen. Jobber med følelsen av at man har en kropp, at kroppen er sammenhengende og hel og at kroppen er

en del av den unge. Dette gjøres gjennom en utsjekking av hvor mye kontakt de har innover i kroppen sin.

“Kan du merke at du har en kropp? Kan du sanse kroppen fra innsiden? Når du ser ned på beinene dine så ser du dem med øynene, men kan du sanse og kjenne beinene dine?” (Informant 3)

Informantene fortalte at for noen av de unge pasientene er det å bli tatt på vanskelig og krevende. Da kan man starte med tilnærminger som ikke innebærer så mye berøring. Funksjonsøvelser gjennom bevegelser er ofte enklere for mange enn å skulle legge seg ned å bli tatt på. På den andre siden er det også noen av de unge pasientene som opplever det med berøring som behagelig. Noen kan ha vanskelig for å innrømme at de liker å bli berørt, både for seg selv og for fysioterapeuten.

“Jeg vil gjerne på behandlingsbenken, men jeg vet ikke om jeg fortjener det. Og kan jeg be om det?”. (Informant 2)

Informantene påpekte viktigheten av å skape en god relasjon og få det til å bli tryggere i behandlingsrommet for å kunne få til en god berøring. For dem som opplever det krevende å forholde seg til kroppen med berøring og nærhet er det naturlig å foreta kroppsorienterte samtaler.

“Når man kommer såpass nært og tar på, da blir man nærmere. Da tør de unge pasientene mer. Det er en veldig fin måte å komme virkelig nært.” (Informant 5)

I oppfølgingen brukes det kroppsavgrensende grep. For noen kan det være veldig godt å bli rammet inn. Mange av pasientene kan oppleve at de flyter veldig. Det kan være vanskelig med hvilestillingen og det å kjenne at tyngdekraften kan virke på kroppen. De psykomotoriske fysioterapeutene opplever da at det kan komme mye støy og gjengir pasientenes formidlinger som de kan oppleve i behandlingen:

“Jeg kjenner at det er tungt. Når jeg er tung er jeg jo tjukk, og da er jeg ekkel og feit”. (Informant 4)

For dem som strevde med å tillate seg hvile forteller informantene om at det var viktig å trygge dem på at de fortjener å ha det godt og at det er egenomsorg å tillate seg selv hvile. Det var også viktig å legge til rette for hvordan de kunne få til hvile på en god måte for seg selv. Informantene fortalte at de jobber med å finne en god måte å sitte på i stolen, fremfor f.eks. å sitte på kanten og spenne kroppen. I tillegg jobber de med hvilke tanker som oppstår og det å tillate seg hvile. Dette opplevde informantene som veldig krevende for mange pasienter.

“Det var en del som hadde det vanskelig med tanken på at det var greit å ligge på behandlingsbenken. En del av de unge er jo trøtte og utslitte, men når de la seg ned på benken og duppa av litt så var det kjempeekelt for dem. For de liker ikke å sovne. Det opplevdes som både frekt, men kanskje også en opplevelse av tap av kontroll”.

(Informant nr. 2)

Informantene delte også erfaringer de hadde med barn og unge i oppfølgingen som ikke skal høres og ikke skal synes og der mye er pinlig og flaut. Barn og unge som ikke vil spise eller puste foran andre, heller ikke i skolens matpauser. Mange kan være veldig holdt i kroppen sin, de er anspente og ønsker å ta minst mulig plass. Informantene delte hvordan de jobbet med å prøve å endre mønsteret i dem med å ta mer plass med kroppen, bevege på seg, strekke på seg, riste og gjøre seg litt stor med kroppen. Bruke strekkemusklene for å strekke kroppen opp og ut. Gi rom for pusten. Utforske sammen med barnet eller ungdommen hvordan det er å ta mer plass, hvordan er det å lage lyder med kroppen og hva handler det egentlig om dersom den unge ikke vil ta plass eller synes?

For flere av de unge pasientene kan det være vanskelig å sette ord på det man erfarer og da kan kroppen bli et middel man benytter som et uttrykk. Mye av arbeidet med unge pasienter som har spiseforstyrrelse handler om adferdsendring og mye av arbeidet rettes inn mot tankene. Informantene forteller at de ofte har med foresatte i oppfølgingen, som kan være godt for mange av de unge, men at dette er litt ulikt løst avhengig av situasjonen rundt den unge pasienten, alder på barnet osv. Noen ganger ønsker ikke de unge å ha med foreldrene sine. For en psykomotorisk fysioterapeut som skal ha oppfølging av barn og unge med spiseforstyrrelse tenker informantene at det kan være lurt å ha et langtidsperspektiv på behandlingen. En oppfølging av barn og unge med spiseforstyrrelse innebærer å jobbe med dem over noe tid for å kunne se forandringer.

4.2. Kompleksiteten og det sammensatte med sykdommen

Informantene påpeker at dette er en krevende kompleks og sammensatt sykdom, som oppleves vanskelig og at vi ikke vet nok om hvordan sykdommen skal behandles. De sier også at det er spesielt vanskelig å jobbe med unge som forneker sykdommen og symptomene, eller dersom de ikke selv forstår at dette er et problem.

4.2.1. Kroppsbildeforstyrrelse

Samtlige informanter beskriver kroppsbildeforstyrrelsen som et viktig tema de erfarer å jobbe med hos de unge som har spiseforstyrrelse. Sterk kroppsmisnøye er et gjennomgående symptom i spiseforstyrrelsen. Informantene beskrev at de jobbet mye med kroppsbildeforstyrrelser og opplevelsen av at man har en kropp ved å jobbe med tyngdefornemmelse, merke føttene i underlaget i stående eller sittende eller ved å jobbe med innramming av personen med kroppsavgrensende grep. En utsjekking av kontakten de har innover i kroppen sin og måten de kan sanse kroppen på fra innsiden var viktig.

Informantene fortalte at det å nærme seg kroppsbildet til de unge kan være vanskelig og at ikke alle unge synes at dette er trygt å snakke om eller ønsker å dele så mye. Flere av informantene sa at barn og unge med kroppsbildeforstyrrelse ofte har et skjørt selvbilde og ikke så høye tanker om seg selv. To av informantene påpekte viktigheten av å gi dem en mestringsarena der man ser at selvbildet er lavt. Målet til flere av informantene er at de unge skal bli mer fornøyd med kroppen sin og få et nærmere forhold til den.

“Kroppsbildeforstyrrelse handler ikke bare om det med å være misfornøyd eller ikke, det handler også mye om hvordan tankene og holdningen knyttet til kroppsbildet er”.
(Informant 1)

Informantene gav uttrykk for at mange barn og unge med spiseforstyrrelsesproblematikk har manglende kunnskap om fysisk aktivitet og kroppen. Informantene kan oppleve sterke vrangforestillinger om hvordan ting henger sammen og de erfarer at spiseforstyrrelsen planter noen sannheter hos de unge. De unge pasientene har gjerne veldig lite kunnskap om hva kroppen består av, og hva den trenger. Informantene påpeker at mange sitter med feil kunnskap om kroppssammensetningen og spesielt om kroppens myke vev. Flere tror at

muskler som er avspente er myke fordi det er fett. Informantene poengterte viktigheten av å normalisere og bidra til å gi riktig kunnskap når det var misforståelser. Det er ungdommer der ute som tror at når man spiser mat så blir det til fett. Informant 1 beskrev den fettfobien som mange har som krevende og understreker videre at fett er faktisk noe vi mennesker trenger.

“Det som er mitt mål er at de skal bli mer fornøyde med kroppen sin og få litt mer forhold til den. Prøve å få dem til å la kroppen flytte inn i hodet deres. At de får et forhold til den og at de kommer nærmere kroppen. At de kan oppleve noe som er litt godt i kroppen”. (Informant 5)

To av informantene nevner at sosiale medier er en stor utfordring med den enorme påvirkningen den har på barn og unge. Mange av de unge pasientene henter inspirasjon og fyller på med kunnskap som kommer fra sosiale medier. Informantene påpeker at dette er ikke nødvendigvis kunnskap som er riktig. Det formidles også at flere av de unge pasientene eksponeres for hjem og nettverk der det er en overopptatthet og fokus på slanking, trening og magert kosthold.

4.2.2. Tvangspreget og overdreven trening

Samtlige informanter fortalte at de i oppfølging av barn og unge kom inn på spesielt temaene rundt tvangspreget og overdreven trening. Informantene vektla at tvangspreget trening er noe som alle fysioterapeuter bør være klar over dersom man skal ha oppfølging av barn og unge med spiseforstyrrelse. Noen unge bruker trening for å regulere vanskelige følelser og for å få tankene over på noe annet.

“For det med fysisk aktivitet handler ikke alene om mengden treninger du får eller hvor mye du holder på meg det, men det handler også om tankene og holdninger knyttet til det. Og fysisk aktivitet eller trening er for mange motoren i sykdommen” (Informant 2).

Flere av informantene løftet frem at mange av de unge ikke selv forstår at de har en tvangspreget trening. De påpekte at nettopp derfor er det viktig at fysioterapeuter tør å utforske denne problematikken. De påpekte viktigheten av å lære de unge at trening og

aktivitet er sunt, man da må man bort fra det som er så tvangsdrevet. Man må være med dem og helt konkret gjennomgå sammen med dem hva som er en god oppvarming, hva intensitet og mengde i treningen bør ligge på og hvordan kan en treningsøkt gjennomføres med pauser. En av informantene løp intervall i bakker med sine pasienter, for å lære dem hvordan intervaller kan foregå på en sunn og god måte.

“Jeg fikk inntrykk av at det er bare ett gir. Og det er om å gjøre at det skal være så intensivt som mulig i den tiden du trener. Det er å lære de litt generelt om at det er faktisk bedre trening, at du ikke trener så hardt hele tiden og at det er restitusjon du blir sterk av. Du er nødt til å ha mulighet til å bygge deg opp igjen hvis du skal ha noen framgang.” (Informant nr. 2)

En av informantene fortalte at hun hadde opplevd at ungdommer hadde pådratt seg tretthetsbrudd og at dette trolig var selvpåført gjennom massiv trening som kroppen ikke tålte. Hun beskrev at de som strever med overdreven aktivitet og trening ofte kan oppleve kroppsvondt eller skader som et resultat av dette.

Informantene sa at det var viktig å følge med så man ikke ble lurt eller mistet informasjon om mengde trening som ungdommene drev. De hadde alle erfart ulike situasjoner der de opplevde at den unge pasienten snek til seg ekstra aktivitet utover det som var planlagt i oppfølging og behandling, som ekstra repetisjoner under styrketrening eller ungdommer som gikk ekstra runder rundt huset før de kom til avtaler og ungdommer som i sittende stilling holdt låret opp fra setet for å bruke muskler. En av informantene fortalte at hun innimellom lurte på om hun med trening i oppfølgingen drev å la til rette for anorektisk adferd. Hun stilte seg også spørsmålet om hvor mye hun som behandler skulle gå inn å korrigere når hun opplevde at de f.eks. snek inn ekstra situps i styrketreningen? Samtlige informanter trakk frem viktigheten av at fysioterapeuter som har oppfølging av spiseforstyrrelse må kjenne til tankesettet som mange av pasientene kan ha relatert til fysisk aktivitet.

4.3. Særstilling ved å få tilgang gjennom kroppen

Informantene trekker frem den kroppslige tilnærmingen som essensiell i deres oppfølging. Ved å ha tilgang til kroppen via berøring erfarer de en unik måte å tilnærme seg den unge

pasienten. Informantene opplever at de står i en særstilling med den kroppslige tilnærmingen, sammenliknet med andre profesjoner.

4.3.1. Berøringsmandatet og jobbe gjennom kroppen

Informantene opplever alle at det å være psykomotorisk fysioterapeut gir dem en tilgang til de unge pasientene gjennom kroppen deres og at dette er et privilegium for profesjonen. Fysioterapeuter som jobber med spiseforstyrrelse kan med en kroppslig tilnærming, tilby noe annet i oppfølgingen enn andre profesjoner. Berøringsmandatet som man har som fysioterapeut sees på som unikt i undersøkelse- og behandlingsøyemed, og ansees som en fordel ettersom de er “de eneste” som har lov til å ta i pasientene. Informantene fortalte at når de kommer såpass nært og tar på, som ved berøring, da våger de unge pasientene ofte mer og de oppnår en fin måte å komme virkelig nært.

Flere av informantene påpekte også viktigheten av at man som fysioterapeut ikke har for stor grad av berøringsangst. Man må ikke være for puslete og forsiktig med pasientene for da kan man stå i fare for å bidra til å eskalere opp den angsten som pasientene kan ha latent. Informantene formidlet at det er iboende i oss som terapeut at vi ikke skal trække over grenser og at man har et grunnleggende behov for å ivareta pasientens grenser, men at man kan bli for forsiktig noen ganger. De påpekte verdien av å “våge å prøve” med å utforske og være nysgjerrige. Våge å ta på mage og lår og utforske dette sammen med den unge pasienten. De fortalte at man blir tryggere på berøring av unge pasienter med spiseforstyrrelse jo mer man har gjort det.

“Jeg føler det som et privilegium, at vi er det eneste som har lov til å ta i pasientene”. (Informant 1)

4.3.2. Kompetanse og egenskaper hos den psykomotoriske fysioterapeuten

Samtlige informanter snakket om viktigheten av å bygge relasjon mellom seg som behandler og den unge pasienten. Det var enighet om at man kommer langt med å ha en god relasjonskompetanse. De var også være bevisst på at det å bygge relasjon kan være veldig krevende for mange av de unge med spiseforstyrrelse.

Informantene var enige om at jo mer erfaring man har innenfor tematikken spiseforstyrrelse, jo tryggere er de i oppfølgingen. Da kan man forstå noe av hvor vanskelig det er for de unge pasientene, slik at man ikke kommer med lettvinte løsninger.

“Kroppsbildeforstyrrelse og problematisk trening eller tvangspreget fysisk aktivitet er to hovedområder som fysioterapeuter bør ha kunnskap om.” (Informant 1)

Å være lydhør og prøve å forstå er kanskje det viktigste. Personligheten til fysioterapeuten blir trukket frem som viktig. Det er viktig å vise den unge pasienten at dette har du vært borti før, dette kan du endel om og ta opp enkelte ting som du vet kan være vanskelig. Flere av informantene sa at man som fysioterapeut må stille direkte spørsmål. Man må være tydelige, nysgjerrige og spørre rett ut. Man bør også forsøke å dempe skammen i terapirommet. Dersom spørsmålene blir for åpne, kan det bli vanskeligere for de unge pasientene å sette ord på det. Når relasjonen har blitt trygg kan man tillate seg å spørre mer direkte. En av informantene fortalte at hun hadde opplevd at noen lukket seg mer når det ble stilt direkte spørsmål, og da må man også reflektere rundt det om pasienter er klar for å snakke og gå inn i disse spørsmålene.

“Dette er en gruppe som jeg synes er spesielt vanskelig å få tillit til, fordi de har “garden” oppe. Det er som mye skam inne i bildet....Man må våge å stille såpass spesifikke spørsmål at de skjønner at du forstår. De skjønner at du kan ta imot”. (Informant 3)

4.4. Varierende samarbeid på tvers av tjenestenivåer og tidlig innsats

4.4.1. Psykomotoriske fysioterapeuter i primær- og spesialisthelsetjenesten

Informantene vektla betydningen av et godt samarbeid mellom nivåene i helsetjenestene. Viktigheten av samarbeid går begge veier, både i oppdagelse og i videre behandling. Informantene hadde alle etter hvert opparbeidet seg et nettverk med fysioterapeuter de kunne henvende seg til og opplevde samarbeidet til sine kontaktpunkter som godt. Informantene påpeker at i de tilfellene der de har fått til samarbeid med fysioterapeuter i primærhelsetjenesten, og motsatt i spesialisthelsetjenesten, så oppleves dette som veldig nyttig og spennende.

Status for dagens samarbeid mellom fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten beskrev de som “ulik”, “tilfeldig” og “delvis god”. Informantene i spesialisthelsetjenesten sier at de henviser mange pasienter ut til primærhelsetjenesten, og dersom de ikke har gode samarbeidspartnere å henvise ut til så er det et problem i hvordan systemet virker og hvordan det hele er organisert. Flere av informantene opplever at det enkelte steder er mangelfull oppfølging i primærhelsetjenesten for de unge pasientene som strever med spiseforstyrrelse. De formidler at det kan være vanskelig å få tak i fysioterapeuter i enkelte kommuner etter at de unge pasientene har vært i oppfølging i spesialisthelsetjenesten. De gir samtidig uttrykk for at de har stor forståelse for at fysioterapeutene i primærhelsetjenesten står med lange ventelister og høyt trykk med stor pasienttilgang.

“Jeg blir kontaktet av mange fortvilte foreldre som ikke får så mye oppfølging. For det er ikke noe spesielt lavterskeltilbud til disse pasientene i primærhelsetjenesten.”

(Informant 3)

Ifølge informantene er det svært få eller ingen av de unge som hadde vært hos fysioterapeut før de kom til spesialisthelsetjeneste. Dersom de hadde vært hos fysioterapeut var det f.eks. for å få behandling for smerter i muskel- og skjelettsystemet.

Samtlige av informantene opplever at det er både vegring og en mangel på fysioterapeuter i feltet som kan noe om spiseforstyrrelser og oppfølging av barn og unge med problematikken. Informantene poengterte at for mange er det nok en følelse av utilstrekkelighet ettersom fysioterapeuter skal kunne noe om mange plager og sykdommer. Det kan bli overveldende. Flere av informantene løfter også frem at de opplever at noen fysioterapeuter fremdeles forholder seg til spiseforstyrrelse som at dette handler om psykisk helse og at det dermed ikke er relevant fysioterapi. En av informantene kommenterte at enkelte fysioterapeuter fremdeles kan fremstå som noe dikotomisk i tankesett og tilnærming. Det ble gitt uttrykk for at man på et eller annet tidspunkt må gjøre noe med den myten om at det er skummelt med spiseforstyrrelse og at det er annerledes enn andre sykdommer og plager som fysioterapeuter jobber med. Det poengteres med at det handler om å øke fortrolighet i egen kropp og bygge selvfølelse. Og der kan fysioterapeuter bidra i oppfølgingen.

“Kroppen til dem som har spiseforstyrrelse er ikke så annerledes enn andre kroppar”
(informant nr. 1).

En av informantene påpekte at når det først er investert så mye gjennom at pasientene er innlagt i spesialisthelsetjenesten over tid så er det trist at man ikke får denne behandlingskjeden til å fungere godt. Hun gjentok flere ganger at det er veldig viktig at pasienten får den oppfølgingen de trenger etterpå. Hun presiserte betydningen av samarbeidet ved å beskrive følgende kliniske vignett:

“En undervektig pasient som har gått opp i vekt kan de være hos oss til de har fått noe stabilisering. Mange kjenner ikke seg selv igjen når de kommer tilbake til sitt miljø. Integreringen av den nye kroppen må skje delvis etter hjemsendelse, hvis ikke er risikoen for tilbakefall stor”. (Informant 1)

Informantene i spesialisthelsetjenesten forteller at de forsøker å legge til rette for at fysioterapeuter som tar imot pasienter som har vært i oppfølging i hos dem, kan ta kontakt med dem i spesialisthelsetjenesten og at de forsøker å være tilgjengelige dersom det er spørsmål knyttet til lidelsen eller pasienten. En av informantene i spesialisthelsetjenesten forteller også at de har flere fysioterapeuter som de jevnlig har kontakt med knyttet til problemstillinger rundt spiseforstyrrelser. Det å kunne være en sparringpartner for hverandre løftes frem som helt essensielt inn i arbeidet med barn og unge med spiseforstyrrelse. Informantene som arbeider i primærhelsetjenesten, gav uttrykk for at det var positivt å ha kontakt inn til de fysioterapeutene som jobber med spiseforstyrrelse i spesialisthelsetjenesten for å få til et godt samarbeid og gode overføringer.

Den ene informant som jobbet i spesialisthelsetjenesten fortalte at hun savnet veldig å ha en fysioterapeut som kunne vært tilgjengelig for henne i Abup, som hun kunne samarbeidet med rundt de unge pasientene med spiseforstyrrelser.

“Jeg opplevde at jeg jeg møtte de unge i en ganske kritisk fase. Og det er begrenset hva man får gjort når de er i den prosessen eller i den delen av forløpet. Jeg skulle gjerne ha hatt en fysioterapeut som kunne ha fulgt opp for eksempel treninger eller

tatt litt tak hvordan det er med fysisk aktivitet, bevegelse og tvangspregert trening?”
(informant 3)

Flere av informantene er enige om at man kan hindre noen i å utvikle eller få en forverring av sykdommen dersom de møter fagpersoner tidlig i forløpet og i forkant av en eventuell oppfølging i spesialisthelsetjenesten. De påpeker også hvor viktig det er å få en god oppfølging etter et forløp med behandling i spesialisthelsetjenesten.

4.4.2. Betydningen av fysioterapi som tidlig intervensjon

Informantene deler synet på at fysioterapeuter har en viktig rolle i en tidlig fase hos ungdommer som står i fare for å utvikle spiseforstyrrelse. Alle informantene uttrykte betydningen av at man som fysioterapeuter kan komme inn tidlig og vektla kompetansen man som psykomotorisk fysioterapeut har inn mot denne pasientgruppen. De poengterer at andre behandlingsformer som samtalerapi viktig, men at det også er en viktig del av oppfølgingen å komme i kontakt med egne kroppslige reaksjoner og forstå dem for de unge. AT den unge kan klare å fortolke reaksjonene kroppen gir nøytralt uten at det bli mye negativt støy på vei opp i fortolkningen.

“Vi står i en helt unik posisjon som psykomotoriske fysioterapeuter. Det er også enighet i faggruppen at vi tilbyr noe annet enn det andre faggrupper gjør. Vi supplerer behandlingen og kan fylle noen tomrom.” (Informant 4)

Informantenes erfaring er at det er annerledes å ha oppfølging av barn og unge som ikke har så etablerte mønstre i seg, sammenliknet med de voksne pasientene. De unge er gjerne mer formbare enn eldre pasienter, som kan ha levd med en spiseforstyrrelse i mange år. Det vil være mer fastlåste mønstre når sykdommen har vært i kroppen over så lang tid.

“Det er noe med å møte dem før det er så satt som det kan være hos voksne. Mønstrene har gått litt dypere inn i dem og de har flere unnskyldninger for hvorfor ting ikke fungerer. Med barn og ungdom så er det annerledes. Det er det som er fint med barn og unge, at de kan ta ting til seg.” (informant 2)

Informantene gir også uttrykk for bekymring for at det kuttes psykomotoriske stillinger i både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og at dette går ut over det tverrfaglige arbeidet i møte med spiseforstyrrelsen. Dersom pasienten ikke får oppfølging av

fysioterapeuter tror informantene at en viktig del av symptom bildet kanskje ikke blir møtt. Den systemiske organiseringen rundt fysioterapeuter løftes frem som et viktig element i dette samarbeidet. Arbeidsgiver har også et ansvar for å legge til rette for god opplæring for de fysioterapeutene som er ansatt i f.eks. kommune som fysioterapeuter for barn og unge. Man møter de utfordringene som finnes i populasjonen.

“Jeg tror det er underkommunisert hva vi kan bidra med som fysioterapeuter, for det ikke er fysioterapi som man kanskje tenker på kan bidra så mye i oppfølgingen av disse pasientene. Psykomotoriske fysioterapeuter har en unik måte og en annen innfallsvinkel å nå inn til barn og ungdom på. Vi kan jobber direkte med kroppen ved å bruke kroppsopplevelser og bevegelsesglede, en annerledes tilnærming til det vanskelige...” (Informant 3)

En av informantene deler sin mening om at et fokus på spiseforstyrrelse i skolehelsetjenesten trolig kan hjelpe med å forebygge utvikling eller forverring av spiseforstyrrelse i flere tilfeller. Flere av informantene ønsker å formidle til fysioterapeutkollegaer i primærhelsetjenesten at tidlig innsats i førstelinjetjenesten kan bidra til at man kanskje klarer å hjelpe flere barn og unge enn man klarer i dag. Informantene sier at fastleger og samarbeid med andre aktører har en helt sentral rolle. Når foreldre kommer med barn med spiseforstyrrelse, så er dette alvorlig. Det handler mye mer enn rask nedgang i vekt, men også strev med trening, eller forhold til egen kropp, negativt selvsnakk. Primærhelsetjenesten har en utrolig viktig rolle for å tidlig oppdage symptomer.

“Jeg har gjort meg mange tanker om at hvis dette hadde blitt fanget opp og møtt tidligere, så hadde de kanskje sluppet å komme til oss i spesialisthelsetjenesten.” (Informant 4)

5. DISKUSJON

Studien beskriver *psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med oppfølging av barn og unge med spiseforstyrrelse*. Studiens mest sentrale funn er informantenes opplevelse av kompleksiteten ved sykdommen og bevisstheten rundt den individuelle tilnærmingen i oppfølgingen av barn og unge med spiseforstyrrelse. I rollen som psykomotoriske fysioterapeuter opplever og erfarer informantene at de står i en særstilling ved å kunne jobbe gjennom kroppen. Betydningen av tidlig intervensjon og tidlig oppdagelse blir påpekt. Samtidig erfarer de et varierende samarbeid på tvers av tjenestenivå. Funnene vil bli diskutert i lys av teori og tidligere forskning. I kapittelets andre del vil studiens styrker og svakheter belyses gjennom en metodediskusjon.

5.1. Kompleksiteten og det sammensatte ved sykdommen, og betydningen av individuell tilnærming.

Et gjennomgående funn i studien er kompleksiteten og det sammensatte ved spiseforstyrrelse som sykdom. Informantene sa at i oppfølgingen av barn og unge med spiseforstyrrelse er det flere aspekter ved sykdommen som man bør kjenne til som fysioterapeut. Det at spiseforstyrrelse kan ha ulike alvorlighetsgrader og i verste fall være en potensielt dødelig sykdom (Rø i Rø et al., 2020, s. 43) bidrar til at sykdommen kan komme i ulike uttrykk. Dette fordrer en stor bredde i kompetansen hos informantene for å imøtekomme de individuelle forskjellene hos de unge, noe også funnene i studien viste.

Informantene opplevde at jo flere barn og unge man de hadde hatt i oppfølging med spiseforstyrrelse, jo bedre kjente de til variasjonene som finnes, og de var tryggere på hva de kunne spørre om og utforske, og motsatt hva de ikke burde spørre om. Informantene fortalte at de som psykomotoriske fysioterapeuter tilnærmer seg den unge med spiseforstyrrelse ved å individuelt tilpasse både undersøkelse og behandlingstiltak slik at det er mest mulig skreddersydd til det aktuelle barnet eller ungdommen. Sett fra et kroppsfenomenologisk perspektiv justerer man seg inn etter pasienten man har foran seg (Thornquist, 2021, s. 160).

På den ene siden ønsket informantene å formidle at den unge som kommer med spiseforstyrrelse har en kropp som er lik alle andre barn og ungdommer, og som fysioterapeut kan man ta i bruk alt man kan inn i oppfølgingen. Informantene sa at de gjør ikke noe annet i sin oppfølging, som de ikke kunne ha gjort med andre pasienter. De tar i bruk hele spekteret

av undersøkelser og tiltak som de har lært. Informantene formidlet at man må bort fra den tanken om at spiseforstyrrelse er så skremmende.

Kompleksiteten i sykdommen kan sees i lys av teori fra Thornquist (2021, s.158) som bekrefter at det kan være vanskelig å forstå og tolke kroppen til den unge pasienten for helsepersonell. Dette vil også gjelde for psykomotoriske fysioterapeuter. Det å forstå og tolke setter krav til de analytiske redskapene som ifølge Thornquist er utenfor den fenomenologiske forståelsesrammen. Hun sier videre at man som behandler prøve å forstå hva det innebærer å *være* syk for den som har spiseforstyrrelsen, noe som er kvalitativt forskjellig fra det å *ha* sykdommen (s.158). Teorien sier også at for helsepersonell som skal ha oppfølging av ulike plager og lidelser, er det viktig å erkjenne kroppens sammensatte karakter, dens flertydighet og ulike uttrykk, spor, vaner og praksiser (Thornquist, 2021, s. 158).

Informantene fortalte at de utfører undersøkelser basert på hva som kommer frem i anamnese og underveis i undersøkelsen. De har ingen fast oppsett, men har med seg den psykomotoriske tankegangen. De fortalte at den kontinuerlige justeringen som rettes inn mot den syke er viktig. Det man får svar på i undersøkelsen leder slik til neste undersøkelsessteg og tilpasninger utføres hele veien. Informantene understrekte spesielt betydningen av å se på kroppens reaksjoner hos den unge. Sett i lys av hermeneutikken og den hermeneutiske sirkel kan den kontinuerlige tilpasningen hos fysioterapeuten forstås som at ny informasjon og erfaring legges til det man som fysioterapeut allerede har kunnskap om og har erfart (Thornquist, 2021, s.171). Den nye erfaringen tillegges forforståelsen som den psykomotoriske fysioterapeuten går inn i undersøkelse og behandling med. Slik er det mulig å få til en best mulig tilpasning av både undersøkelse og behandling til den unge pasienten. Bevisstheten som informantene viser ved at de er opptatt av den personsentrerte tilnærmingen er også i tråd med hva nasjonale retningslinjer og forskning sier om betydningen av individuell tilnærming (Helsedirektoratet, 2023).

Skal man forstå de unge ut fra et fenomenologisk perspektiv må man som behandler sette seg inn i situasjonen og opplevelsen slik som den erfares for den unge man har i oppfølgingen. Fenomenologien retter oppmerksomheten mot verden slik den erfares *for* personen, og ikke på verden uavhengig av subjektet (Thornquist, 2021, s. 102). Tar man inn begrepet livsverden, som er sentralt i fenomenologien, må man som psykomotorisk fysioterapeut se på

miljøet og omverden slik den fremstår for den unge. Livsverden er den man tar for gitt og ikke setter spørsmålsteget ved.

I undersøkelsen kartlegges historikken til kroppen ifølge informantene. En gjennomgang av hvordan kroppen har vært tidligere og hvordan kroppen oppleves for den unge pasienten på det aktuelle tidspunktet undersøkelsen foretas. Kroppsbildet og forholdet den unge har til balansen mellom fysisk aktivitet og hvile er to hovedområder som beskrives som viktige å kartlegge. Informantene vektla også vanskeligheter med å forstå og tolke kroppens signaler som krevende hos mange av de unge. Teori viser til at fysioterapioppfølgingen har som mål å øke aksepten for kroppen, bedre evnen til å forstå og oppfatte kroppens signaler og ta hensyn til dem (Danielsen i Rø et al., 2020, s.229). Informantene løftet også frem mangelen på kunnskap om kroppen og misforståelsen rundt kroppens sammensetninger spesielt. Dette bidrar til å gjøre sykdommen krevende å forholde seg til for den unge pasienten, men også for behandler. Informantene erfarte at sykdommen planter sannheter i hodet på de unge. I tiltakene inkluderes derfor også kroppssamtalene, kunnskapsformidling og veiledning som viktige elementer i behandlingen.

Informantene erfarte at de unge debuterer med spiseforstyrrelse rundt 12 til 14 års alderen. Dette støttes også av teori som viser at pubertetsalderen er vanlig alder for debut av spiseforstyrrelse. Teorien viser også til at dette er en sårbar tid der det kan være krevende å oppdage endringer fordi den unge allerede endrer seg i en naturlig utvikling. Dessuten er det en glidende grense mellom å ha en slankende adferd og en opptatthet av slanking, kropp og utseende, som mange unge har, og det å ha en spiseforstyrrelse. Denne kompleksiteten er dermed krevende å forholde seg til. I tillegg er den unge i ferd med å løsrive seg fra de voksne. Det å skulle søke eller få hjelp hos voksne behandlere kan dermed være utfordrende (Øhlckers et al., 2020, s.20-26).

Informantene fortalte at de under pandemien opplevde flere pasienter som var yngre og sykere enn tidligere. Dette fremheves også fra Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) som beskriver at man under pandemien så en betydelig økning i spiseforstyrrelser. UKOM sier også at det ble meldt yngre og sykere pasienter til helseinstansene, sammenliknet med tiden før pandemien (Helsedirektoratet, 2024). Forskerne Lindvall Dahlgren og Wisting (2022) sier at det ikke foreligger nye oppdaterte tall på nasjonal forekomst av spiseforstyrrelse blant norske barn og ungdom. De tematiserer det faktum at det er et behov for en ny nasjonal forekomststudie ettersom tallene som brukes som

referanse i dag er hentet fra en forekomststudie for 20 år siden. Fra deres egen studie, EPI-EDY studien (Epidemiology og Eating Disorders in Norwegian Youth), viser tallene en økt forekomst av spiseforstyrrelse blant barn og unge. Tallene de viser til har en klar økning fra forekomsttallene fra 1999 og forekomsten betegnes som urovekkende høy. Forskerne legger også frem at en av ti ungdommer har ifølge studien spiseforstyrrelse og bare 1 av 3 av disse er i kontakt med helsevesenet (Lindvall Dahlgren og Wisting, 2022). Dette kan indikere at man ikke når frem til 2 av 3 ungdommer med spiseforstyrrelse med helsehjelp. Sagt på en annen måte, er det 66 % av ungdommer med spiseforstyrrelse som ikke får helsehjelp. Man kan undre seg over at det ikke er foretatt en ny nasjonal forekomststudie, gitt det vi idag vet om sykdommens brutalitet og at den har et potensielt dødelig utfall (Rø i Rø et al., 2020, s. 43).

I tillegg til at informantene erfarer at de som kommer med spiseforstyrrelsen er yngre og sykere, fortalte de at det er flest med diagnosene anoreksi eller bulimi som de møter i oppfølgingen. Informantene formidlet at de har hatt svært få tilfeller av overspisingslidelse. Enkelte av informantene har jobbet i flere år med spiseforstyrrelser men har ikke hatt overspisingslidelse i oppfølging blant de unge. I dag viser tall fra internasjonale studier at overspisingslidelse har høyere forekomst enn anoreksi og bulimi (Helmikstøl, 2021). Informantene tematiserte faren for de store mørketallene og at dem med overspisingslidelse ikke nødvendigvis er fanget opp. Den ene informanten fortalte at de unge med overspisingslidelser ikke er i behandling i spesialisthelsetjenesten, og at de dermed må være ute i primærhelsetjenesten og i skolehelsetjenesten. Dette støttes av forskere som gir uttrykk for at Norge henger etter i oppfølgingen av overspisingslidelse og tematiserer det faktum at overspisingslidelse ikke er inkludert som en egen diagnose i dagens ICD-10. De har dermed ikke rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Overspisingslidelse er imidlertid en egen diagnose i ICD-11, som skal tas i bruk som klassifiseringssystem, forhåpentligvis innen kort tid (Helmikstøl, 2021).

I tillegg til at informantene satte spørsmålsteget med hvorfor de ikke får barn og unge med overspisingslidelse i oppfølgingen, så spurte de seg også om hvor guttene blir av. De formidlet bekymring for at guttene går under radaren og at de ikke bli fanget opp. Den yngste pasienten informantene hadde erfaring med var en gutt på 9 år. Dette indikerer at guttene også kan også få spiseforstyrrelse, og i tidlig alder. Tall fra internasjonal forskning viser i tillegg at overspisingslidelse er funnet hos flere gutter sammenliknet med jenter (Helmikstøl, 2021). Tall fra EPI-EDY-undersøkelsen viser at det er en klar økning i spiseforstyrrelser hos særlig jentene, men de finner også økning i spiseforstyrrelser hos guttene ved sammenlikning

av tallene som ble foretatt i henholdsvis 1999 og 2021. Ifølge Skårderud (2000) beskrives spiseforstyrrelse tradisjonelt sett som en “jentelidelse” og dette kan være til hinder for at guttene søker hjelp for symptomer og sykdommen. Også Løvendahl Mogstad (2017, s.16-17) formidler at guttene oppsøker henne som lege og at de også rammes av sykdommen. Hun formidler også mistanken om store mørketall hos guttene (s.48-49). Øhlckers et al.(2020, s.194) sier også at det kan være vanskeligere å oppdage spiseforstyrrelser hos guttene og bekrefter at det kan være mørketall. Sykdommen kan ha en annen form hos guttene, noe også informantene påpekte. Ser man på de atypiske variantene av spiseforstyrrelsen, som ortoreksi, der man er opptatt av sunn mat og trening, eller megareksi, der fokus er å bygge muskler, (Øyvind Rø i Rø et al., 2020, s. 45-49) kan disse formene for spiseforstyrrelse være nærliggende å se på ved oppfølging av guttene og spiseforstyrrelse. Øhlckers et al. (2020, s.194) sier også at kroppsidealene er ulike hos jenter og gutter. Der jentene har et ideal om tynnhet har guttene det ofte motsatt, de ønsker å være muskuløse og sterke. Det kunne vært interessant å se nærmere på kjønnsforskjellene i oppfølging av spiseforstyrrelse hos psykomotoriske fysioterapeuter. Det er i tillegg et interessant funn, at både overspisingslidelser og guttene ikke er å finne i oppfølgingen hos psykomotoriske fysioterapeuter i samme grad som andre former for spiseforstyrrelser og jentene. Gjelder det samme funnet i andre behandlingstilnærminger innenfor psykisk helsearbeid? Gitt funnene som er kommet frem i studiet og i tillegg med støtte i både teori og forskning er det trolig på høy tid at man retter et fokus på overspisingslidelse og guttene i fagfeltet fremover.

Kroppsbildeforstyrrelse

Informantene gav uttrykk for at kroppsbildeproblematikken er et viktig element i arbeidet med barn og unge som har spiseforstyrrelse og at sterk kroppsmisnøye er et gjennomgående symptom i sykdommen. De formidlet at kroppen til den unge er redusert til noe som skal endres på og formes. Ifølge Skårderud (2000, s.25) er en med spiseforstyrrelse ikke så opptatt av den levende kroppen. De er mer opptatt av den instrumentelle kroppen, som blir objektgjort og tingliggjort (s.25). Psykomotoriske fysioterapeuter jobber ut fra tankegangen om at kroppen er en del av hele mennesket. Sett i lys av kroppsfenomenologien kan ikke kroppen tingliggjøres eller sees på som et rent naturfenomen, et slags subjektløst objekt. Vi kan ikke fjerne oss fra kroppen eller slippe unna den. Den er det inkarnerte subjekt. Dette

spenningsforholdet mellom å ha en kropp og å være i en kropp er et grunntrekk ved å være mennesker (Thornquist, 2021, s. 138-141).

Informantene formidlet at det er mye skam relatert til kroppen. De fortalte om unge pasienter som opplever områder på kroppen sin som de ikke vil forholde seg til. Dette kan forstås som en kontrast til synet på at mennesket har en levende kropp som vi er i verden med. Kroppen er ifølge Merleau-Pontys, *erfarende* materie og den er slett ikke er ren materie slik man var lært opp til å tenke tidligere (Thornquist, 2021, s.138-141).

Demping av skammen i terapirommet løftes frem av informantene som viktig og at dette vil være lettere å få til dersom relasjonen er god. Dette støttes av teorien som sier at relasjonskompetanse er en viktig brikke i det terapeutiske arbeidet (Nilsen og Wie Torsteinsson i Rø et al., 2020, s.120-121). Informantene sa at når relasjonen er trygg og tilliten er bygd vil det være lettere å få til en mer åpen dialog og et tettere samarbeid i behandlingen. Informantene erfarte at det relasjonelle er viktig i arbeidet med kroppsbildet til den unge pasienten og de pekte på at fysioterapeutens relasjonskompetanse er en viktig egenskap å ha i det kliniske arbeidet.

Selvfølelsen ble trukket frem som viktig for kroppsbildet av informantene. Skårderud trekker også frem at spiseforstyrrelse alltid handler om lav og svingende selvfølelse (2008, s. 8). Informantene minnet også om at i tillegg til å være misfornøyd med egen kropp så handler kroppsbildeforstyrrelse mye om tankene og holdningene knyttet til kroppsbildet. Dette kan illustrere hvor viktig et godt tverrfaglig samarbeid innenfor oppfølgingen av den unge pasienten er, og at det parallelt med at det jobbes med kroppen, også bør jobbes med tanker og holdninger. Forskning har også vist at behandling hos psykomotorisk fysioterapeut førte til utvikling av økt kroppskontakt og at ungdommene i større grad erfarte kroppen som en ressurs (Rabben et al., 2024).

I tillegg til et stort spenn av undersøkelser så fortalte informantene om et bredt spekter av tiltak som de bruke i oppfølgingen av barn og unge med spiseforstyrrelse. Også ved gjennomføring av behandlingstiltak viste de bevisstheten rundt viktigheten av individuell tilpasning. Ved å bruke kropporienterte tilnærminger løfter informantene frem tiltak der de jobber direkte med kroppen og på kroppen. Informantene formidler at de benytter hele spekteret av øvelser, både passive og aktive. Fellestrekkene for tiltakene er at den unge pasienten skal erfare gjennom kroppen sin. Det er sentralt i tilnærmingen til psykomotoriske fysioterapeuter å jobbe med kroppen som en funksjonell og samspillende enhet. Sett i lys av

kroppsfenomenologien er kroppen et erfarende subjekt. Det er som kropp vi mennesker er i kontakt med andre personer og involverer oss i sosiale interaksjoner (Gretland, 2007, s.24). Det er via kroppen vi har tilgang til verden, samtidig som at den enkeltes kropp er en del av verdenen vi lever i (Thornquist, 2021, s. 138-141).

Tvangspreget og overdreven trening

For å bli klassifisert som spiseforstyrret skal fysisk aktivitet ha karakter som overdreven eller tvangsmessig (Rø i Rø et al., 2020, s.48-52). Informantene beskrev at oppfølging av barn og unge med spiseforstyrrelse innebærer en utforskning av den unges balanse mellom aktivitet og hvile. Flere kliniske vignetter ble fortalt av informantene for å illustrere at de unge pasientene kan tenke annerledes om fysisk aktivitet. Eksempler som ble trukket frem var beregningen av fysisk aktivitet hos en ungdom der all aktivitet som var under 30 minutter ikke ble telt med. Det ble også fortalt om situasjoner der de unge "lurte" til seg økt mengde med aktiviteter, der den unge f.eks. sitter med foten løftet opp fra gulvet fremfor å hvile den på gulvet, for at kroppen skal jobbe. I fagmiljøet kalles dette lavintensitetsaktiviteter (Undernetverket for fysioterapeuter til det nasjonale kliniske nettverket for spiseforstyrrelser, 2021). Ekstra runder rundt bygninger eller ekstra repetisjoner i styrketreningen er også vanlig, ifølge informantene.

Informantene fortalte at de gjerne går med i treningen for å veilede, informere og hjelpe til med å justere. De fortalte at for mange av de unge som strever med tvangspreget trening utføres treningen i "ett gir" og etter en "jo mer jo bedre –holdning". Et av målene var å hjelpe den unge til å erfare hvordan man kan drive med sunn trening. Informantene trakk frem at fysisk aktivitet er motoren i sykdommen for mange og at fysisk aktivitet dermed kan være krevende å gå inn i som behandler. En av informantene fortalte imidlertid at hun kjente på usikkerhet for om hun la til rette for anorektisk adferd ved å trene sammen med pasientene. Dette kan igjen vise noe av kompleksiteten ved spiseforstyrrelsen som sykdom og kanskje noe om hvordan de psykomotoriske fysioterapeutene kontinuerlig i oppfølgingen må gjøre vurderinger og justeringer. Dette kan igjen sees i lys av den hermeneutiske sirkel fra hermeneutikken der behandlerens åpenhet for refleksjoner og tanker rundt oppfølgingen kan gi endringer i den videre forståelsen av sykdommen.

Samtidig som det ble løftet frem refleksjoner rundt usikkerhetsmomenter i oppfølgingen av trening beskrev informantene viktigheten av å la de unge erfare at fysisk aktivitet og trening

er sunt å drive med og påpekte at man i mange tilfeller ikke må ta dette bort fra dem, fordi det er så viktig for dem. Man kan i stedet for være med å bidra med kunnskap for at de kan utføre treningen på en sunn måte. Flere av informantene var for eksempel med på løpetur for å veilede dem i hvordan løpetreningen kan utføres. De deltok i intervalltrening for å hjelpe de unge med å erfare hvordan og når det skal legges inn pauser.

Funnet i studiet som viser at de psykomotoriske fysioterapeutene deltar i så stor grad inn i fysisk aktivitet og trening sammen med de unge pasientene er for forskeren et overraskende og interessant funn og som er aktuell kunnskap å ta med ut til fysioterapiens fagfelt.

Informantene poengterer imidlertid at det er viktige hensyn å ta dersom man skal utføre aktiv trening sammen med de unge pasientene. Helsemessig må man vite at pasienten ikke ligger på svært lav undervekt f.eks. Teorien støtter dette og sier at det er en forutsetning med vektoppgang for undervektige pasienter dersom økt fysisk aktivitet skal være forsvarlig å utføre (Danielsen i Rø et al., 2020, s.229). Dette viser at et tett samarbeid med fastlege vil være viktig i en slik oppfølging, noe teorien også støtter (Helsedirektoratet, 2017). Danielsen (Rø et al., 2020, s.229) sier også at det et viktig mål i fysioterapioppfølging av spiseforstyrrelser å minske det tvangspregede, rigiditeten og det negative kroppsfokuset i treningen. Mathiesen Fostervold (2018) fant også i sin doktorgrad at veiledet trening-og kostholdsterapi kan være vellykkede behandlingsmetoder med langvarig opprettholdt effekt ved spiseforstyrrelser.

I tillegg til den tvangspregede treningen fortalte informantene at mange av de unge pasientene kan ha vanskeligheter med å hvile, og det å tillate seg å hvile. Dette kan bero på misforstått eller feilaktig kunnskap om hva kroppen trenger, den unges syn på kroppen og fysisk aktivitet, misforståelser om kroppens sammensetninger og behovet kroppen har for restitusjon. Informantene vektla at man som behandler må vite hva man skal spørre om i denne sammenhengen. Kroppsorienterte samtale, kunnskapsformidling og veiledning om kroppen og om kroppens grunnleggende behov som et levende menneske i verden ble ansett som en viktig oppgave for informantene. Forskningen viser til at psykomotoriske fysioterapi som behandling til ungdommer med spiseforstyrrelse ble opplevd som et frirom for ungdommene, der de fikk anledning til å utforske sin egen subjektivitet gjennom den kroppslige samtalen og samhandlingen med den psykomotoriske fysioterapeuten (Rabben et al., 2024).

5.2. Psykomotorisk fysioterapi og særstillingen ved å jobbe gjennom kroppen

Informantene viser gjennom sine erfaringer at de som psykomotoriske fysioterapeuter kan tilby en annen innfallsvinkel til sykdommen. De formidlet at de i møte barn og unge med spiseforstyrrelse opplever at de med sin kompetanse i kraft av å være psykomotorisk fysioterapeut står i en unik posisjon. De la vekt på at de er “de eneste som får lov til å ta på pasientene”, og fremhever berøringsmandatet og tilnærmingen til kroppen som en mulighet til å behandle på en annen måte enn andre behandlere. For psykomotorisk fysioterapeuter er kroppen innfallsvinkelen, uansett hvilken metode som benyttes (Danielsen i Rø et al., 2020, s. 229). Ved å jobbe direkte på kroppen og med kroppen har de en mulighet til å nærme seg den unge pasienten og sykdommen med en helt annen tilnærmingene enn de tradisjonelle behandlingene, som f.eks. samtalerapi. Dette bekreftes også fra forskningen fra Børsum og Råheim (2017) som fant at psykomotorisk fysioterapi i møtet med spiseforstyrrelse bidro med noe som er vesentlig, annerledes og utfyllende i forhold til andre behandlingstilnærminger. Dette funnet ble også trukket frem i forskningen til Rabben et al. (2024). For noen av pasientene vil det å jobbe direkte på og med kroppen sammen med fysioterapeuten lage muligheter for endring (Wie Torsteinsson i Rø et al., 2020, s. 212). Gretland (2007, s.86) sier også at fysioterapi kan bidra til å fremheve erfaringer, kroppsanser og mestringsmuligheter. Gjennom måten fagutøver samhandler med pasient, både verbalt og kroppslig, formidles anerkjennelse, empati og respekt, og dette påvirker pasientenes egne erfaringer, deltakelse, tilstand og selvfølelse (Thornquist, 2021, s. 160).

Berøringsmandatet som informantene vektla i sin oppfølging, kunne også gi ulike utfordringer. Informantene fortalte at berøring kan oppleves som svært vanskelig for mange barn og unge med spiseforstyrrelse og det ble løftet frem både viktighet av tilpasninger, blikket for reaksjoner hos den unge, betydningen av relasjon og respekt for den andre. De sa at berøringen samtidig kunne gi rom for en økt tilstedeværelse og kroppslig fornemmelse. Forsmo og Holmesland (2021) fant i sine studier at psykomotoriske fysioterapeuters kompetanse i å tolke kroppslige signaler var med på å trygge pasienter med spiseforstyrrelse til å kunne ta imot berøring som tiltak i behandlingen, til tross for at berøring kunne oppleves som utfordrende.

Informantene påpekte at selv om man skal være varsomme må ikke berøring være for forsiktig og man må unngå berøringangst som behandler. Det er lett å tenke at man kan kjenne en usikkerhet over pasienter som har et krevende forhold til kropp og mange har også

vanskeligheter med nærhet. Likevel påpekes det av informantene at fysioterapeuter som bruker berøring i oppfølging av pasienter med spiseforstyrrelse må være tydelige og konkrete, for å unngå en eskalering av angst og bekymring hos pasienten.

Informantene poengterte at man som fysioterapeut har mye å bidra med i kraft av yrket, og at denne kompetansen bør brukes i større grad. De sa at man må jobbe for å skape en større faglig trygghet hos fysioterapeuter og kanskje også opplyse om at selv om spiseforstyrrelser regnes for å være en psykisk lidelse, så bør ikke fysioterapeuter tenke at dette er utenfor dem sitt felt. Psykomotorisk fysioterapi inngår som en del av det psykiske helsearbeidet, som er et tverrfaglig og flerfaglig vitenskapelig arbeidsfelt, som omfatter alle deler av tjenestene som retter seg inn mot arbeidet med psykisk sykdom (Leder i Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2008). Det at psykisk helsearbeid defineres inn mot psykisk sykdom trenger ikke å utelukke det fysiske aspektet ved sykdommen spiseforstyrrelse. Som belyst gjennom studiet er spiseforstyrrelsen i stor grad rettet mot kroppen og den kroppslige tilnærmingen som psykomotoriske fysioterapeuter kan tilby vil ifølge informantene derfor være høyst aktuell.

Som fysioterapeut har man god kunnskap om kropp, man vet hvordan en kropp kan fungere best mulig og forutsetningene for dette, og man kan mye om hva som er viktig for å oppleve fysisk velvære og økt fremgang. Barn og unge kan trenge kunnskapen fra fysioterapeuter som kan dette, som kan noe om kroppens sammensetninger. Barn og unge kan ikke overlates til å hente kunnskapen sin utelukkende fra sosiale medier. De har behov for hjelp til å sortere, til å relære kunnskap som er misvisende og feilaktig og til få nye sannheter om kroppen og om fysisk aktivitet som ikke innebærer feil eller misforståelser. Ungdommene kan foreta seg valg på grunnlag av noe som ikke stemmer dersom de ikke får riktig veiledning, ifølge informantene. Teorien støtter dette ved å si at fysioterapeuter som har kompetanse på kropp, kan bidra inn mot pasienter som strever med spiseforstyrrelse og forholdet sitt til kroppen med sin kunnskap, interesse og forståelse for sammenhenger i kroppen. (Danielsen Marit, 2006).

Informantene fortalte at fysioterapeuter har masse å bidra med inn mot spiseforstyrrelse og barn og unge. Man må ha kunnskap om diagnosen, om hva det handler om, og om hvordan dette utspiller seg hos pasienten. Informantene ønsker å løfte frem kompetanse de har på spiseforstyrrelse i alle tjenestenivåer, i kraft av å være fysioterapeuter. Informantene sa at de trodde det var underkommunisert, at fysioterapeuter kan bidra inn i oppfølgingen av barn og unge med spiseforstyrrelse.

5.3. Varierende samarbeid på tvers av tjenestenivåer.

Den unge alderen på 9 år som var den yngste pasienten informantene hadde hatt viser at spiseforstyrrelse kan inntre i svært tidlig alder og allerede på barneskolen. Forskning viser at det er bedre prognose jo tidligere oppfølgingen kommer inn i sykdomsforløpet (Lindvall Dahlgren og Wisting, 2022). Teori viser også til at tidlige tiltak vil kunne gi bedring av symptomene i spiseforstyrrelsen, som vil kunne ha en stor påvirkning for den unge pasientens livskvalitet og funksjon i hverdagen, selv om personen ikke er frisk fra sykdommen (Rø i Rø et al., 2020, s. 51). Forskning av Lindvall Dahlgren og Wisting (2022) signaliserer at det er behov for tilrettelegging av lavterskeltilbud og forebyggende tiltak for ungdommer i risikogrupper, og at behandling må tilbys på et tidligere tidspunkt enn det gjøres i dag. De etterspør kunnskapsløft og kompetanseheving innenfor primærhelsetjenesten (Lindvall Dahlgren og Wisting, 2022). Pål Iden, direktør i Ukom, ytrer bekymringsmoment for økte ventelister i lavterskeltilbudene og tematiserer samtidig at det må gis tilbud til barn og unge før de kommer til Abup som er en del av spesialisthelsetjenesten, ettersom Abup er en hjelp for dem som allerede har utviklet sykdommen (Sundquist, 2021).

Tidlig innsats for å avdekke og starte med oppfølging av sykdommen beskrives som viktig fra sentrale helseprofiler som Helsedirektoratet og Abup, og det bekreftes også av samtlige av informantene. De nasjonale retningslinjene og pakkeforløpet for spiseforstyrrelse gir føringer for at unge med spiseforstyrrelser skal ivaretas med oppfølging og behandling. Tidlig oppdagelse, tidlig intervensjon, utredning og behandling inkluderes i retningslinjen (Helsedirektoratet, 2023).

Det kan virke som at man er enige om at tidlig innsats er en nøkkelfaktor for å klare å forebygge eller ta tak i begynnende og tidlige symptomer på spiseforstyrrelse hos barn og unge. Likevel erfarer informantene at det er varierende samarbeid mellom tjenestenivåer. På spørsmål om hvordan informantene selv opplever samarbeidet mellom fysioterapeuter i primær- og spesialisthelsetjenesten som har oppfølging av barn og unge med spiseforstyrrelse, svarer de “varierende”, “ulikt”, “tilfeldig” og «delvis godt». De vektla at i de tilfellene der de hadde knyttet til seg kontakter og nettverk med andre fysioterapeuter som arbeider med spiseforstyrrelse, så fungerte samarbeidet veldig godt. Likevel opplevde de at det er svært ulikt hvor godt de får samarbeidet til, og at pasientoverføringer påvirkes av dette, både i oppdagelse av sykdommen, og i oppfølging etter behandling i spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet påpeker viktigheten av samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, med tverrfaglige team og med hjelp av koordinatore og en individuell plan (Helsedirektoratet, 2017).

Informantene forteller at de også erfarer at det både er mangel på kompetanse og interesse for spiseforstyrrelse hos andre fysioterapeuter. De påpeker at det er få fysioterapeuter som jobber med spiseforstyrrelse i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Spesielt opplever informantene som arbeider i spesialisthelsetjenesten at de kan mangle fysioterapeuter i primærhelsetjenesten som kan overta oppfølging av pasientene når de kommer hjem etter behandling. Flere av informantene gav uttrykk for at de kan være krevende å finne fysioterapeuter som kan ta imot barn og unge som enten er for friske til å komme inn til spesialisthelsetjenesten, eller som har vært i oppfølging der. De formidlet at den varierende kompetansen og kunnskapen om spiseforstyrrelse blant psykomotoriske fysioterapeuter, men også blant allmennfysioterapeuter, vil i stor grad påvirke behandlingstilbudet som blir gitt til de enkelte barn og unge som har begynnende symptomer på, eller som har en allerede utviklet spiseforstyrrelse. Dette kan trolig ha flere konsekvenser for den unge pasienten og det er mulig å tenke seg at dersom det blir opphold i oppfølgingen av pasienten eller at pasienten må vente i lengre tid før pasienten får hjelp hos fysioterapeut, så kan dette trolig være uheldig for pasientens tilfriskning.

I følge Abup er det familiebasert terapi som ifølge forskning gir best resultater. I pakkeforløpet for spiseforstyrrelse er fysisk aktivitet ett av tre hovedtiltak som gis til den unge som opplever spiseforstyrrelse (Abup, Sørlandet sykehus, 2022). Fysioterapeut eller psykomotorisk fysioterapeut er imidlertid ikke nevnt i Abup sin presentasjon av behandlingen av spiseforstyrrelse, men har likevel fysisk aktivitet som ett av tre hovedtiltak. Det er interessant å se nærmere på hvem som ivaretar dette tiltaket i oppfølging i Abup? Flere av informantene tar også opp det faktum at det er svært få fysioterapeuter som jobber i Abup idag. Det formidles fra informantene at det er et savn etter fysioterapeuter som samarbeidspartnere i Abup.

Flere av informantene sa at det er viktig å møte de unge før spiseforstyrrelsen har fått satt et mer fastlåst mønster. Flere av informantene forteller at de flere ganger har tenkt tanken om at dersom noen hadde møtt den unge pasienten deres tidligere så hadde sykdommen kanskje ikke utviklet seg som den gjorde. Kanskje hadde den unge sluppet å komme til behandling i spesialisthelsetjenesten. Når de unge pasientene kommer til oppfølging i

spesialisthelsetjenesten, som er en tredjelinjetjeneste, da skal de ha forsøkt “alt”. Dette er også i tråd med Pål Iden i Ukom, som poengterte at de unge bør ha hjelp før de blir så syke at det har behov for helsehjelp i Abup (Sundquist, 2021). I teorien vektlegges det at dersom man skal klare å oppnå et optimalt behandlingstilbud til pasienter med spiseforstyrrelse er sømløse overganger innenfor behandlingssystemet og behandling som er kunnskapsbasert og skreddersydd det ideelle (Nilsen og Wie Torsteinsson i Rø et al., 2020, s. 119).

5.4. Metodediskusjon:

Det var relevant for studien å benytte kvalitativt forskningsmetode og individuelle intervjuer for å få tak i informantenes erfaringer. Det var ønskelig å høre dem fortelle om sine egne opplevelser for å besvare problemstillingen som var følgende: *“Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter fra oppfølging av barn og unge med spiseforstyrrelse?”*.

Studiens styrker og svakheter vil i det følgende diskuteres for en refleksjon og en vurdering. Systematisk tekstkondensering (STK) ble valgt som analysestrategi. Malterud (2017, s. 18) sier at kriteriene som omhandler refleksivitet, validitet og relevans er grunnlagsbetingelser for vitenskapelig kunnskap. Disse tre kriteriene vil drøftes i punkt 5.2.1.- 5.2.3.

Malterud (2007, s. 18) sier at ulike veier til kunnskap kan åpne for kunnskap av ulike nyanser og farger som samlet kan gi oss et bilde av det vi ønsker å vite mer om. Epistemologien, kunnskapen om kunnskapen, kan bidra til ydmykhet, ettertanke og refleksjoner og hjelpe oss til å unngå forestillinger om at vitenskapelig kunnskap er evige sannheter (s.18). Malterud påpeker holdningen og evnen til å selvkritisk og systematisk håndtere kunnskapen. Det kalles intersubjektivitet,

5.4.1. Refleksivitet

Refleksivitet er en posisjon som forskeren aktivt må oppsøke og holde vedlike. Forskeren skal aktivt lete etter konfrontasjoner, egne holdninger, tanker og forestillinger og posisjoner. Forskeren skal stille kritiske spørsmål til det man finner og til fremgangsmåten som er benyttet for å finne kunnskapen. Dette utfordrer evnen vi har til å foreta metaperspektivet, til å ta et skritt tilbake og se på forskningsprosessen og det som er utført (Malterud, 2021, s 19-20). I følge Malterud (2021, s.25) gjøres det alltid kompromisser for å oppfylle kriterier og

krav i forskningsprosjekter. For at studiens resultater skal bli vitenskapelig kunnskap må vi sørge for å synliggjøre og erkjenne kompromissene som er tatt (Malterud, 1993 i Malterud, 2021, s 25). Malterud (2021, s.20) minner også om at det er grenser for skepsis og sier at falsifikasjonsholdning og refleksivitet ikke skal føre til at man jobber for å motbevise det man er kommet til.

Ved rekruttering, innsamling og bearbeiding av data, men også gjennom oppsummering og diskusjon av resultatene, vil den teoretiske referanserammen som forskeren har selektert og vektlagt bestemme utfallet av studien og hvilken versjon av tolkning man står igjen med til slutt. Valget av den teoretiske referanserammen ble endret underveis i prosessen og det var særlig i prosessen av diskusjon at forskeren kunne se hvordan relevant teori kunne anvendes og diskuteres mens annen teori måtte fjernes. Seleksjonen av den teoretiske referanserammen er på denne måten hele veien en subjektiv seleksjon gjort fra forskerens ståsted og gir føringer for hvordan studiens data kan forstås og diskuteres. Intersubjektivitet forutsetter at forskeren gir leseren innsyn i de teoretiske perspektivene som har vært av betydning for problemstilling og dataanalysen og dermed bidratt til situering av kunnskapen (Malterud 1993 i Malterud, 2021, s. 47). Det ble tydelig for forskeren underveis at forskningsarbeidet i stor grad vil påvirkes av forskerens evne til å selektere ut relevant teori og data som er av betydning for problemstillingen og at forforståelsen med tanker og meninger man har hatt på forhånd må jobbes kontinuerlig med å bli lagt bort. Bare slik kan man oppnå en forskning som kan være overførbar til andre. En ydmykhet over fallgruvene som finnes og en strenghet gjennom forskningsprosessen vil være av stor betydning for forskningsresultatet og grad av overførbarhet.

Studiens svakhet er at den baserer seg på relativt få informanter der alle selv er psykomotoriske fysioterapeuter og gir uttrykk for et stort engasjement og interesse for fagfeltet spiseforstyrrelse. Forfatteren er selv psykomotorisk fysioterapeut, noe som har både fordeler og ulemper. Som kliniker selv kan en nærhet til stoffet bidra til å vanskeliggjøre refleksivitet (Malterud, 2021, s. 20). Ved gjennomføring av intervjuene ble det tydelig for forfatteren at man lett kan la seg engasjere og få behov og lyst til å dele egne erfaringer og tanker rundt oppfølgingen. Det er noe grunnleggende i en selv som vekkes når man møter fagpersoner som har et engasjement for det samme temaet og som bekrefter tanker man selv har hatt. Dette ble tydelig for forfatteren allerede i det første intervjuet og ved transkriberingen kunne man også høre påvirkning som man burde utelatt. Det ble foretatt en lærdom av dette og de resterende intervjuene ble gjennomført på en mer bevisst måte. De

åpne spørsmålene fikk større plass i intervjuene og egne refleksjoner og opplevelser ble holdt tilbake. Den dynamiske erkjennelsesprosessen som foregår ved datainnsamlingen kan forstås i forhold til den hermeneutiske spiralen der man får ny erfaring og forståelse som hele tiden påvirker delene og dermed helheten. Forskeren møtte ny kunnskap og fikk ny erfaring i møtet med informantenes som kontinuerlig påvirket forskerens arbeid i forskningsprosessen.

For å bevisstgjøre seg selv på personlig engasjement kan det være nyttig å gjennomføre et prøveintervju i forkant, for å bli kjent med egen måte å stille og respondere på spørsmål. Et prøveintervju ble imidlertid ikke utført i dette aktuelle prosjektet og kan anses som en svakhet. Samtidig kan forfatterens kunnskap om temaet ha bidratt til at det var lettere å stille oppfølgingsspørsmål og gå mer i dybden på temaet, ved at man har spesielle forutsetninger for innsikt og forståelse (Malterud, 2021, s. 21).

Til tross for forskerens nærhet til faget som kliniker og psykomotorisk fysioterapeut er flere av funnene i studiet overraskende og nye for forfatteren. Dette kan indikere at forskeren kan ha klart å legge bort deler av forforståelsen og de “terapeutiske brillene” og tillatt seg å ta imot ny kunnskap og erfaringer som informantene delte. Som eksempel var det nytt for forskeren at de psykomotoriske fysioterapeutene var aktive sammen med pasientene. Det var til stor overraskelse at de deltok sammen med de unge pasientene i trening, en enda mer overraskende at de bidro inn konkret ved f.eks. intervalltrening og bakkeløp. Slik kunnskap vil trolig være av ny informasjon for mange andre fysioterapeuter i tillegg til forskeren. Det var i tillegg nytt for forskeren å høre om vanskelighetene med å være i ro for mange unge pasienter og tanker og holdninger som var knyttet til hvile, restitusjon og tvangspreget trening. Det ble også tydelig for forskeren at det i stor grad er psykomotoriske fysioterapeuter som både har interesse for og viser kompetanse i oppfølging av spiseforstyrrelse. Forskerens opprinnelige problemstilling ønsket å se på “hvordan kan fysioterapeuter i primærhelsetjenestens bidra inn i oppfølging av barn og unge med begynnende spiseforstyrrelse”. Det ble tydelig for forskeren at det i utvalget var vanskelig å få tak i allmennfysioterapeuter som hadde interesse og erfaring i oppfølging av spiseforstyrrelse og det gav et signal om at denne interessen og erfaringen ligger spesielt hos psykomotoriske fysioterapeuter. Dette bidro til en endring av forskerens forståelse av fysioterapeuters interesse for temaet spiseforstyrrelse og det vil også være en kunnskap som er verdifull å ta med seg videre i møtet med andre fysioterapeuter, både allmennfysioterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter.

Det er også en svakhet at forskeren er ny i forskerrollen og dermed ikke har grunnlag for å gjøre gode avveininger og valg fra starten i prosjektet. At forfatter av studien har gjennomført prosjektet på egenhånd er også en svakhet, da en medforfatter ville kunne gitt innspill og hatt andre øyner på prosjektets gjennomføring og resultater. Tett kontakt med veileder har likevel sikret at en annen person har vært involvert i prosessen og har kunne gitt tilbakemeldinger underveis.

5.4.2. Validitet

En validering handler kunnskapens gyldighet (Malterud, 2021, s. 192). Det er nyttig å se på om det er brukt relevante begreper, ord og kartleggingsmetoder for å se nærmere på det fenomenet som var ønskelig å studere. Det er viktig å ta en stilling til hva metoden og materialet gir anledning til å si noe om. Det er også nyttig å se hvilken rekkevidde og overførbarhet resultatene som er kommet frem i studien har (Malterud, 2021, s.23 -24).

Malterud minner om at validitetens mål ikke er å bevise at man har kommet til en sannhet, men at man har overveid gyldighetens rekkevidde og at man kan overveie. Når vi ser på studiets validitet deler man også inn i intern og ekstern validitet (Malterud, 2021, s. 199). Kravet om at det skal være en konsistens i forskningen, en synlig rød tråd som kan følges, henger også sammen med grad av gyldighet. Man skal kunne følge en rød tråd fra problemstillingen, gjennom teoretisk referanseramme, metode og data som er logisk og relevant (Malterud, 2021, s. 25). Gyldigheten av kunnskapen er også avhengig av om noen kan benytte den og at den kan bidra til å utgjøre en forskjell, en såkalt pragmatisk validitet (Kvalte 1996 i Malterud, 2021, s. 198).

Intern validitet:

Ved vurdering av internvaliditet ser man på hva som er sant av det vi kommer med (Kvale 1996 i Malterud, 2021, s.23). Hvor relevant er begreper og metoder vi har brukt for å studere fenomenet? Forskeren må altså spør seg i hvilken grad teori, forskningsmetode og analysemetode er relevant og egnet til å gi gyldige svar på problemstillingen (s.23).

Det ble benyttet individuelle semistrukturerte intervjuer av fem informanter. Intervjuene gav rike og detaljerte beskrivelser om deres erfaringer i oppfølging av barn og unge med

spiseforstyrrelse. Metoden ble derfor vurdert som tilstrekkelig god for å svare på problemstillingen “*Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter fra oppfølging av barn og unge med spiseforstyrrelse?*”. Intervjuene hadde en varighet på ca. 60 minutter, noe som gav rom for å gå i dybden i refleksjoner og spørsmål. God informasjon ble sendt ut i forkant av intervjuene via informasjonsskriv og samtykkeskjema slik at informantene var forberedt på tema og betingelser som gjaldt personvern, datahåndtering og andre etiske hensyn. Dette anses som en styrke i studiet ved at informasjonen kan ha bidratt til å skape trygghet og opplevelsen av ivaretagelse for informantene slik at de ønsket å dele av sine erfaringer og kunnskap.

Intervjuene ble foretatt digitalt via den digitale plattformen Join. Helsenetts sin plattform Join skaper trygghet ved at den er godkjent som digitalt møterom for helsepersonell som deler informasjon. Dette bidro også til å styrke studiets ivaretagelse av anonymisering og informantenes stemmer. En respekt for informantenes tid som var planlagt ble overholdt. Til tross for at intervjuet foregikk digitalt ble det gjennomført i lukket kontor uten forstyrrelser. Dette kan ha bidratt til oppmerksomme møter og trygghet til å dele informasjon.

Intervjuguiden (vedlegg 3) ble gjennomgått i forkant av hvert intervju slik at oppmerksomheten ble rettet inn mot det forskeren ønsket å få svar på. Svakheter med intervjuguiden var at den var utformet ut fra den første problemstillingen i oppgaven som lød som følgende: “*Hvordan kan fysioterapeuter i primærhelsetjenesten bidra inn i oppfølging av unge med begynnende spiseforstyrrelse?*”. Spørsmålene ønsket dermed å få svar på en annen problemstilling enn den forskeren sto igjen med til slutt. Problemstillingen ble endret i samråd med veileder i prosessen av dataanalysen. Likevel ble det vurdert at intervjuene inneholdt så rik informasjon og tekst at det var mulig å reformulere problemstillingen og likevel ha data som svarte på den.

Systematisk tekstkondensering (STK) ble valgt som metode for å analysere data. Det vurderes som en styrke for studiet at det ble gjennomført en grundig systematisk analyse. Analysen ble i tillegg utført i tett samarbeid med veileder som gav forskeren mulighet til å reflektere over datainnsamlingen på en ny måte og med innspill fra en annen person. Analysen var tidkrevende ettersom forskeren måtte sette seg inn i analysens metode.

Ved prosjektets start fikk forskeren tildelt veileder som også er i tråd med Håndboken for Masteroppgaven i psykisk helsearbeid (Høgskolen i innlandet, 2023-2024). Det ble foretatt et skifte av veileder midtveis i prosjektet ettersom første veileder pensjonerte seg. Ny veileder

satte seg raskt inn i oppgaven og har gitt nyttige, verdifulle innspill og vært tilgjengelig resterende del av prosjektet. Veileder har vært støttende, men samtidig gitt kritiske og aktuelle spørsmål underveis i forskningsprosessen. Veiledningen foregikk fysisk og digitalt. Det er også kommet inn innspill fra medstudenter og studieansvarlig underveis i skolesamlinger. Dette har samlet vært en styrke for å reflektere over valg og gjennomføringer som er gjort i forskningsprosessen og for å få innspill og ny innsikt. Den hermeneutiske spiralen vandrer på denne måte videre og danner grunnlag for forskerens nye forståelse.

Ekstern validitet:

Ekstern validitet er det andre spørsmålet ved vurdering av validiteten og gjelder hvor stor grad er studiets funn overførbare? Stikkord som er relevant her er konteksten man utfører studiet i. I hvilken kontekst er studiet gjennomført og til hvilken kontekst eller sammenhenger kan kunnskapen overføres til? Ved kvalitative studier er overførbarheten ofte knyttet til utvalget, men har også sammenheng med spørsmålet om relevans. På hvilken måte kan kunnskapen som er kommet frem i lys av problemstillingen brukes og overføres til liknende problemstillinger i andre sammenhenger? Kan noen andre bruke og lære noe av studiets funn (Malterud, 2021, s. 24)?

Ut fra studiets omfang og tidsramme ble fem informanter inkludert. Dette resulterte i et rikt datamaterialet. Konteksten studiet ble gjennomført i preges av at det var psykomotoriske fysioterapeuter som var informanter. De arbeidet på ulike steder i helsesektoren og det var interessant for problemstillingen å hente erfaringer fra psykomotoriske fysioterapeuter som arbeidet i ulike tjenestenivåer. Dette var med på å gi studien en større bredde og dybde i erfaringene som kom frem, og dette kan bidra til at man sitter igjen med kunnskap som også kan overføres til ulike tjenestenivåer. Man kan anta at svarene til informantene også vil være gjenkjennelige for andre psykomotoriske fysioterapeuter som har oppfølging av barn og unge med spiseforstyrrelse. Likeså kan man anta at andre fysioterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter kan ha andre erfaringer med oppfølging av diagnosen hos barn og unge.

Resultatene som kommer frem i studien vil trolig være aktuell kunnskap for andre psykomotoriske fysioterapeuter som møter spiseforstyrrelsesproblematikken innen andre felt, som f.eks. i idretten, eller for andre som allmennfysioterapeuter som møter barn og unge med spiseforstyrrelse eller kroppsbildeforstyrrelser, som f.eks. i skolehelsetjenesten. Det er

sannsynlig at funnene i studiet vil være aktuell for inspirasjon og refleksjon utover konteksten som problemstillingen ble undersøkt i og ut fra studiets avgrensninger.

5.4.3. Relevans

Det er i kvalitativ forskning et mål at man skal se noe nytt fremfor at man skal gjenta andres funn fra tidligere studier. En ny problemstilling kan gi utgangspunkt for nye nyanser og endre vår forståelse. Vi vet i dag at det er mye forskning som er gjort i oppfølging og behandling av spiseforstyrrelse. Det er imidlertid begrenset med forskning på psykomotorisk fysioterapi som oppfølging av spiseforstyrrelse og enda mindre forskning er gjort innenfor psykomotorisk fysioterapi og oppfølging av barn og unge med spiseforstyrrelse. Det er derfor et aktuelt felt å se nærmere på, noe som også bekreftes av informantene som har kunnskap og erfaring innenfor feltet.

Når man ber informantene om å dele av sine erfaringer og kunnskap så ligger det en gjensidig forventning om at formålet er å finne ut ny kunnskap som vi kan lære noe av. Resultatene i studien er formidlet med fokus på at informantenes egne stemmer og meninger skal komme frem og at anonymitet er ivaretatt. Det er foretatt valg om ta bort informasjon som kunne vært avslørende for informantens identitet. Det har vært stor grad av fleksibilitet i forskningsprosessen som har vært en dynamisk og levende prosess der ettertanker og refleksjoner hele veien gir rom for endringer underveis. De dynamiske elementene man har i en kvalitativ forskning er viktig å gjøre tilgjengelig og transparente for andre i tilstrekkelig grad og krever en aktiv holdning til prosessen (Malterud, 2021, s. 53).

6. KONKLUSJON

Dette forskningsprosjektet har undersøkt hvordan psykomotoriske fysioterapeuter i primær- og spesialisthelsetjenesten erfarer og opplever oppfølging av barn og unge med spiseforstyrrelse. Deres erfaringer er relevant for psykisk helsearbeid fordi spiseforstyrrelse regnes for å være en psykisk lidelse og både sykdommen og oppfølging som gis vil påvirke den unges psykisk helse. Det finnes flere psykomotoriske fysioterapeuter som bidrar inn i oppfølging av barn og unge med spiseforstyrrelse, men det gis uttrykk for at det er behov for flere fysioterapeuter med kompetansen i tiden fremover. Studiens hovedfunn er kompleksiteten ved spiseforstyrrelsen og bevisstheten rundt den individuelle tilnærmingen i oppfølgingen. Et sentralt funn er også at de psykomotoriske fysioterapeutene erfarer at de står i en særstilling med sin kroppslige tilnærming. Det siste funnet fra studiet er at de psykomotoriske fysioterapeutene erfarer varierende samarbeid på tvers av tjenestenivåer, som kan påvirke oppfølgingen av den unge med spiseforstyrrelse.

Studien tar ikke opp opplevelser og erfaringer som ungdommene selv erfarer. Det hadde vært interessant å få deres perspektiv på hvordan de ser på nytten av å få oppfølging av psykomotorisk fysioterapeut i en tidlig fase av sykdommen, som i primærhelsetjenesten. Det kunne også vært interessant å få deres opplevelse av en oppfølging hos psykomotorisk fysioterapeut dersom sykdommen allerede har etablert seg. En studie med fokus på fysioterapi og guttene med spiseforstyrrelse vil også være aktuelt å se nærmere på. Studiet viser også at det er behov for å rette oppmerksomheten mot de unge med overspisingslidelse.

Denne studien er ment som en invitasjon til å reflektere over hvilken rolle psykomotoriske fysioterapeuter eller allmennfysioterapeuter med interessefelt innen spiseforstyrrelse, kan ha overfor barn og unge med spiseforstyrrelser. Hvordan kan psykomotoriske fysioterapeuter bidra inn i oppdagelse, oppfølging og med kunnskapsformidling? Studien kan bidra til ideer om hvordan man kan forebygge en alvorlig, potensielt livstruende tilstand. Ettersom spiseforstyrrelse øker i både forekomst og alvorlighetsgrad blant unge i Norge bør man fremover tenke nytt rundt oppfølging innenfor helse. Studien inviterer til en refleksjon rundt helsevesenets organisering og hvorvidt psykomotoriske fysioterapeuter bør vurderes inn i stillinger i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, også i forebyggingsøyemed.

REFERANSELISTE

- Abup poliklinikk Kristiansand, Sørlandet Sykehus (sist oppdatert 06.10.22).
Spiseforstyrrelser hos barn og ungdom – pakkeforløp ABUP Kristiansand.

<https://sshf.no/behandlinger/spiseforstyrrelser-hos-barn-og-ungdom-pakkeforlop?sted=abup-poliklinikk-kristiansand>

- Børsum, Karine og Råheim, Målfrid (2017); *Når kropp er vanskelig; Psykomotorisk fysioterapi for pasienter med spiseforstyrrelser. En intervjustudie.* Fagfellevurdert 2017. Vitenskapelig artikkel i tidsskriftet Fysioterapeuten.

<https://www.fysioterapeuten.no/nar-kropp-er-vanskelig-psykomotorisk-fysioterapi-for-pasienter-med-spiseforstyrrelser-en-intervjustudie/124508>

- Danielsen, Marit (2006). *Kroppsbilde, spiseforstyrrelse og fysioterapi – en kasusrapport.* Kasusrapport, Fysioterapeuten nr. 12/2006.

https://www.fysioterapeuten.no/files/archive/386/4700/version/3/file/1206_Fagartikkel.pdf

- Direktoratet for e-helse (2022): *Om ICD-10 og ICD11.* Rapportnr IE-1103. Utgitt av direktoratet for E-helse, 31.08.22.

www.e-helse.no.

- Den nasjonale forskningsetiske komite for Samfunnsvitenskap og humaniora (NFSH) (2023), *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*, 5. utgave 2021, sist redigert 2023.

<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>

- Engelsrud, G. (2015). *Hva er kropp?* Universitetsforlaget.
- Folkehelseinstituttet (2022) *Kraftig økning i spiseforstyrrelser hos unge jenter under pandemien.* Publisert på folkehelseinstituttets nettsider, 14.07.2022.

<https://www.fhi.no/nyheter/2022/kraftig-okning-i-spiseforstyrrelser-hos-unge-jenter-under-pandemien/>

- Forsmo, Tonje og Holmesland, Anne-Lise (2021), *License to touch – En intervjustudie om bruk av berøring i behandling av spiseforstyrrelser*. Vitenskapelig artikkel i Fysioterapeuten. Publisert 05.oktober 2021.

<https://www.fysioterapeuten.no/beroring-fagfelleverdert-fysioterapi/license-to-touch---en-intervjustudie-om-bruk-av-beroring-i-behandling-av-spiseforstyrrelser/136476>

- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen: Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Fagbokforlag.
- Helmikstøl, Øystein (2021). *De forsømte pasientene*. Publisert for første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol.58, nummer 7, 2021, s. 556-562.

<https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2021/07/de-forsomte-pasientene>

- Helsebiblioteket (2021) *Her finner du retningslinjer og pakkeforløp for spiseforstyrrelse*. Publisert 04.mai 2021.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/psykisk-helse/psyknytt/her-finner-du-retningslinjer-og-pakkeforlop-for-spiseforstyrrelser>

- Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 18.01.2023). *Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/skolehelsetjenesten-520-ar>

- Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 25.04.2017). *Spiseforstyrrelser – nasjonal faglig retningslinje*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>

- Helsedirektoratet (Sist oppdatert 19.mars 2024). *Folkehelse i et livsløpsperspektiv. Helsedirektoratets innspill til ny folkehelsemelding: De største utfordringene nå og i tiden fremover*.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-i-et-livsløpsperspektiv-helsedirektoratets-innspill-til-ny-folkehelsemelding/folkehelse-gjennom-livslopet-barn-og-unge/de-storste-utfordringene-na-og-i-tiden-fremover>

- Helsenorge.no (besøkt 20.05.2023)

<https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/spiseforstyrrelser/>

- Helse og omsorgsdepartementet (2018-2019) *Prop. 121 S (2018-2019) Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019-2024)*.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917/?ch=2>

- Høgskolen i Innlandet (2023). *Master i Psykisk helsearbeid. Håndbok for 4PM791-1 23V*. Studieåret 2023/2024. Fakultet for helse- og sosialvitenskap.
- Johannessen, A. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utgave). Abstrakt forlag.
- Kunnskapsdepartementet. *SIKT-Kunnskapssektorens tjenesteleverandør*.

<https://www.regjeringen.no/no/dep/kd/org/etater-og-virksomheter/underliggende-etater/sikt-kunnskapssektorens-tjenesteleverandor/id2894920/> (Sist besøkt 28.04.2024)

- Leder i Tidsskrift for psykisk helsearbeid (2008). *Vi bærer psykisk helsearbeid videre*. Vol.5 utg. 2 (sist besøkt 26.02.2004):

<https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1504-3010-2008-02-01>

- Lindvall Dahlgren, Camilla og Wisting, Line (2022) *1 av 10 ungdommer på videregående skole har en spiseforstyrrelse*. Oslo universitetssykehus, sist oppdatert 23.08.2022.

<https://www.oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/psykisk-helse-nasjonale-og-regionale-funksjoner/regional-seksjon-spiseforstyrrelser-rasp/1-av-10-ungdommer-pa-videregaende-skole-har-en-spiseforstyrrelse>

- Løvendahl Mogstad, Kari (2017) *Kroppsklemma – Hvordan være trygge og gode voksne for barn og unge i et kroppsfiksert samfunn*. Cappelen Damm AS, Oslo 2017.
- Malterud, Kirsti (2021). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utgave). Universitetsforlaget. 4. Utgave, 3. opplag.
- Mathiesen, Fostervold T. (2018). *A randomized controlled trial of physical exercise and dietary therapy versus cognitive behavior therapy: Treatment effects for women with bulimia nervosa or binge eating disorder*. [Doktorgradsavhandling, Norges idrettshøgskole].

<https://nih.brage.unit.no/nih-xmlui/handle/11250/2562679>

- Meisingset Montarou, Lien, Fet Vindsnes (2023). *Ikke spar på spiseforstyrrelser*. Meningsytring publisert i tidsskriftet Fysioterapeuten 10.feb. 2023.

<https://www.fysioterapeuten.no/fysioterapeut-fysioterapeuten-fysioterapeuter/ikke-spar-pa-spiseforstyrrelser/147477>

- Norsk fysioterapeutforbund, hjemmeside:(sist besøkt 27.02.2024)
<https://fysio.no/psykomotorisk-fysioterapi>
- Ottesen, Øyehaug og Bjorbækmo (2016), *Fysioterapi i skolehelsetjenesten for ungdom- perspektiver og praksis*. Fagartikkel, Tidsskriftet Fysioterapeuten 4/16.

<https://www.fysioterapeuten.no/fagfellevurdert-skolehelsetjenesten/fysioterapi-i-skolehelsetjenesten-for-ungdom---perspektiver-og-praksis/123721>

- Rabben I., Vabø B., Sviland R. og Dragesund T. (2023) *Ungdom med alvorlig anorexia nervosa i spesialisthelsetjenesten – et pasientperspektiv med erfaringer fra Norsk psykomotorisk fysioterapi*. Publisert i tidsskriftet “Fysioterapeuten” 14.november 2023, sist oppdatert 18. Mars 2024.

<https://www.fysioterapeuten.no/anoreksi-fagfellevurdert-fysioterapi/ungdom-med-alvorlig-anorexia-nervosa-i-spesialisthelsetjenesten-et-pasientperspektiv-med-erfaringer-fra-norsk-psykomotorisk-fysioterapi/151824>

- Rø Ø, Hage TW, Torsteinsson VW. *Spiseforstyrrelser: forståelse og behandling: en håndbok*. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2020.
- Skårderud, Finn (2000). *Sterk/svak: Håndboken om spiseforstyrrelser*. Aschehoug & Co.

<https://tidsskriftet.no/2004/08/tema-spiseforstyrrelser/spiseforstyrrelser-i-idretten>

- Sundquist (2021). *Stadig yngre barn og unge blir alvorlig psykisk syke under pandemien*. Publisert 25.03.2021, psykologisk.no.

<https://psykologisk.no/2021/03/stadig-yngre-barn-og-unge-blir-alvorlig-psykisk-syke-under-pandemien/>

- Thornquist, Eline (2021): *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. 2. utgave, 2. opplag. Fagbokforlaget.
- Thomassen, Magdalena (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis - innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.

- Undernettverket for fysioterapeuter i det nasjonale kliniske nettverket for spiseforstyrrelser, 2021). *Fysisk aktivitet og alvorlig spiseforstyrrelse*. Utgave 1, først publisert 20.05.2021.
- World Health Organization (2024). *Mental health*.

https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1

- Øhlckers, Heradstveit og Sand (2020). *Ungdom og psykisk helse*. Fagbokforlaget 2020.

Vedlegg 1

01.05.2024, 22:42

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer
936849

Vurderingstype
Standard

Dato
09.08.2023

Tittel
Masteroppgave

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig

Knut Asbjørn Hestad

Student

Eline Sunde-Dahl

Prosjektperiode

09.06.2023 - 02.05.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 02.05.2024.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Vi har vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene, men husk at det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvilke databehandlere du kan bruke og hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.).

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2

Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Ungdommer med begynnende spiseforstyrrelse og fysioterapi»?

Dette er en forespørsel for å spørre deg om å delta i et forskningsprosjekt som inngår i en mastergradsoppgave som skrives ved Høgskolen i Innlandet i Elverum. Formålet med oppgaven er å intervju fysioterapeuter som sitter med kunnskap og erfaring knyttet til behandling og oppfølging av pasienter med spiseforstyrrelsesproblematikk.

Dette skrivet inneholder informasjon om hensikten med forskningsstudiet og hva en eventuell deltakelse vil innebære for deg.

Problemstilling for mastergradsoppgaven:

En foreløpig problemstilling for studiet er formulert som “ *Hvordan kan fysioterapeuter i primærhelsetjenesten bidra med oppfølging av ungdommer som har begynnende spiseforstyrrelse?*”. Oppgaven er avgrenset til å omhandle ungdommer fra 13 til 18 år.

Formål/ hensikt med studiet

Formålet med forskningsstudiet er å få mer kunnskap om fysioterapeuters erfaring innenfor temaet spiseforstyrrelse og deres oppfølging av ungdommer. Det er interessant å se nærmere på om fysioterapeuter i primærhelsetjenesten kan og bør ha en rolle i oppfølgingen av ungdommer som har begynnende spiseforstyrrelse.

Hvem er ansvarlige for forskningsstudiet?

- Eline Sunde-Dahl (Mastergradsstudent og spesialfysioterapeut for barn og unge i Familiens Hus, Lindesnes kommune) er ansvarlig for mastergradsoppgaven og behandler dataene som kommer inn, utfører intervju og analyserer datamaterialet.
- Knut Asbjørn Hestad er veileder ved Høgskolen i Innlandet og for Eline Sunde-Dahl under arbeidet med mastergradoppgaven. Han vil kunne ha tilgang til innsamlede opplysninger og datamateriale men har taushetsplikt.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i forskningsstudiet på bakgrunn av din erfaring med pasientgruppen og din yrkesrolle som fysioterapeut. Det skal rekrutteres 5 til 7 informanter til forskningsstudiet.

Metoden som benyttes for rekruttering er snøballmetoden, ved at nettverket av fysioterapeuter som sitter med kompetanse innenfor spiseforstyrrelsesproblematikken blir formidlet og anbefalt videre av andre som har kjennskap til dem. Det er også foretatt søk i det nasjonale nettverket for fysioterapeuter som jobber med spiseforstyrrelser.

Hva innebærer det for deg å være deltaker i forskningsprosjektet?

Dersom du takker ja til å delta i forskningsprosjektet vil det innebære at du deltar på et semistrukturert intervju (varighet ca 60-75 minutter) og blir en informant i studiet. Intervjuet holdes av undertegnede og vil holdes individuelt (ikke i gruppe). At det er et semistrukturert intervju innebærer at noen av spørsmålene er formulert på forhånd men at det også er rom for å snakke og utdybe andre relevante spørsmål. Det vil bli utført lydopptak av intervjuet for å kvalitetssikre at informasjon som blir gitt blir skrevet riktig ned. Transkripsjonen av lydopptaket blir notert i anonymisert form.

Praktisk:

Det er planlagt å gjennomføre intervjuene i perioden oktober 2023 til januar 2024. Planen for innlevering av mastergradsoppgaven er 02.mai 2024.

Informert og frivillig samtykke:

Det er frivillig å delta i forskningsprosjektet. Dersom du velger å delta kan du likevel når som helst trekke deg og ta tilbake ditt samtykke til å delta, uten å oppgi noen grunn. Det skal ikke ha noen negative konsekvenser for deg dersom du ikke ønsker å delta eller dersom du velger å trekke deg på et senere tidspunkt.

Personvernet ditt – hvordan oppbevares og brukes dine opplysninger

Opplysningene om deg og informasjonen du gir vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Dette betyr at alle opplysninger om deg er anonymisert og informasjonen skal ikke kunne spores tilbake til deg på noen som helst måte.

- For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysninger av informantene/ deltakerne vil navn og kontaktopplysninger erstattes med en kode. Kodenøkkelen lagres adskilt fra øvrige data.
- Lydfilen fra intervjuet lagres sikkert og transkribering vil foregå i et lukket kontor.
- Ingen av deltakerne skal kunne bli gjenkjent fra publikasjoner i studiet. En presentasjon av studiet og dets resultater vil bli foresatt i anonymisert form.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Masteroppgaven skal etter planen leveres 02.mai 2024. Personopplysninger og lydopptak slettes fortløpende etter transkribering, senest etter prosjektslutt 02.mai 2024.

Rettighetene dine:

Så lenge det er mulig å identifisere deg i datamateriale har du rett til:

- Å få innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg.
- Å få rettet personopplysninger som er notert om deg.
- Å få slettet personopplysninger som er notert om deg.
- Å få utlevert en kopi av personopplysninger om deg (dataportabilitet).
- Sende en klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandling av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. NSD – Norsk senter for forskningsdata AS har fått tilsendt forskningsprosjektet og vurdert at gjennomføringen inkludert innsamling, oppbevaring og lagring av personopplysninger, slik det er planlagt i dette prosjektet, er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Eline Sunde-Dahl, mastergradsstudent og ansvarlig for mastergradsoppgave (e-post: elinesunde@gmail.com, telefon: 91607055).
- Knut Asbjørn Hestad, veileder for mastergradsoppgaven, Høgskolen i Innlandet (e-post: knut.hestad@inn.no).
- Personvernombudet ved Høgskolen i Innlandet.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS

Med vennlig hilsen

Eline Sunde-Dahl

(Mastergradsstudent, Master i psykisk helsearbeid)

Knut Asbjørn Hestad

(Veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om forskningsprosjektet «Ungdommer med begynnende spiseforstyrrelse og fysioterapi», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at mine anonymiserte personopplysninger lagres etter prosjektslutt, til formidling av resultater i artikkelform i norsk vitenskapelig tidsskrift.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, senest 02.mai 2024.

(Signert av prosjektdeltaker, dato og sted)

Vedlegg 3

Intervjuguide

Problemstilling: *“Hvordan kan fysioterapeuter i primærhelsetjenesten bidra med oppfølging ungdommer som har begynnende spiseforstyrrelse?”*.

Fase 1 - Innledning/ rammesetting (7-10 min)

1. Løs og uformell prat (2-3 min), presentasjon intervjuer
2. Informasjon om forskningsstudiet (5 min)
 - Si litt om temaet for samtalen (bakgrunn, hensikt/formål)
 - Informere om taushetsplikt, anonymitet og informantens mulighet for når som helst å trekke seg i løpet av intervjuet eller senere i studiet, uten negative konsekvenser.
 - Spør om noe er uklart og om informanten har noen spørsmål
 - Informere om opptak og innhente samtykke
 - Start opptak, ha klokke tilgjengelig.
 - Notere stikkord, kroppsspråk, relevant informasjon som kommer frem under intervjuet.

Fase 2 – Intervju: (50 min)

Tema	Spørsmål	Kommentar/stikkord
Si litt om bakgrunnen din som fysioterapeut. Hvor jobber du og hva jobber du med?	Hvor lang arbeidserfaring har du som fysioterapeut?	
	Hvor jobber du nå og hva er stillingen din?	
	Hvor lang erfaring har du (omtrentlig) med pasienter med spiseforstyrrelse?	
	Har du ekstra utdanning/ formell kompetanse utover bachelorgrad? (som er relevant for oppfølging av pasienter med spiseforstyrrelse?)	
Hvem er pasientene dine (som har spiseforstyrrelse-problematikk?)	Aldersgruppe/kjønn	
	Har du noen erfaring med oppfølging av barn og unge?	Hvis erfaring med barn og unge- få mest mulig info rundt erfaring av denne gruppen!
Pasientens symptomer og sykdomshistorikk	Hva kan være diagnosen pasientene dine har?	
	Hvilke symptomer/ plager erfarer du at pasientene kan ha?	
	Kan du si noe om hvor lenge pasientene du har i oppfølging har hatt utfordringer med spiseforstyrrelseproblematikken? Når oppsto symptomene?	
	Hvilken behandling/tiltak har de fått tidligere/før de kommer til deg?	Hva med fysioterapi?
Fysioterapeutisk undersøkelse	Kan du kort si litt om hvordan en undersøkelse av en pasient med spiseforstyrrelse foregår?	
	Eventuelle hensyn å ta ved undersøkelsen som er verdt å nevne? (og som andre fysioterapeuter bør kjenne til?)	Berøring, stillinger/posisjoner, plassering av terapeut
Behandling/ oppfølging	Kan du si noe om hvilken tilnærming og hvilke tiltak du bruker i oppfølging av pasientene?	
	Er det noen spesielle tiltak du vil trekke frem som du har erfart som nyttige/ hensiktsmessige for denne pasientgruppen?	
	Er det noen tiltak du erfarer som kan føre til forverring symptomer/ man bør være varsomme med?	
	En spesiell hendelse/ opplevelse som har gjort inntrykk i oppfølging av pasienter med spiseforstyrrelse?	Pasienteksempel
Pasientens kunnskap - fysisk aktivitet og kroppen.	Hvilken kunnskap opplever du at pasientene sitter med når det kommer til fysisk aktivitet og kroppen?	

Erfaringer fra oppfølging av voksne som kan overføres til barn og unge?	Gir pasientene uttrykk for hva de hadde hatt behov for av tiltak i den fasen der symptomene på spiseforstyrrelse begynte å melde seg, altså i tidlig fase av sykdommen?	Hva trengte de i yngre alder? Hva savnet de?
Betydningen fysioterapeuter i primærhelsetjenesten kan ha overfor barn og unge med begynnende spiseforstyrrelse?	Hvordan erfarer du at fysioterapeuter i primærhelsetjenesten i dag bidrar med oppfølging av barn/unge med spiseforstyrrelse?	
	Hvordan tror du fysioterapeuter i primærhelsetjenesten (som for eksempel jobber i skolehelsetjenesten eller på institutt) kan bidra i oppfølgingen av barn og unge med begynnende spiseforstyrrelse/ spiseforstyrrelse i tidlig fase?	Jobbe med kroppen Øvelser for kroppen – styrke og stabilitet. Øke kroppskontakt
	Hva kan bli konsekvensene dersom fysioterapeuter i primærhelsetjenesten ikke tar imot barn/ungdommer med begynnende spiseforstyrrelse?	Med og uten henvisning
	Spesialisthelsetjenesten etterspør flere lavterskeltilbud i primærhelsetjenesten til pasientgruppen med spiseforstyrrelse. Hva tenker du om at fysioterapi kan være blant ett av disse lavterskeltilbudene som etterspørres?	
	Hvorfor tror du at noen fysioterapeuter som jobber i primærhelsetjenesten (institutt eller i kommunal fysioterapitjeneste/skolehelsetjenesten) opplever at spiseforstyrrelse er et krevende felt som de ikke ønsker å gå "inn i"?	Har du egne erfaringer?
	Hva mener du – bør fysioterapeuter i primærhelsetjenesten ha en rolle i oppfølgingen av ungdommer med begynnende spiseforstyrrelse/ spiseforstyrrelse i tidlig fase?	
Kompetanse/erfaring hos fysioterapeutene	Dersom fysioterapeuter i primærhelsetjenesten møter barn og unge med begynnende spiseforstyrrelse, hva slags kompetanse, kvaliteter og erfaringer tenker du at det kan være nyttig at de sitter med?	År med erfaring, Relevant utdanning/ kurs?
Hvordan opplever du at samarbeidet er mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten?	<ul style="list-style-type: none"> - Snakkes det sammen? - Veiledes det? 	
Videreformidling til andre fysioterapeuter?	Hva har du lyst til å formidle til fysioterapeutkollegaer som møter barn og unge med begynnende spiseforstyrrelse i primærhelsetjenesten?	
Er det noe du ønsker å tilføre, som vi ikke har vært innom og som er relevant for tema?		

Fase 3 – Avslutning og oppsummering (5 min)

- Har jeg forstått deg riktig?
- Er det noe du vil legge til?
- Minner om muligheten for å trekke seg fra studiet eller henvende seg ved behov til undertegnede.
- Takke for at informant tok seg tid til å delta. Avslutte og slå av opptak.
- Notere eventuelle stikkord umiddelbart etter at intervjuet er avsluttet.

Vedlegg 4.

Datahåndteringsplan (DMP)

1.	Undersøke om det finnes eksisterende data som er relevant for prosjektet.
2.	Hvilke datatyper skal samles inn: Intervju av fysioterapeuter, bruk av lydopptak.
3.	Innhenting av tillatelser: Søknad til NSD om godkjenning av prosjekt. Evt. Fremleggsmelding REK. Evt. Godkjenning fra aktuelle organisasjoner (for eksempel sykehus).
4.	Type programvare for å bearbeide og analysere data: Ingen programvare nødvendig.
5.	Innsamling av data og lagring: Lydopptak utføres på diktafonapp. Gule dataer, lagres i educloud. Notater: låses inne i låsbart skap.
6.	Dataformat som prosjektet blir generert og gjort tilgjengelig i: Tekst i word-format.docx. Ferdigsstilt masteroppgave i pdf-format.
7.	Organisering av data: Bruk av undermapper. Oppdatere versjoner kontinuerlig/ lagre versjoner med dato. Gode rutiner.
8.	Metadata: Påse at strukturerte dataer er selvforklarende. Benevne dataene som lagres med variabelnavn/mappenavn, koder, forkortelser. Systematisere.
9.	Tidsfrister: Ulike tidsfrister struktureres i en framdriftsplan. Viktige frister: Søknad NSD, levering mastergradsoppgave 02.mai 2024.

Vedlegg 5.

Litteratursøk i Oria

Dato for søk: 03.10.2023.

	SØK	RESULTATER (treff)
1	Psykomotorisk fysioterapi (keyword)	235
2	Spiseforstyrrelse (keyword)	483
3	Spiseforstyrrelser	837
4	Spiseforstyrrelser AND barn	126
5	Spiseforstyrrelse AND barn	56
6	Spiseforstyrrelse AND unge	111
7	Spiseforstyrrelse AND ungdommer	27
8	Fysioterapi	2106
9	1 og 2	4
10	2 og 10	11
11	1 og 4	1
12	Psykomotorisk fysioterapi AND spiseforstyrrelse og barn OR unge OR ungdommer	2
13	Psykomotoriske fysioterapi OR fysioterapi AND spiseforstyrrelse OR spiseforstyrrelser	18