

Ivaretagelse av foreldre til ungdom med Anorexia Nervosa i familiebasert behandling

Kandidatnummer: 724
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8998
Dato: 02.01.2024



Lovisenberg
diakonale høgskole

“We were, in a way, defeated as parents, and how should I put it?
... We had no authority, no influence; we were no longer defined by
our daughter as caregivers in relation to food.” (Far)

(Nilsen et al. 2021)

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 02.01.2023
<p>Tittel</p> <p>Ivaretagelse av foreldre til ungdom med Anorexia Nervosa i familiebasert behandling</p>	
<p><u>Innledning</u></p> <p>Foreldre anses for å være den viktigste ressursen i tilfriskningsprosessen til ungdommer med anoreksi i familiebasert behandling. Fordi mange er pregede av situasjonen, er det viktig at sykepleieren ivaretar dem slik at de kan mestre behandlingen. Problemstillingen er: <i>Hvilke miljøterapeutiske tiltak kan bidra til å fremme mestring hos foreldre til ungdom med Anorexia Nervosa som mottar familiebasert behandling i døgnavdeling?</i></p> <p><u>Metode</u></p> <p>Generell litteraturstudie er anvendt som metode for å finne aktuell forskning til å besvare oppgavens problemstilling. Det strukturerte litteratursøket ble foretatt i databasen CINAHL, og seks artikler ble valgt ut på bakgrunn av oppsatte inklusjons- og eksklusjonskriterier. Søk- og utvelgelsesprosessen presenteres i tabeller i oppgavens metodedel.</p> <p><u>Resultat</u></p> <p>Foreldre opplever å ha en ungdom med anoreksi som en stor belastning. De har behov for informasjon, økte kunnskaper og veiledning i hvordan de skal håndtere ungdommens symptomer. Økt forståelse førte til økt empati overfor ungdommen, og redusert konfliktnivå i familiene. Mange foreldre fant mening i og kom styrket ut av prosessen. Å møte andre foreldre i tilsvarende situasjon opplevdes betydningsfullt. I behandlingen fremheves betydningen av relasjonen til hjelpeapparatet.</p> <p><u>Diskusjon</u></p> <p>Resultatdiskusjonen er tematisk bygget opp etter de tre komponentene i Antonovskys teori Opplevelse Av Sammenheng (OAS): <i>begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet</i>. Styrket OAS kan bidra til å fremme mestring hos foreldrene. Informasjon og hensiktsmessig bruk av miljøterapeutisk struktur, kan bidra til å styrke begripelighet. Psykoedukasjon og måltidsstøtte kan fremme foreldrenes ressurser slik at de kan oppleve håndterbarhet. Håp er sentralt for å oppleve meningsfullhet. Bearbeidelse av vanskelige følelser og motta sosial støtte fra sykepleier og foreldre i tilsvarende situasjon, kan fremme opplevelsen av håp. Metodediskusjonen tar for seg styrker og svakheter knyttet til litteraturstudien, herunder generell litteraturstudie som metode, søkeord og utvelgelse av artikler.</p>	

(Totalt antall ord: 300)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema og sykepleiefaglig relevans	1
1.2	Problemstilling	2
1.2.1	Hensikt med oppgaven og presentasjon av problemstilling	2
1.2.2	Avgrensninger	2
1.2.3	Begrepsavklaring	2
2	Bakgrunn.....	4
2.1	Anorexia Nervosa hos ungdom.....	4
2.1.1	Diagnostiske kriterier og kjennetegn.....	4
2.1.2	Familiebasert behandling	5
2.2	Å være forelder til en syk ungdom: psykologisk stress og deres behov.....	6
2.3	Miljøterapi i behandling av spiseforstyrrelser	7
2.4	Sykepleierens helsefremmende funksjon og salutogenese	7
2.4.1	Opplevelse Av Sammenheng (OAS).....	8
2.5	Joycee Travelbee og utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold	9
2.6	Juridiske og etiske perspektiver	10
3	Metode	12
3.1	Generell litteraturstudie.....	12
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	12
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur	15
4	Resultater	16
4.1	Presentasjon av artiklene i matrise	16
4.2	Syntese av resultatene.....	20
5	Diskusjon.....	21
5.1	Resultatdiskusjon.....	21
5.1.1	Styrke opplevelsen av begripelighet.....	21
5.1.2	Styrke opplevelsen av håndterbarhet.....	24
5.1.3	Styrke opplevelsen av mening.....	26
5.2	Metodediskusjon	29
5.2.1	Generell litteraturstudie.....	29
5.2.2	Gjennomført litteratursøk	30
5.2.3	Inkluderte artikler	30
6	Konklusjon.....	33
	Referanseliste.....	34
	Vedlegg	39
	Vedlegg 1.....	39
	Vedlegg 2.....	41
	Vedlegg 3.....	43
	Vedlegg 4.....	45
	Vedlegg 5.....	47
	Vedlegg 6.....	49

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema og sykepleiefaglig relevans

Under koronapandemien økte antall spiseforstyrrelsesdiagnoser blant barn og ungdom i primær- og spesialisthelsetjenesten i Norge. Det viser en fersk kohortstudie gjennomført av Surén et al. (2022) ved Folkehelseinstituttet. I aldersgruppen 13-16 år var antall spiseforstyrrelsesdiagnoser i spesialisthelsetjenesten fordoblet og økningen er så markant at det ifølge Surén «... kan betegnes som et folkehelseproblem i denne befolkningsgruppen» (Folkehelseinstituttet, 2022).

Anorexia Nervosa (AN) eller *anoreksi* er en alvorlig spiseforstyrrelse som ubehandlet potensielt føre til alvorlige konsekvenser både for den som er syk og for familien (Holm, 2020, s. 36; Skårderud, 2020, s. 146). Det anses for å være psykiatriens mest dødelige diagnose og i Europa er det den tredje vanligste dødsårsaken hos unge jenter (Skårderud, 2013, s. 73; 2020, s. 145). Som sykepleier kan man møte pasientgruppen og deres familier i flere ulike deler av helsetjenesten (Skårderud, 2020, s. 153). Foreldre opplever det som en stor emosjonell belastning når deres barn blir syk med AN (Holm, 2020, s. 35). Foreldre anses for å være «...de viktigste bidragsyterne til endring» i behandlingen (Ganci, 2021, s. 27). Derfor er det en viktig sykepleieoppgave å også ivareta dem, slik at de i størst mulig grad evner å engasjere seg i behandlingen (Torsteinsson et al., 2020, s. 159). Det er også slik at mange i helsevesenet ikke ønsker å jobbe med pasientgruppen fordi ambivalensen mange med anoreksi kjenner på i forhold til endringsarbeid og tilfriskning, kan oppleves provoserende for hjelperen (Skårderud, 2020, s. 151). Det er viktig at sykepleieren familien møter, innehar nødvendige holdninger og kompetanse om hva spiseforstyrrelser handler om. Det kan være av betydning for om ungdommen klarer å ta imot behandling, og for om foreldrene kan gjenoppta troen på at de kan klare å ta vare på sitt barn. Det handler om mer enn mat, kropp og vekt. Det er ikke *bare å spise* for en person som strever med anoreksi (Høiseth, 2020, s. 30; Rø, 2020b, s. 54-55; Skårderud, 2020, s. 145).

1.2 Problemstilling

1.2.1 Hensikt med oppgaven og presentasjon av problemstilling

Ved å gjennomføre en litteraturstudie, ønsker jeg å undersøke hvilke erfaringer og behov foreldre har fra familiebasert behandling. Med dette, vil jeg forsøke å finne ut av hvordan foreldrene kan ivaretas slik at de kan mestre situasjonen. Sykepleierens helsefremmende funksjon vil være det primære ansvars- og funksjonsområdet for sykepleien i oppgaven (Kristoffersen et al., 2021, s. 19-20). Med dette som utgangspunkt har jeg formulert følgende problemstilling:

Hvilke miljøterapeutiske tiltak kan bidra til å fremme mestring hos foreldre til ungdom med Anorexia Nervosa som mottar familiebasert behandling i døgnavdeling?

1.2.2 Avgrensninger

Problemstillingen avgrenses til å gjelde sykepleier, foreldre og ungdommer med anoreksi. På grunn av oppgavens omfang, vil ikke søskenperspektivet inkluderes, selv om søsken ofte deltar i behandlingen og påvirkes av situasjonen for øvrig (Holm, 2020, s. 36). Ungdommen kan være gutter og jenter mellom 13-18 år med hoveddiagnosen Anorexia Nervosa. Konteksten er satt til å være en psykiatrisk døgnavdeling som tilbyr familiebasert behandling der hele familien legges inn (Oslo Universitetssykehus, u.å; Torsteinsson et al., 2020, s. 171). Det tas utgangspunkt i at ungdommer over 16 år er innlagt frivillig og at deres somatiske tilstand tilsier at de kan være på en psykiatrisk døgnavdeling. Tvangsbehandling og sondeernæring vil ikke inkluderes.

1.2.3 Begrepsavklaring

Anorexia Nervosa: Begrepene Anorexia Nervosa (AN) og anoreksi vil bli brukt om diagnosen. Blant befolkningen brukes gjerne begrepet *anoreksi*, selv om dette i utgangspunktet betyr tap av appetitt (Ganci, 2021, s. 19).

Foreldre: Begrepet foreldre vil brukes om dem som har den daglige omsorgen overfor ungdommen.

Miljøterapi og miljøterapeut: Det eksisterer mange ulike definisjoner av miljøterapi, og miljøterapi kan spille seg ut ulikt avhengig av hvilken kontekst det utøves i og for. Sykepleien som utøves i en døgnbehandlingsenhet for spiseforstyrrelser, har gjerne en miljøterapeutisk forankring. Begrepene sykepleier, miljøterapeut og personal vil bli anvendt om sykepleierne på avdelingen som utøver miljøterapi (Hage, 2020, s. 193 og 195).

Mestring: Mestring kan handle om hvordan man forholder seg til og håndterer stressende situasjoner (Håkonsen, 2014, s. 259). For denne oppgaven vil *å fremme mestring* handle om å styrke foreldrenes Opplevelse Av Sammenheng (OAS) ettersom at sterk OAS kan føre til at en kan anvende egne og andres ressurser på en måte som reduserer stress og fremmer mestring av psykiske påkjenninger (Kristoffersen, 2021a, s. 273; Lindström et al., 2015, s. 28; Stubberud, 2019, s. 37).

AN, miljøterapi og mestring (herunder OAS) vil gjøres rede for ytterligere i bakgrunnskapittelet.

2 Bakgrunn

I dette kapitlet vil det teoretiske kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for problemstillingen og den videre drøftingsdelen presenteres. Jeg begynner med å gjøre rede for Anorexia Nervosa, familiebasert behandling og miljøterapi i behandling av spiseforstyrrelser. Videre presenteres teori knyttet til foreldres reaksjoner og behov som følge av at deres ungdom blir syk. Joyce Travelbee og Antonovsky er valgt som teoretikere og sentrale deler fra deres teorier vil legges frem. Til slutt vil jeg ta for meg noen relevante etiske og juridiske perspektiver i behandling av anoreksi, inkludert foreldrenes rettigheter.

2.1 Anorexia Nervosa hos ungdom

2.1.1 Diagnostiske kriterier og kjennetegn

Anorexia Nervosa (AN) eller anoreksi er en spiseforstyrrelse som kjennetegnes av at personen fremkaller og opprettholder en vekt som ifølge diagnostiske kriterier tilsvarer minst 15 % under det som er forventet med hensyn til personens alder og utvikling, eller kroppsmasseindeks under 17,5. Hos ungdommer i vekst kan en se manglende pubertetsutvikling (Skårderud, 2020, s. 147). Anoreksi debuterer som oftest tidlig i tenårene (Rø, 2020a, s. 43). Årsaken til at noen utvikler anoreksi er sammensatt, men felles for de fleste ungdommer som utvikler lidelsen er et lavt selvbilde og et behov for å kontrollere kaotiske følelser (Skårderud, 2013, s. 8; 2020, s. 146-150). For mange begynner det med et ønske om å spise litt sunnere, prestere litt bedre på trening og/eller gå litt ned i vekt. I den forbindelse begynner ungdommen å følge bestemte regler for mat og aktivitet (Ganci, 2021, s. 20). Etter hvert vil personen oppleve å miste kontrollen og blir «fanget» i de rigide reglene spiseforstyrrelsen har satt. Fokuset på mat, kropp, vekt og aktivitet tar over hverdagen (Skårderud, 2020, s. 146). Mange med anoreksi har en sterk frykt for å gå opp i vekt og mange opplever å ha et urealistisk bilde på kroppens størrelse (Skårderud, 2020, s. 147-149). For å opprettholde den lave vekten, må personen begrense mengden mat, og mange overdriver fysisk aktivitet, kaster opp eller bruker avføringsmidler (Ganci, 2021, s. 20; Rø, 2020a, s. 45-46; Skårderud, 2020, s. 147). På sikt kan dette føre til alvorlige somatiske komplikasjoner som lav puls og blodtrykk, redusert immunforsvar, fravær av menstruasjon, forstoppelse, nyreskader og benskjørhet. Ungdommen kan også merke psykologiske

konsekvenser som søvnproblemer, depressive symptomer og tvangstanker (Skårderud, 2013, s. 61-67). Den som strever med anoreksi, har ofte stor ambivalens knyttet til endringsarbeid, og mange faller ut av behandling (Skårderud, 2020, s. 151). Den som er syk, opplever ofte å ha funnet løsningen på et problem; en tidligere følelse av mangel på identitet og tilhørighet, og en opplevelse av at omgivelsene og ens indre er kaotisk, erstattes av strikte, forutsigbare rammer og kontroll (Skårderud, 2020, s. 149-150).

2.1.2 Familiebasert behandling

Familiebasert behandling/terapi (FBT) er den anbefalte behandlingsformen for barn og unge med AN i Norge (Helsedirektoratet, 2019). Det er den behandlingstilnærmingen som ifølge flere studier viser best effekt på spiseforstyrrelsessymptomer hos pasienter under 18 år (Ganci, 2021, s. 25; Torsteinsson et al., 2020, s. 158). FBT er basert på den britiske «Maudsley-modellen» og har tre hovedprinsipper. For det første anses foreldre for å være den viktigste ressursen i ungdommens tilfriskningsprosess og bør støttes slik at de kan hjelpe ungdommen sin (Torsteinsson et al., 2020, s. 159). For det andre gis foreldrene et stort ansvar knyttet til å sikre at ungdommen får i seg tilstrekkelig næring ved å ta kontroll over måltidene (Torsteinsson et al., 2020, s. 159). Til slutt skal ingen bli beskyldt for ungdommens sykdom. I stedet tilstreber man å støtte foreldrene til å skille ungdommen fra sykdommen – det som kalles *eksternalisering* (Torsteinsson et al., 2020, s. 159).

Det er vanlig å dele FBT inn i tre faser. I begynnelsen tar foreldrene full kontroll over måltidene. Etter hvert som en ser bedring og tilstrekkelig vektøkning, vil stadig mer av ansvaret flyttes tilbake igjen til ungdommen. Dersom man ikke lykkes med FBT i polikliniske rammer, foreldrene ikke er i stand til å ivareta omsorgen og/eller at ungdommen har en ustabil somatisk tilstand, kan døgninnleggelse bli nødvendig (Hage, 2020, s. 192; Torsteinsson et al., 2020, s. 171). Flere helseforetak har døgnbehandlingstilbud som involverer hele familien og baseres på FBT-prinsippene (Oslo Universitetssykehus, u.å; Torsteinsson et al., 2020, s. 171). Her vil foreldrene, i motsetning til poliklinisk FBT, dele ansvaret for måltidene med miljøpersonalet som bistår foreldrene med støtte og veiledning. Et sentralt fokusområde og målsetting er at foreldrene skal få økt sin selvtilit og kompetanse slik at de etter hvert kan klare å hjelpe ungdommen i hjemmet (Torsteinsson et al., 2020, s. 172).

2.2 Å være forelder til en syk ungdom: psykologisk stress og deres behov

Når en ungdom er i ferd med å utvikle en spiseforstyrrelse, oppstår gjerne symptomene gradvis. Foreldrene tenker ikke nødvendigvis at symptomene er begynnelsen på en spiseforstyrrelse. Når tilstanden begynner å bli alvorlig, opplever mange foreldre stor skyld og selvbekredtelse for at de ikke oppdaget og gjorde noe med symptomene tidligere (Holm, 2020, s. 34-35). Det er vanlig at foreldre opplever psykologisk stress dersom ungdommen må legges inn (Grønseth et al., 2017, s. 87; Torsteinsson et al., 2020, s. 172). Det som for mange oppleves mest stressende, er opplevelsen av at deres omsorgsevne som foreldre ikke strekker til og at de ikke vet hvordan de skal håndtere ungdommens symptomer (Søbjerg, 2019, s. 205). Ifølge Reme mfl. (2013) er stress en uspesifikk reaksjon, som vil si at kroppen reagerer på lik måte uavhengig av hva som utløser stresset – fysiske eller psykiske forhold (Kristoffersen, 2021c, s. 160). Ved stress over tid, kan man oppleve endringer i kognisjonen, slik som redusert evne til følelsesregulering, redusert konsentrasjon, hukommelse og evne til å planlegge (Håkonsen, 2014, s. 236-237). Dessuten kan aktiveringen på sikt føre til at kroppens ressurser tømmes slik at en blir utbrent (Kristoffersen, 2021c, s. 160).

Psykologisk stress kan ifølge Lazarus og Folkmann (1984) defineres som: «... et forhold mellom personen og omgivelsene som ut fra personens oppfatning tærer på eller overskrider hans ressurser og setter hans velbefinnende i fare» (Kristoffersen, 2021c, s. 165). *Ut fra personens oppfatning* viser til at opplevelsen av stress er individuell og baseres på den enkelte personens fortolkning av den aktuelle situasjonen. Det er hvor verdifullt personen setter det å mestre situasjonen, som avgjør grad av opplevd stress (Kristoffersen, 2021c, s. 165-166). Foreldrenes opplevelser og reaksjoner på den stressende situasjonen kan påvirke deres evne til å engasjere seg i behandlingen (Grønseth et al., 2017, s. 87).

Foreldre til ungdom på sykehus har behov for å få informasjon om ungdommens tilstand og behandling. Tilstrekkelig informasjon gir foreldre økt opplevelse av kontroll og mestring, og er nødvendig for at de skal kunne medvirke i behandlingen (Grønseth et al., 2017, s. 88; Holm, 2020, s. 35; Søbjerg, 2019, s. 208-209). Informasjonens innhold bør være preget av kontinuitet da sprikende og utydelig informasjon kan bidra til stress (Grønseth et al., 2017, s. 88). Videre har foreldrene behov for en rolleavklaring i behandlingen slik at de hvordan de kan medvirke. De har også behov for å få være til stede for ungdommen og få uttrykk for sine tanker og erfaringer (Søbjerg, 2019, s. 205).

2.3 Miljøterapi i behandling av spiseforstyrrelser

Larsen (2012) uttrykker at miljøterapiens oppgave er «...å skape rammer og muligheter for at hver enkelt i sin situasjon kan arbeide med sin forandring» (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 30). Noen sentrale perspektiver i miljøterapi er medvirkning og deltakelse, samtaler, samvær, læring og mestring, relasjonsarbeid og endringsarbeid, og å støtte opp om håpet om bedring (Gonzalez, 2020a, s. 362-363). En kan si at mye av det miljøterapeutiske arbeidet handler om å få støtte til å gjennomføre «alminnelige hverdagsaktiviteter» med den hensikt og mål at personen skal kunne komme i stand til å gjennomføre disse aktivitetene selv (Hage, 2020, s. 195).

I behandling av spiseforstyrrelser i døgnavdeling utgjør miljøterapi en sentral del (Hage, 2020, s. 195). Noe som kjennetegner miljøterapien her, er den forankrede strukturen. Strukturen kan være organisatorisk eller individuell (Gonzalez, 2020a, s. 371; Hage, 2020, s. 195-197). Organisatorisk struktur kan være at det er noen overordnede, ikke-forhandlingsbare rammer på avdelingen slik som at alle måltider skal fullføres, at det er faste tidspunkter for måltider og veiing, og at alle pasientene skal ha hviletid etter måltidene (Hage, 2020, s. 196-202). Den individuelle strukturen kan handle om forutsigbarhet med hensyn til hvem som inngår i familiens behandlingsteam, individuell behandlingsplan og en plan for hvilken støtte som trengs for at ungdommen og familien skal kunne klare å følge rammene på avdelingen (Gonzalez, 2020a, s. 371; Hage, 2020, s. 196). Familiene mottar et tverrfaglig team som består av blant annet noen faste miljøterapeuter (Hage, 2020, s. 193). Sykepleierens rolle som miljøterapeut i behandlingen er blant annet å støtte og veilede foreldrene og ungdommen i forbindelse med måltidene, gjennomføre psykoedukasjon, ha medisinsansvar og gjennomføre sondeernæring dersom det er nødvendig, og støttesamtaler og hjelpe til med emosjonell regulering og grensesetting (Hage, 2020, s. 196-198). Psykoedukasjon innebærer å bruke undervisning som metode for å fremme lærings- og mestringsressurser (Gonzalez, 2020a, s. 368; Røssberg, 2018, s. 42).

2.4 Sykepleierens helsefremmende funksjon og salutogenese

I 1986 ble det i Ottawa i Canada utviklet et dokument om helsefremmende arbeid, Ottawa-chartret, som la grunnlaget for et nytt perspektiv på helse og sykdom i helsetjenesten (Lindström et al., 2015, s. 38-39). Helsefremmende sykepleie handler om å legge til rette for

at individet selv kan ta kontroll over de faktorene som fremmer helse, eksempelvis ved å øke kompetansen og ferdighetene (Lindström et al., 2015, s. 39-40; Tveiten, 2012, s. 47). I den helsefremmende tenkningen er tre prinsipper sentrale; å anerkjenne individet som ekspert på seg selv, tilrettelegge for brukermedvirkning og å omfordele makten fra fagpersonen til brukeren (Tveiten, 2012, s. 47). Salutogenese kan anvendes som et rammeverk for å arbeide helsefremmende (Lindström et al., 2015, s. 15).

Mens patogenese er et begrep som brukes om sykdommers opprinnelse og utvikling, beskriver salutogenese forhold som bidrar til å fremme og opprettholde helse (Mjøsund, 2020, s. 29). Aaron Antonovsky var pioneren som tok i bruk salutogenese som begrep og utviklet på bakgrunn av dette en salutogen helsemodell (Mjøsund, 2020, s. 29). Antonovsky hevdet at mennesket ikke kan defineres som enten sykt eller friskt, men at det kontinuerlig beveger seg imellom disse to ytterpunktene – det han kalte et *kontinuum*. I den forbindelse blir det relevant å finne ut av hvor i dette kontinuumet mennesket befinner seg, og hvilke faktorer som kan bidra til å øke evnen til å håndtere de stressende situasjonene personen utsettes for (Antonovsky, 2012, s. 27-28; Lindström et al., 2015, s. 18).

2.4.1 Opplevelse Av Sammenheng (OAS)

Antonovsky var nysgjerrig overfor hvorfor noen tilsynelatende håndterte stressende situasjoner bedre enn andre (Lindström et al., 2015, s. 14-15). Gjennom en forskningsstudie han gjennomførte på 1970-tallet, fant han ut av at menneskers reaksjoner på stressende livshendelser, hadde sammenheng med de holdningene personene hadde til det de ble utsatt for. Dette beskrev han som menneskers Opplevelse Av Sammenheng (OAS, opprinnelig: Sense Of Coherence, SOC). Personer med sterk OAS vil oppleve situasjonen de utsettes for som begripelig, håndterbar og meningsfull. At personen opplever situasjonen som begripelig, innebærer å ha «...en følelse av at stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø er strukturerte, forutsigbare og forståelige» (Antonovsky, 2012, s. 41). Håndterbarhet innebærer at personen opplever å ha «... ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene disse stimuliene stiller» (Antonovsky, 2012, s. 41). Til slutt innebærer opplevelsen av meningsfullhet at «... disse kravene er utfordringer som et er verdt å engasjere seg i» (Antonovsky, 2012, s. 41).

Tanken bak OAS er ikke å nødvendigvis å bruke det som en ren mestringsstrategi, men sterk OAS gjør en person i stand til å mestre ulike situasjoner man utsettes for, eksempelvis gjennom å evne og utnytte egne og omgivelsenes ressurser på en helsefremmende måte (Langeland, 2009; Lindström et al., 2015, s. 28-29). Forskning gjort av Eriksson og Lindström (2006), viser at det er en sammenheng mellom menneskers OAS og deres psykiske helse og livskvalitet (Lindström et al., 2015, s. 16; 46-47; Mjøsund, 2020, s. 30). Sterk OAS kan forebygge negative psykologiske reaksjoner som depresjon, håpløshet og utbrenthet (Lindström et al., 2015, s. 58).

2.5 Joycee Travelbee og utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold

Joycee Travelbee er valgt som sykepleieteoretiker fordi hun fremhever betydningen av det relasjonelle forholdet, ivaretagelse av pårørende og sykepleierens rolle i å fremme håp og mestring. Dette er temaer jeg anser essensielle for min oppgave.

Joycee Travelbee (1926-1973) var en psykiatrisk sykepleier og sykepleieteoretiker som har hatt stor innflytelse på norsk sykepleieutdanning (Kristoffersen, 2021d, s. 250). Hun definerte sykepleie som:

«... en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 30).

Hun hevdet hensikten og målet med sykepleien kan oppnås gjennom at sykepleieren etablerer et menneske-til-menneske-forhold til den som skal hjelpes. Utviklingen av dette forholdet beskrives som et resultat av fire ulike faser: det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati, sympati og medfølelse (Travelbee, 1999, s. 172-178). I det innledende møtet vil individet danne seg et førsteinntrykk av den andre gjennom observasjoner, antakelser og verdier personen har med seg inn i møtet. Dersom man ikke forsøker å møte den andre som et individ, vil en kunne skape et førsteinntrykk basert på stereotypier (Travelbee, 1999, s. 187). I den neste fasen, begynner man å betrakte den andre som et unikt individ og vil dermed kunne etablere en tilknytning. Man begynner å bli kjent med den andres personlighet og atferd, og utvikler forståelse overfor hvordan den andre oppfatter sin situasjon (Travelbee, 1999, s. 188-189). Dette er en forutsetning for å utvikle empati. Empati er «... evnen til å leve seg inn i

eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket» (Travelbee, 1999, s. 193). I den siste fasen vil man klare å leve seg inn i hvordan den andre opplever sin situasjon. Det kan igangsette et ønske om å hjelpe den andre. Når den som skal hjelpes forstår dette, kan han utvikle tillit til sykepleieren (Travelbee, 1999, s. 200; 210).

2.6 Juridiske og etiske perspektiver

Når familien legges inn på sykehus, har sykepleieren et helhetlig ansvar for pasienten og familien (NSF, 2023; Sjøbjerg, 2019, s. 203). Ungdommen har rett til å ha minst én av sine foreldre innlagt sammen med seg, og dersom barnet er alvorlig sykt, har det krav på begge, jf. § 6 (1) (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Dette er viktig både for ungdommens trygghet, men også fordi foreldrene har en viktig rolle i behandlingen (Torsteinsson et al., 2020, s. 171). Foreldrene har rett til å få tilgang på støttepersonell under innleggelsen, eksempelvis psykolog eller sykepleier, jf. § 6 (5) (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000).

Det er de med forelderansvaret som samtykker til innleggelse og behandling av ungdom under 16 år. Dersom begge foreldrene har forelderansvar, skal det foreligge samtykke fra begge (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 § 4-4). Dersom ungdommen under 16 år skulle motsette seg behandlingen og det likevel anses nødvendig å gjennomføre behandling grunnet sykdommens alvorlighetsgrad, anses ikke dette som tvangsbehandling (Hage, 2020, s. 208).

Ifølge Pasient- og brukerrettighetslovens (1999) § 3-3 (1), har foreldrene rett til å få den informasjonen om sykdommen og behandlingen som behøves for at de skal kunne ivareta omsorgsansvaret. Dersom ungdommen over 16 år, på grunn av sykdommen, ikke er i stand til å ivareta sine interesser, har foreldrene rett til informasjon etter § 3-2. Informasjonen som gis, skal være tilpasset den enkelte med hensyn til deres individuelle behov og forutsetninger for å motta informasjon jf. § 3-5 (1). Sykepleieren skal sikre at informasjonen som gis blir forstått av mottakeren, jf. § 3-5 (2). Dette understrekes også i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 1.3 (NSF, 2023).

Foreldrene har også rett til å få pleiepenger i perioden de er innlagte sammen med ungdommen sin. Dersom omfanget av behandlingen tilsier at begge foreldrene bør være der, kan begge foreldrene motta denne støtten (Folketrygdloven, 1997 § 9-10).

3 Metode

I dette kapittelet presenteres søkeprosessen som ligger til grunn for de inkluderte artiklene og resultatene som er relevante for å belyse oppgavens problemstilling.

3.1 Generell litteraturstudie

For denne oppgaven skulle generell litteraturstudie anvendes som metode. Det er en prosess der oppgavens forfatter, på bakgrunn av ett strukturert søk i en valgt database, skal gjennomgå resultater fra forskningsartikler i den hensikt å finne litteratur som kan bidra til å besvare en egenformulert problemstilling (Popenoe et al., 2021, s. 175).

3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

Da jeg begynte søkeprosessen, satte jeg opp et PIO-skjema for å samle relevante søkeord (se tabell 1). Ettersom jeg ikke var interessert i å sammenligne to ulike intervensjoner, ble «Comparison» i det opprinnelige PICO-skjemaet fjernet (Thidemann, 2019, s. 84).

Tabell 1: PIO-skjema

Population	Intervention	Outcome
MH Anorexia Nervosa MH Eating Disorders+	TI Family-based treatment AB Family-based treatment	MH Coping+ MH Reflection
MH Adolescent, Hospitalized MH Inpatients	TI Family-based therapy AB Family-based therapy	MH Weight gain MH Stress, psychological+
MH Parents+ MH Caregivers MH Family+ MH Parent-Child Relations+	MH Family Therapy MH Support, Psychosocial+	MH Caregiver Burden MH Therapeutic Alliance

Søkene ble gjennomført i CINAHL, en database som inneholder helsefaglige forskningsartikler, deriblant en del sykepleieforskning, kvalitativ forskning og pasienterfaringer (Helsebiblioteket, u.å.). Med utgangspunkt i PIO-skjemaet, ble det testet ut flere søk med ulike kombinasjoner av søkeordene for å finne forskningslitteratur til å besvare problemstillingen. Da jeg begynte å orientere meg innenfor litteraturen, ble overflødige søkeord eliminert og noen begrep ble inkludert under samme søkeord ved å bruke «explode» (+). Søkeordene «MH Anorexia Nervosa» og «MH Eating Disorders+» ble kombinert med

«OR» for å finne artikler som inneholder Anorexia Nervosa, spiseforstyrrelser, eller begge deler. «OR» vil dermed utvide søket (Thidemann, 2019, s. 87). «MH» betegner at søkeordet er et emneord, et standardisert ord som «beskriver innholdet i dokumenter» (Thidemann, 2019, s. 86). Ved å bruke emneord, vil en få opp alle artiklene som er indeksert med det aktuelle emneordet. Det brukes flere ulike begreper om de som har forelderansvaret i litteraturen. Søkeordene «MH Parents+» og «MH Family+» ble dermed anvendt og kombinert med «OR» for å omfavne flere ulike begreper, og finne artikler som inneholdt foreldre eller familiens erfaringer. For å finne erfaringer fra den spesifikke behandlingsformen *familiebasert behandling*, foretok jeg et valg om å bruke behandlingsformen som et søkeord ved å søke etter ordet i artiklenes tittel eller sammendrag. Søkeordene ble dermed «TI (family-based treatment OR family-based therapy)» OR «AB (family-based treatment OR family-based therapy)». Disse ble kombinert med «MH Family Therapy+» ettersom FBT er en form for familierapi/behandling og det for dette eksisterer et emneord.

De tre ulike komponentene i søket ble kombinert med «AND» og ga 77 treff. Søkehistorikk, avgrensninger og utvelgelse av artikler vises i tabell 2, og inklusjons- og eksklusjonskriterier som ligger til grunn for de utvalgte artiklene vises i tabell 3.

Tabell 2: Tabell for søkehistorikk og utvalg av artikler

Database og dato for søk	CINAHL 02.11.23
Søkeord og kombinasjoner	(MH "Anorexia Nervosa") OR (MH "Eating Disorders+") AND (MH "Parents+") OR (MH "Family+") AND TI (family-based treatment OR family-based therapy) OR AB (family-based treatment OR family-based therapy) OR (MH "Family Therapy")
Avgrensinger i søket	(MH "Anorexia Nervosa") OR (MH "Eating Disorders+") Alder: 13-18 år Komplett søk: Tid: 2013-2023 Språk: Engelsk
Antall treff totalt	77
Antall gjennomleste titler	77
Antall gjennomleste abstrakt	19
Antall gjennomleste fulltekstartikler	9
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	6
Inkludert artikkel nummer 1	Dimitropoulos, G., Freeman, V. E., Lock, J. & Le Grange, D. (2017). Clinician perspective on parental empowerment in family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. <i>Journal of family therapy</i> , 39(4), 537-562. https://doi.org/10.1111/1467-6427.12086
Inkludert artikkel nummer 2	Goodier, G. H. G., McCormack, J., Egan, S. J., Watson, H. J., Hoiles, K. J., Todd, G. & Treasure, J. L. (2014). Parent skills training treatment for parents of children and adolescents with eating disorders: A qualitative study. <i>Int. J. Eat. Disord</i> , 47(4), 368-375. https://doi.org/10.1002/eat.22224
Inkludert artikkel nummer 3	Lonergan, K., Whyte, A. & Ryan, C. (2022). Externalisation in family-based treatment of anorexia nervosa: The therapist's experience. <i>Journal of family therapy</i> , 44(3), 351-369. https://doi.org/10.1111/1467-6427.12380
Inkludert artikkel nummer 4	Nilsen, J.-V., Rø, Ø., Halvorsen, I., Oddli, H. W. & Hage, T. W. (2021). Family members' reflections upon a family-based inpatient treatment program for adolescent anorexia nervosa: a thematic analysis. <i>Journal of Eating Disorders</i> , 9(1), 7-7. https://doi.org/10.1186/s40337-020-00360-x
Inkludert artikkel nummer 5	Plath, D., Williams, L. T. & Wood, C. (2016). Clinicians' views on parental involvement in the treatment of adolescent anorexia nervosa. <i>Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention</i> , 24(5), 393-411. https://doi.org/10.1080/10640266.2016.1189796
Inkludert artikkel nummer 6	Williams, L. T., Wood, C. & Plath, D. (2018). Parents' Experiences of Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa. <i>Australian Social Work</i> , 73(4), 408-419 https://doi.org/10.1080/0312407X.2019.1702707

Tabell 3: Tabell for inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Empiriske studier	Litteraturstudier Systematiske oversiktsartikler Fagartikler
Fagfelleverderte artikler	
Anorexia Nervosa hos ungdom (13-18 år)	Andre spiseforstyrrelser eller psykiske lidelser Barn med AN (< 13 år) Voksne med AN (> 18 år)
Familier som mottar familiebasert behandling	Familier som mottar annen behandling enn familiebasert behandling
Kvalitative studier	Kvantitative studier
Artikler som inkluderer forelderperspektivet i FBT	Artikler som ikke inkluderer foreldres perspektiv, bare én av foreldrene, bare søsken eller ungdommens perspektiv fra familiebasert behandling
Artikler fra Skandinavia eller andre vestlige land	Artikler fra ikke-vestlige land

3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

Popenoe et al. (2021) er brukt som retningslinje for oppgavens metode- og resultatdel. Deler av anvendt teori er hentet fra LDHs pensumlister fra tidligere emner på bachelorstudiet som inneholder relevant kunnskap om foreldres reaksjoner og behov, psykologi, pediatri, sykepleieteori, samt aktuelt lovverk og etikk. For å innhente dybdekunnskap innenfor miljøterapi og helsefremmende arbeid, har jeg anvendt annen litteratur slik som Lindstrøm et al. (2015), Røssberg (2018) og Skårderud & Sommerfeldt (2013). Disse ble enten funnet som referanser i pensumlitteraturen, eller via søkemotoren Oria. Bøkene til Rø et al. (2020), Ganci (2021) og Skårderud (2013) inneholder relevant kunnskap om spiseforstyrrelser, FBT og miljøterapi i behandling av spiseforstyrrelser. Disse ble jeg anbefalt av en ekstern foreleser som arbeider innenfor spiseforstyrrelsesfeltet. Travelbee og Antonovskys teorier brukes som teoretisk rammeverk for oppgaven. Jeg valgte å bruke deres egne bøker *Helsens Mystrium* (2012) og *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1999) funnet i Oria. Til slutt ble jeg tipset om artiklene til Sælør & Biong (2017) og Langeland (2009) av min veileder, og valgte å også inkludere disse da de hadde relevans for tematikken.

4 Resultater

I dette kapittelet presenteres resultatene fra de utvalgte forskningsartiklene. I tabell 4 presenteres artiklens hensikt, metode og relevante funn, samt poengsum fra kvalitetsvurderingen av artiklene. Sjekklisten er utviklet av Reilly et al. (2008) og ligger vedlagt i besvarelsen som vedlegg 1-6. Til slutt er resultatene fra artiklene sammenfattet i en syntese.

4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Tabell 4: Artikkelmatrise

Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering med sjekkliste
Dimitropoulos, G., Freeman, V. E., Lock, J. & Le Grange, D. (2017). Canada	Clinician perspective on parental empowerment in family-based treatment for adolescent anorexia nervosa	Undersøke implementering og erfaringer med FBT i pediatrike enheter, deriblant hvilke faktorer i FBT klinikerne anså som de viktigste for å oppnå forelderempowerment, og identifisere faktorer som kunne være hindrende.	Design: Kvalitativt design. Utvalg: Pediatrike tverrfaglige team (n=9, personer totalt: n=30). Datasamling: Studien er del av en større studie om FBT. Semistrukturerte fokusgruppeintervjuer ble gjennomført, 90 min varighet. Det ble tatt lydopptak og svarene ble transkribert. Dataene gjennomgikk tematisk analyse.	Foreldres involvering i behandlingen og måltider, og dedikasjon, var avgjørende for å lykkes i FBT på lengre sikt. Hemmende/utfordrende faktorer i behandlingen var utbrenthet og psykologiske plager hos foreldrene og mangel på kunnskaper og ferdigheter. Det opplevdes vanskeligere å være konsekvent og dedikert ved lang sykdomsvarighet og ved høyere alder på ungdommen. Intervensjoner for å styrke foreldrenes ressurser var eksternalisering, psykoedukasjon og å frigjøre foreldrene fra skyld.	Poeng: 9/9, se vedlegg 1
Goodier, G. H. G., McCormack,	Parent skills training treatment for	Å undersøke foreldres erfaringer etter å ha deltatt på	Design: Kvalitativt design. Utvalg: Foreldre til ungdom med spiseforstyrrelser	Foreldre beskrev kurset som en positiv opplevelse, effektivt, nyttig, at det opplevdes støttende og at de følte seg bedre informert. Flertallet nevnte forbedret kommunikasjon med	Poeng: 9/9, se vedlegg 2

J., Egan, S. J., Watson, H. J., Hoiles, K. J., Todd, G. & Treasure, J. L. (2014) Australia	parents of children and adolescents with eating disorders: A qualitative study.	en todagerskurs for å forbedre ferdigheter knyttet til å håndtere AN.	(totalt n=11, mødre n=6, fedre n=4, stemor n=1). Datasamling: Foreldrene ble intervjuet og data ble transkribert. Tematisk analyse ble anvendt for å identifisere nøkkeltémaer fra resultatene.	ungdommen, økt selvtillit i forelderrollen og generelt bedre håndteringen av AN-symptomer etter intervensjonen. Det sosiale aspektet ved intervensjonen muliggjorde erfaringsdeling, læring av hverandre og ga en følelse av å ikke være alene. Noen syntes det var et for stort innhold i forhold til tid, og noe innhold opplevdes ikke like relevant. Samlet kan psykoedukasjon og ferdighetstrening være effektivt for å øke kompetansen og redusere foreldrenes psykiske plager.	
Lonergan, K., Whyte, A. & Ryan, C. (2022) Irland	Externalisation in family-based treatment of anorexia nervosa: The therapist's experience	Utvikle dybdeforståelse overfor eksternalisering som verktøy i FBT gjennom helsepersonellens erfaringer med verktøyet, med den hensikt å forbedre bruken.	Design: Kvalitativt design. Utvalg: Klinikere med ulik profesjonsbakgrunn og med trening i FBT (n=8) deltok. Datasamling: semistrukturerte intervjuer som inneholdt spørsmål knyttet til klinikernes erfaringer med eksternalisering, varighet 50-80 min. Ble tatt lydopptak og svarene ble transkribert. Tematisk analyse ble gjennomført for å sammenfatte og tolke dataene.	Deltakerne understreket viktigheten av å møte den enkelte familie som unik, og å skape tillit og allianse. Foreldre fortalte at eksternalisering ga dem en ny måte å kommunisere om sykdommen på. Verktøyet førte til at foreldrene klarte å se på ungdommens atferd som noe som var utenfor ungdommens kontroll. Det førte til at de fikk økt empati og ble mindre fiendtlige overfor ungdommen. Ungdommen følte seg mindre angrepet. Eksternalisering var lite hensiktsmessig ved langt sykdomsforløp og høy alder hos ungdommen. Klinikerne understreket viktigheten av å bruke eksternalisering i sammenheng med andre terapeutiske verktøy, og at det krever klinisk kompetanse og erfaring for å kunne anvende det hensiktsmessig.	Poeng: 9/9, se vedlegg 3
Nilsen, J-V., Rø, Ø., Halvorsen, I., Oddli, H. W., & Wiig, T., (2021) Norge	Family members' reflections upon a family-based inpatient treatment program for	Undersøke hva som karakteriserer de ulike bruker- perspektivene til familier som har mottatt familiebasert	Design: Kvalitativt design. Utvalg: Familier som hadde gjennomgått FBT i døgnavdeling. Tidligere pasienter med AN (n=8), foreldre (n=14) og søsken (n=10).	Innleggelse ble sett på som en omstart for familien. Familiene mestret ikke FBT i polikliniske rammer, det var mye konflikter og en stor emosjonell påkjenning. Samhandling med andre foreldre under innleggelsen, ble ansett positivt ved at det bidro til å motta støtte, deling av erfaringer og	Poeng: 9/9, se vedlegg 4

	adolescent anorexia nervosa: a thematic analysis	behandling for AN i døgnavdeling.	Datasamling: Intervjuguide ble anvendt. Det ble utviklet ulike intervjuguider for ungdommene, søsknene og foreldrene. Intervjuene ble gjennomført før, under og etter innleggelsen. De ble gjennomført individuelt. Foreldrene kunne velge om de ville gjøre det alene eller sammen.	kunnskap, og ga en følelse av å ikke være alene. Det reduserte skamfølelsen. Personalets kompetanse og strukturen på avdelingen bidro til å bryte sykdomsmønstre, muliggjorde vektøkning og ga økt forståelse overfor AN, noe som økte empatien og forbedret relasjonen til ungdommen. Noen foreldre opplevde manglende samarbeid med personalet. Foreldre fortalte om opplevd mening, fornyet håp og styrkede familieforhold som følge av behandlingen. Overgangen til hjemmet opplevdes brå og utfordrende. Det fremkom ønske om bedre planlegging og overgang.	
Plath, D., Williams, L. T. & Wood, C. (2016). Australia	Clinicians' views on parental involvement in the treatment of adolescent AN	Undersøke helsepersonells perspektiver med foreldres deltakelse i FBT for å øke forståelsen overfor hvilke faktorer som bidrar til å engasjere foreldrene i behandlingen. Dette for å vite hvordan behandling kan tilpasses den enkelte familie. Del av en større studie som undersøkte foreldre og helsepersonellens erfaringer.	Design: Kvalitativt design. Utvalg: Helsepersonell med ulik helsefaglig bakgrunn (n=20) fra den aktuelle helseinstitusjonen. Alle hadde klinisk erfaring med FBT. Datasamling: Deltakerne besvarte et selvrappoterings-skjema. På bakgrunn av dette ble det gjennomført semistrukturerte dybdeintervjuer. Det ble tatt lydopptak og svarene transkribert. Oppfølgingsintervjuer ble gjennomført i etterkant for å få ytterligere svar og detaljer.	Foreldre hadde behov for veiledning, informasjon, forklaringer og løsninger. Mange var redde for å bli «avslørt» som dårlige foreldre. Foreldre slet med å skille ungdommen fra sykdommen. Viktig å tilpasse behandlingen til hver enkelt familie. Noen hevdet FBT kunne forsterke allerede dominerende forhold i familien. Helsepersonell må ha forståelse overfor at foreldrene opplever en krise og at behandlingen vekker sterke følelsesmessige reaksjoner. Å etablere et terapeutisk forhold til foreldrene basert på forståelse, empati og tillit var viktig for foreldrenes engasjement i og opplevelsen av behandlingen. Foreldre opplevde at å ikke mestre foreldrerollen ga følelser som hjelpeløshet, håpløshet og skam. Mange bebreidet seg selv og stilte spørsmål til hva de hadde gjort galt. Mange fortalte om tapsopplevelser. Noen forteller om opplevd mening, og å ha kommet styrket ut av behandlingen. Noen fikk fornyet håp.	Poeng: 9/9, se vedlegg 5

<p>Williams, L. T., Wood, C. & Plath, D. (2020). Australia</p>	<p>Parents' Experiences of Family Therapy for Anorexia Nervosa</p>	<p>Undersøke foreldres erfaringer fra familiebasert behandling for AN. Del av en større studie som undersøkte både foreldre og helsepersonellets erfaringer.</p>	<p>Design: Kvalitativt design. Utvalg: Foreldre (n=9) til 7 ungdom som hadde erfaring fra AN-behandling. Mødre (n=6) og fedre (n=3). 6 av foreldrene hadde fått FBT. Datasamling: Semistrukturerte dybdeintervjuer, 45-120 min. Det ble tatt lydopptak av intervjuene som ble transkribert. Åpne spørsmål muliggjorde at foreldrene selv kunne komme med refleksjoner. Dataene ble anonymisert gjennomgikk tematisk analyse.</p>	<p>Personalets holdninger og mellommenneskelige ferdigheter påvirket totalopplevelsen av behandlingen. Noen foreldre hadde erfaring med å ikke bli tatt på alvor i helsevesenet. Noen opplevde behandlingen som upersonlig, andre fortalte at personalet var empatiske og forståelsesfulle.</p> <p>Eksternalisering som verktøy ble ansett som nyttig. Det førte til økt forståelse og empati overfor barnets symptomer.</p> <p>Mange foreldre benektet lidelsen og flere opplevde skyld, skam og lidelse i begynnelsen. AN ble beskrevet som å leve med en fiende og hadde stor innvirkning på foreldrenes hverdagsliv, jobb, sosial omgang og psykiske helse. Noen opplevde mening og personlig utvikling i behandlingen ved at FBT forsterket foreldrerollen, forbedret familieforhold, kommunikasjon, ga følelse av å jobbe mot felles mål, samt at mange ble mer tolerante, roligere og fikk økt tilknytning til ungdommen.</p>	<p>Poeng: 9/9, se vedlegg 6</p>
--	--	--	--	--	---------------------------------

4.2 Syntese av resultatene

Foreldre fortalte om store utfordringer knyttet til å ha omsorg for ungdommen med AN og beskrev følelser som hjelpeløshet, skyld, skam, samt høye konfliktnivåer i hjemmet før de fikk hjelp. I behandlingen hadde foreldrene et stort behov for informasjon og veiledning i hvordan de skulle håndtere ungdommens symptomer. Eksternalisering bidro til å gjøre det lettere å skille ungdommen fra sykdommen. Det førte til mindre skyld og skam overfor at ungdommen hadde blitt syk, bedret kommunikasjon, og økt tilknytning og empati. Mange foreldrene fortalte at de tross vonde erfaringer, opplevde å ha funnet mening i og kom styrket ut av prosessen. I dette fremheves det sosiale aspektet; å møte andre i tilsvarende situasjon bidro til erfaringsdeling, læring av hverandre og en følelse av å stå mindre alene. Viktigheten av å utvikle en god relasjon til hjelperen var viktig for familiens totale opplevelse av behandlingen.

5 Diskusjon

Diskusjonsdelen er delt inn i en resultatdiskusjon og en metodediskusjon. I resultatdiskusjonen vil funn fra artiklene knyttes opp mot teori fra bakgrunnskapittelet, rammefaktorer for sykepleieutøvelsen, og drøftes opp mot oppgavens problemstilling: *Hvilke miljøterapeutiske tiltak kan bidra til å fremme mestring hos foreldre til ungdom med Anorexia Nervosa som mottar familiebasert behandling i døgnavdeling?*

Resultatdiskusjonen er tematisk bygget opp etter Antonovskys tre komponenter i OAS: *begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet*. Under de tre komponentene vil jeg drøfte miljøterapeutiske tiltak som kan bidra til å styrke disse. En terapeutisk relasjon er en forutsetning for å kunne jobbe med endringsprosesser i miljøterapi (Gonzalez, 2020b, s. 57). Langeland (2009) skriver at kvaliteten på relasjonen har betydning for endringsprosesser, opplevd mening og selvbylde, og kan fremme OAS. Travelbees teori om mellommenneskelige relasjoner trekkes derfor inn. I metodediskusjonen vil litteratursøket og de utvalgte artiklene drøftes med den hensikt å skape en forståelse overfor valgene som er blitt tatt underveis i litteraturstudien. Dette involverer blant annet valg av søkeord, artiklenes studiedesign, kontekst og sykepleiefaglig relevans.

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 Styrke opplevelsen av begripelighet

For at foreldrene skal oppleve begripelighet, kan sykepleieren tilrettelegge for struktur, forutsigbarhet og forståelse. Motsatt vil opplevelse av usikkerhet, mangel på oversikt og kontroll kunne bidra til stress (Kristoffersen, 2021c, s. 176).

Gi informasjon

Helsepersonellet som ble intervjuet i studien til Plath et al. (2016, s. 405; 408), beskrev at foreldrene hadde et stort behov for informasjon og forklaringer i behandlingen. De understreket at å gi tilstrekkelig informasjon var med på å bygge opp den terapeutiske relasjonen og økte foreldrenes mentale kapasitet. Dette støttes av studien til Williams et al. (2018, s. 417), der det kom frem at foreldrene verdsatte at personalet ga dem tilstrekkelig informasjon. Miljøterapeutene i familiens team er kjent med avdelingens rammer, familiens

avtaler og behandlingsplan. Fordi miljøterapeuten tilbringer mye tid med familien, er det naturlig at vedkommende får en informerende rolle overfor dem (Sjøbjerg, 2019, s. 209). Årsaken til at en døgninnleggelse blir nødvendig, kan skyldes alvorlighetsgraden av ungdommens tilstand (Torsteinsson et al., 2020, s. 171). I den forbindelse, trenger foreldrene hjelp til å forstå tilstanden og innholdet i behandlingen (Grønseth et al., 2017, s. 89). En forelder formidlet imidlertid at det var mye informasjon å ta inn over seg (Goodier et al., 2014, s. 372). Et helsepersonell fra studien til Plath et al. (2016, s. 404) uttrykket at vedkommende ikke trodde de var flinke nok til å anerkjenne det faktum at foreldrene, på grunn av sine følelsesmessige reaksjoner, ikke er i stand til å få med seg all informasjonen og det som skjer. Dette er det viktig at sykepleieren tar i betraktning. At informasjonen skal tilpasses er også lovfestet i § 3-5 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), samt understrekes i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2023) punkt 1.3.

Bruk av miljøterapeutisk struktur

Foreldre som ble intervjuet etter å ha mottatt FBT i døgnavdeling, ga uttrykk for at de verdsatte den miljøterapeutiske strukturen (Nilsen et al., 2021). En mor trakk spesifikt frem måltidsstrukturen. Hun opplevde det trygt at den var så fast, og at dette bidro til å reetablere mer normale måltidsrutiner. En far fortalte om hvordan de strukturerte rammene og kompetent helsepersonell bidro til å reetablere forelderautoriteten overfor datteren. Han fortalte at datteren før innleggelsen ikke ville høre på han fordi hun selv var så overbevist om at hun hadde rett. Til slutt kom det frem at strukturen bidro til å muliggjøre vektøkning og å forbedre ungdommens somatiske tilstand, noe som bidro til trygghet hos foreldrene (Nilsen et al., 2021).

Betydningen av å møte hver enkelt familie som unike, og å tilpasse behandlingen ut ifra hver enkelt families behov, fremheves i studiene til Nilsen et al. (2021) og Plath et al. (2016, s. 404-406). Helsepersonell fra studien til Plath et al. (2016, s. 404-406), identifiserte at en streng tolkning av FBT-rammene, kunne føre til maktubalanser i det terapeutiske forholdet mellom helsepersonellet og familien, og kunne forsterke allerede dominerende forhold innad i familien. Ved planlagte innleggelser, gjennomføres det forsamlinger med familien der sykepleieren har anledning til å skaffe seg verdifull informasjon, slik som tidligere erfaringer fra behandling og forventinger til innleggelsen. I tillegg kan man observere og identifisere grad av emosjonell belastning og hvordan samspeillet i familien er (Hage, 2020, s. 193). Med

denne informasjonen, kan man forsøke å tilpasse behandlingen ut ifra behovene, og unngå at familien føler seg generalisert (Nilsen et al., 2021).

Det viste seg at personalets holdninger og mellommenneskelige ferdigheter hadde mye å si for familiens totalopplevelse av behandlingen (Plath et al., 2016, s. 408; Williams et al., 2018, s. 414-415). Noen foreldre opplevde at personalet framsto likegyldige og hadde en «sånn gjør vi det her»-holdning med lite rom for individuelle tilpasninger. Det opplevdes som om personalet bare sa det de hadde blitt trent opp til å si, og dette førte til at familien sluttet i behandlingen (Williams et al., 2018, s. 415). En terapeutisk relasjon med foreldrene og ungdommen, fordrer at sykepleieren innehar relasjonskompetanse – en klinisk kompetanse som blant annet involverer utvikling av gode samarbeidsevner, kommunikasjonsferdigheter og evne til å fremvise empati (Gonzalez, 2020b, s. 63-64). Institusjonen bør legge til rette for at personalet får mulighet til å utvikle sin relasjonskompetanse, eksempelvis gjennom veiledning. Etablering av en terapeutisk relasjon, bidrar til at familien får tillit til sykepleieren. Men Travelbee (1999, s. 210) skriver at tillit ikke er en konstant faktor, men må opptjenes. På en døgnavdeling fungerer miljøterapeuten som en «strukturbærer for programmet» (Gonzalez, 2020a, s. 371). En forutsetning for at strukturen skal oppleves trygg og oversiktlig, er at personalgruppen er lojale overfor og deler de samme oppfatningene om avdelingens rammer (Gonzalez, 2020b, s. 60; Hage, 2020, s. 197). En sprikende forståelse av rammene og rutinene, kan føre til diskusjoner blant personalet, i tillegg til usikkerhet hos foreldrene og ungdommen (Grønseth et al., 2017, s. 88; Hage, 2020, s. 197). Derfor er det viktig at miljøpersonalet på avdelingen får tilstrekkelig opplæring om avdelingens rutiner, og gjøres godt kjent med familiens behandlingsplan. På den måten kan de bidra til å formidle kontinuitet og pålitelighet. God dokumentasjon, åpen kommunikasjon innad i personalgruppen og regelmessig veiledning, kan være aktuelle tiltak (Fossum & Laukvik, 2022, s. 193; Hage, 2020, s. 202-203).

Funnene viser altså at avdelingsstrukturen på én side kan bidra til oversiktlig og trygghet, mens det på en annen side eksisterer en risiko for at rammene blir et hinder for å møte familien som unike. Bevissthet rundt hvordan rammene formidles og anvendes, kan dermed være hensiktsmessig for den terapeutiske relasjonen (Hage, 2020, s. 196).

5.1.2 Styrke opplevelsen av håndterbarhet

Høy grad av opplevd begripelighet, har sammenheng med sterk opplevelse av håndterbarhet (Antonovsky, 2012, s. 43). For at foreldrene skal oppleve håndterbarhet, må de ha en opplevelse av at de kan ha innflytelse på og mulighet til å påvirke den situasjonen de befinner seg i. Det innebærer ikke nødvendigvis å mestre situasjonen på egenhånd, men å se at det eksisterer handlingsmuligheter og at de kan få hjelp (Kristoffersen, 2021b, s. 105).

Gi psykoedukasjon

Helsepersonell i studien til Dimitropoulos et al. (2017, s. 552), fortalte at mange foreldre manglet kunnskaper og ferdigheter knyttet til anoreksi og hvordan de skulle håndtere ungdommens symptomer. I studien til Plath et al. (2016, s. 404), beskrev helsepersonellet at foreldrene hadde et stort behov for veiledning, forklaringer og løsningsforslag. For å øke foreldrenes kunnskaper og dermed mestringsressurser, kan miljøterapeuten gjennomføre psykoedukasjon med foreldrene, enten som individuelle samtaler eller i en organisert foreldregruppe (Dimitropoulos et al., 2017, s. 553; Gonzalez, 2020a, s. 368; Røssberg, 2018, s. 42). Foreldre som hadde mottatt undervisning, fortalte at ikke alt opplevdes like relevant, men at de nå hadde kompetanse til å håndtere situasjonen dersom den skulle oppstå (Goodier et al., 2014, s. 369-370). Klinikere fra en irsk studie trakk frem viktigheten av å gi psykoedukasjon knyttet til hvordan anoreksi påvirker ungdommens fysiske og psykiske helse tidlig i behandlingsforløpet (Lonergan et al., 2022, s. 358). Mangel på kunnskaper om dette, kan være kilde til konflikt mellom foreldrene og ungdommen. Det er eksempelvis mange foreldre som sliter med å forstå årsaken til at det er så vanskelig for ungdommen å spise og dermed blir frustrerte (Ganci, 2021, s. 38; Lonergan et al., 2022, s. 360).

Eksternalisering er et verktøy som kan bidra til å øke forståelsen overfor ungdommens atferd. Det viste seg at eksternalisering bidro til å flytte foreldrenes frustrasjon over på sykdommen og ikke ungdommen personlig (Dimitropoulos et al., 2017, s. 553; Lonergan et al., 2022, s. 359-360). Man kan for eksempel si: «Det var anoreksien som fikk henne til å gjemme maten» (Le Grange, 1999, sitert i Lonergan, 2022, s. 353). Noen foreldre klandret ungdommen for sykdommen og hva den påførte familien (Lonergan et al., 2022, s. 360). Andre foreldre klandret seg selv (Plath et al., 2016, s. 406). I FBT er det et viktig prinsipp at ingen skal tilskrives skyld for sykdommen, men at en forsøker å se på sykdommen som noe som har overtatt ungdommens evne til selvregulering og til å ta avgjørelser omkring mat (Lonergan et

al., 2022, s. 359-360; Torsteinsson et al., 2020, s. 159). Funn fra flere studier viste at eksternalisering forbedret kommunikasjonen i familien – både foreldrene seg imellom, med behandlingsapparatet og med ungdommen (Goodier et al., 2014, s. 370; Lonergan et al., 2022, s. 360; Williams et al., 2018, s. 416). Eksternalisering viste seg å bidra til og redusere skyld og fiendtlighet overfor ungdommen, øke empatien og dermed redusere konfliktnivået (Goodier et al., 2014, s. 370; Lonergan et al., 2022, s. 360; Williams et al., 2018, s. 416). En ungdom på sin side, fortalte at hun følte seg mindre beskyldt og angrepet av foreldrene (Lonergan et al., 2022, s. 360). I tillegg bidro eksternalisering til å styrke familiebandene ved at familien fikk en følelse av å skulle jobbe mot en felles fiende (Lonergan et al., 2022, s. 360; Williams et al., 2018, s. 416). Samtidig viste funnene fra studien til Lonergan et al. (2022, s. 361) at eksternalisering var lite hensiktsmessig i tilfeller der ungdommen hadde hatt et langt sykdomsforløp. Da kunne verktøyet være hindrende for å utvikle en terapeutisk relasjon.

For å kunne anvende eksternalisering på en helsefremmende måte, forutsettes rammefaktorer som tilstrekkelig opplæring og erfaring hos helsepersonellet. Men forskerne i studien til Lonergan et al. (2022, s. 363) fremhevet at eksternalisering er noe alle, også sykepleiere, kan få opplæring i å bruke.

Gi måltidsstøtte

Funn viste at foreldre hadde store utfordringer knyttet til måltider i tiden før behandling (Nilsen et al., 2021; Plath et al., 2016, s. 406-407; Williams et al., 2018, s. 413). En forelder fortalte om hvordan hun ofte gruet seg til matlagings situasjoner fordi hennes ellers høflige datter, kunne stå oppi matlagingen og sparket og dyttet henne. En annen fortalte at ungdommen kunne kaste tallerkener og andre gjenstander rundt i huset. En tredje fortalte at hun ofte måtte forlate jobben for å spise lunsj med sønnen sin, og at dette kunne ta oppimot tre timer (Williams et al., 2018, s. 413).

Det at foreldrene lærer seg å ta kontroll over måltidene, viste seg å være den aller viktigste faktoren for at FBT skal gi gode behandlingsresultater på sikt, ifølge studien til Dimitropoulos et al. (2017, s. 542). For at foreldrene skal tilegne seg nødvendige ressurser for å mestre måltidene, må det etableres et samarbeid mellom miljøterapeutene og foreldrene som muliggjør at de får økt sin kompetanse (Torsteinsson et al., 2020, s. 173). Det er et viktig prinsipp i den helsefremmende tenkningen å tilrettelegge for brukermedvirkning, og å

omfordele makten fra helsepersonellet til brukeren (Tveiten, 2012, s. 47). Dessuten fremhever Antonovsky (2012, s. 41) betydningen av å bli involvert, for personens opplevelse av meningsfullhet i arbeidet. Under innleggelsen, blir foreldrenes omsorg og samspill med ungdommen, gjenstand for observasjon av sykepleierne (Tveiten, 2012, s. 71). Helsepersonell uttrykket at mange foreldre var redde for å bli avslørt som dårlige foreldre, at de skammet seg og bebreidet seg selv (Plath et al., 2016, s. 406). Derfor er det viktig å ha en ikke-dømmende holdning overfor foreldrene under veiledningen. En forelder anerkjente hvordan personalet inntok en likestilt rolle og sto ved siden av dem, i stedet for å innta ekspertrollen (Williams et al., 2018, s. 415). En far erfarte imidlertid konsekvensene av manglende samarbeid. Han fortalte at miljøterapeutene tok fullstendig over i måltidene, og satte han i en tilskuerposisjon. Dette førte til at datteren ble avhengig av personalets bekreftelse på hva hun skulle gjøre, og ikke hørte på han (Nilsen et al., 2021). Det kan være nyttig å ha en rolleavklaring med foreldrene slik at det blir tydelig hvem som skal gjøre hva og når (Grønseth et al., 2017, s. 90). Foreldrene kan eksempelvis spise måltidene sammen med ungdommen, men ha en avtale på når og hvordan miljøterapeuten skal bistå dem (Torsteinsson et al., 2020, s. 172). Det kan samtidig være utfordrende å gjennomføre veiledning i måltidsituasjonene, spesielt dersom det er mange pasienter på avdelingen som er alvorlig syke og «krever» mye av sykepleiernes kompetanse for å gjennomføre måltidene. Men på grunn av viktigheten av at foreldrenes kompetanse styrkes på å mestre måltidene, bør dette være noe som prioriteres.

5.1.3 Styrke opplevelsen av mening

Opplevelse av meningsfullhet, ser ut til å være den viktigste komponenten av de tre (Antonovsky, 2012, s. 44). Å ha håp er sentralt for at mennesker skal oppleve livet som meningsfullt (Kristoffersen & Breievne, 2021, s. 71). Travelbee hevdet sykepleieren har et særskilt ansvar overfor temaene håp, mening og lidelse (Gonzalez, 2020d, s. 49). Hun mente håpet muliggjør at mennesket kan mestre vanskelige situasjoner (Travelbee, 1999, s. 117). Å bidra til å fremme håp, er også et viktig miljøterapeutisk prinsipp (Gonzalez, 2020a, s. 363). Sykepleierens ansvar for å understøtte håp og livsmot, understrekes i Yrkesetiske retningslinjer (2023) punkt 1.1. Å fremme håp vil med dette være en rød tråd gjennom kapittelet.

Få hjelp til å bearbeide vanskelige følelser

Høy grad av opplevd psykisk belastning hos foreldrene, kan vanskeliggjøre det å skulle ta i bruk tilgjengelige ressurser for å håndtere symptomene (Dimitropoulos et al., 2017, s. 548; Håkonsen, 2014, s. 237). Jo lenger ungdommen hadde vært syk, desto mer utmattet ble foreldrene. Utslitte foreldre, gir med høyere sannsynlighet etter for ungdommens symptomer og får redusert handlekraft ved diskusjoner (Dimitropoulos et al., 2017, s. 551-552). En person som er utmattet, vil også kunne være for sliten til å orke og tilegne seg nødvendige ferdigheter og kompetanse for å mestre en situasjon (Kristoffersen & Breievne, 2021, s. 73). Samtidig viser funn at foreldrenes dedikasjon og utholdenhet i behandlingen er avgjørende for gode behandlingsresultater på lengre sikt (Dimitropoulos et al., 2017, s. 543). Utholdenhet har nær sammenheng med håp. Personer som fremdeles har håp, er motivert til å fortsette arbeidet, tross lidelse og utmattelse (Travelbee, 1999, s. 117; 120).

Det kom frem at foreldre hadde behov for å snakke ut om vanskelige følelser og erfaringer med helsepersonellet. Det ga en følelse av lettelse og fornyet håp (Plath et al., 2016, s. 406). Sælør og Biong (2017) gjennomførte en studie som undersøkte pårørende til personer med psykiske lidelsers erfaringer med håp. Der kom det frem at pårørendes bearbeidelse av skyld og å tilgi seg selv, gjorde det lettere å håpe. Mange som opplever vanskelige ting, har behov for hjelp til å sette ord på lidelsen. På den måten kan de få sortert tankene og kommet seg videre (Kristoffersen & Breievne, 2021, s. 78). Det er vanlig at miljøpersonalet gjennomfører samtaler med familien/foreldrene daglig (Torsteinsson et al., 2020, s. 172). Ifølge Noble og Jones (2005) er sykepleiere egnet til å lytte til foreldres erfaringer fordi sykepleieren kommer tett på familien (Kristoffersen & Breievne, 2021, s. 79). I samtalen, er det viktig at helsepersonellet uttrykker empati overfor foreldrenes emosjonelle tilstand (Plath et al., 2016, s. 404). Mange foreldre bærer på følelser som skyld, skam og maktesløshet. Noen fremsto nesten ydmykede i møte med hjelpeapparatet fordi de ikke mestret lidelsen og måtte innhente hjelp utenifra (Plath et al., 2016, s. 406; 408). Det at sykepleieren viste respekt og forståelse overfor familiens situasjon, bidro til engasjement og opplevelse av gjensidig forpliktelse i behandlingen (Plath et al., 2016, s. 404).

Foreldre fortalte om ulike opplevelser av tap i relasjon til anoreksien. Noen sørget over at forholdet til ungdommen eller andre familiemedlemmer hadde blitt svekket. De fortalte også om sorg overfor det livet de pleide å ha slik som familiens ambisjoner og drømmer, arbeidsliv og livsstil (Plath et al., 2016, s. 408). Det er også som nevnt mange foreldre som opplevde stor skyld knyttet til sykdommen og stilte spørsmålstegn til hva de kunne ha gjort feil (Nilsen

et al., 2021; Plath et al., 2016, s. 407; Williams et al., 2018, s. 412). Flere hadde mistet tilliten til forelderevnen (Plath et al., 2016, s. 407). I den forbindelse trenger foreldrene påminnelser om at dette er følelser og reaksjoner som er normale å kjenne på (Røssberg, 2018, s. 43). Fordi håpet kan kjennes ustabil under opplevde kriser, er det viktig at sykepleieren holder fast ved at det finnes håp. I tillegg bør sykepleieren være til stede og la foreldrene dele sine lidelser gjentatte ganger, slik at foreldrene opplever å ikke stå alene i de vonde opplevelsene (Gonzalez, 2020c, s. 345).

Ifølge Travelbee (1999, s. 124) er håp beslektet med tillit. Hvordan støttesamtalene erfares, avhenger av tilliten mellom foreldrene og sykepleieren. Derfor er det viktig at sykepleieren viser foreldrene at hun faktisk *vil* lytte til og hjelpe foreldrene (Søbjerg, 2019, s. 207). Utvikling av tillit og empati, tar tid. På en avdeling med turnusarbeid og mange miljøterapeuter, er det ikke gitt at *den* eller *de* sykepleierne foreldrene har størst tillit til, er tilgjengelig for støttesamtaler når foreldrene har behov for det. Videre skrev Travelbee (1999, s. 195) at det er lettest å utvikle empati overfor dem som ligner mest på en selv, og at det er urealistisk å skulle kunne føle empati overfor alle. Som sykepleier, møter man mange forskjellige mennesker med ulike bakgrunner. Dessuten har sykepleieren med seg sitt eget liv på jobben. I tillegg til utvikling av relasjonskompetanse som nevnt tidligere, er det viktig at sykepleieren kontinuerlig arbeider med sin egen selvforståelse. Det innebærer å bli bevisst på hvordan egne erfaringer, kompetanse, holdninger og følelser påvirker møtet med den andre (Gonzalez, 2020b, s. 65). Ifølge Holm (2010) kan utvikling av selvforståelse, muliggjøre forbedring av den empatiske evnen ved at man blir mer bevisst overfor hva som er ens egne erfaringer og hva som er den andres (Gonzalez, 2020b, s. 65). Ved å være bevisst hvilke holdninger og stereotypiske oppfatninger man har om en gruppe mennesker, kan de brytes. Er man ikke bevisst dette, kan man fremstå overflatisk og mekanisk (Travelbee, 1999, s. 187-192). Noen foreldre opplevde at personalet fremsto kalde og fjerne overfor dem, og det kan være et resultat av overnevnte (Williams et al., 2018, s. 414-415).

Fremme sosial støtte

Studien til Langeland (2009) viste at personer som opplever høy grad av sosial støtte, også viser tendenser til høy skår på OAS, og lavere grad av opplevd belastning. Foreldrene i studien til Sælør og Biong (2017) fortalte at å møte andre pårørende, hjalp på deres skyldfølelse. Dette viste også funn fra studiene til Goodier et al, (2014, s. 372) og Nilsen et al. (2021). I tillegg til samtaler med miljøterapeuten, kan miljøterapeuten legge til rette for at

foreldre som er innlagte samtidig, får mulighet til å dele erfaringer og lære av hverandre (Torsteinsson et al., 2020, s. 172). Foreldre som mottok FBT i døgnbehandling, hadde ukentlige møtepunkter med andre foreldrene. Noen rapporterte at de opplevde det som enklere å diskutere noen av problemene med andre foreldre, fremfor personalet (Nilsen et al., 2021). Det å se andre foreldre streve med de samme problemene, bidro til å gi en følelse av å stå mindre alene, og reduserte skyldfølelsen overfor at ungdommen hadde blitt syk (Goodier et al., 2014, s. 372; Nilsen et al., 2021). De foreldrene med mindre erfaring, opplevde det som nyttig at de foreldrene som hadde kommet lenger i prosessen og hadde tilegnet seg mer kunnskaper og erfaringer, delte sitt (Goodier et al., 2014, s. 372).

Samtidig som foreldre delte erfaringer om tap og sorg, fortalte også foreldre at de opplevde å finne mening i prosessen, og at behandlingen hadde ført familien nærmere hverandre (Nilsen et al., 2021; Plath et al., 2016, s. 408). I tråd med økt kompetanse og bedret samarbeid, opplevde flere å kunne være en ressurs i ungdommens tilfriskningsprosess. Denne mestringsopplevelsen genererte håp om at de kunne fungere som foreldre igjen. Foreldrene fant også mening i å stå sammen og støtte hverandre (Nilsen et al., 2021; Plath et al., 2016, s. 408). Ut ifra disse funnene, kan det tenkes at foreldre som står i situasjonen, muligens med sviktende håp, kunne hatt nytte av å møte andre foreldre som står på «den andre siden», og som har et innenfraperspektiv på deres situasjon.

5.2 Metodediskusjon

5.2.1 Generell litteraturstudie

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke forelderperspektivet fra FBT for å identifisere hvilke erfaringer og behov foreldrene hadde fra behandlingen, og på bakgrunn av dette; hvordan de kan ivaretas. Ved å gjennomføre en generell litteraturstudie, får man anledning til å søke gjennom eksisterende forskningslitteratur som kan belyse og besvare problemstillingen (Popenoe et al., 2021, s. 175). Det var imidlertid laget noen forhåndsbestemte rammer for gjennomføringen av litteraturstudien av skolen. For det første skulle det kun gjennomføres ett søk i én valgt database. I praksis betød dette at de forskningsartiklene som skulle inkluderes, måtte komme opp som et resultat av ett enkelt søk med ett sett søkeordskombinasjoner. Ved få treff, kunne man søke i andre databaser, men med det samme settet med søkeord. For det andre, var det satt en ordramme på maksimum 9000 ord. Disse rammene opplevdes noe begrensende for oppgaven ved at relevante artikler som

ble funnet i den innledende søkeprosessen ikke kunne inkluderes fordi de kom opp ved bruk av andre søkeord, eller ved søk i andre databaser. Det kan ha vært en svakhet ved søkestrategien og valg av søkeord som førte til at dette ble en utfordring, men det lille forskningsgrunnlaget gjorde det utfordrende å lage én konkret og spesifikk søkestrategi. Dessuten førte oppgavens ordramme til at det ville blitt for omfattende å skulle inkludert flere artikler utenom dem fra det strukturerte søket. Fordelen ved at det settes slike rammer, er at den som skal gjennomføre litteraturstudien må søke presist, og at trefflisten som et resultat av dette blir spesifikk og avgrenset.

5.2.2 Gjennomført litteratursøk

I den innledende søkeprosessen, ble de meningsbærende ordene fra problemstillingen satt inn i PIO-skjemaet. I tillegg noterte jeg ned andre søkeord jeg observerte at ofte ble knyttet til tematikken (se tabell 1). Mange ulike tekst- og emneord ble anvendt for å få opp et mangfold av artikler for å orientere meg i hva som eksisterte av litteratur på området. I begynnelsen, inkluderte jeg elementer fra alle de ulike kolonnene i PIO-skjemaet, men å kombinere for mange elementer i søket med «AND» viste seg å gjøre søket for smalt og begrenset trefflisten.

Konteksten for oppgaven er satt til å være psykiatrisk døgnavdeling og søkeprosessen ble derfor innledet med å inkludere emneordene «MH Adolescent, Hospitalized» og «MH Inpatients». Men jeg oppdaget tidlig at det var gjort lite kvalitativ forskning som tok for seg forelderperspektivet i FBT i døgnavdeling og valgte derfor å ikke spesifisere konteksten i søket for å få opp flest mulig treff. Familiebasert behandling ble brukt som et søkeord ved å søke etter ordet i artiklenes sammendrag (AB) og tittel (TI). Ulempen med å søke på denne måten er at «...det ikke er sikkert søkeordet gjenspeiler det sentrale innholdet i artikkelen» (Thidemann, 2019, s. 86). Men i dette tilfellet, ga denne metoden meg relevante, spesifikke treff.

5.2.3 Inkluderte artikler

Jeg tok et valg om å ikke avgrense så mye i selve søket, men heller anvende inklusjons- og eksklusjonskriterier for å finne de artiklene som best kunne besvare min problemstilling (se tabell 3) (Popenoe et al., 2021, s. 181). På den måten sikret jeg å få opp så mange artikler som

mulig i trefflisten. Døgnavdeling som kontekst ble først satt som et inklusjonskriterie, men jeg så meg nødt til å løsne på kriteriene og endre fra «Familier som mottar FBT i døgnavdeling» til «Familier som mottar FBT» grunnet det relativt lille forskningsgrunnlaget. Videre skulle studiene ha et kvalitativt design fordi jeg var interessert i å undersøke forelderperspektivet og foreldrenes erfaringer fra FBT. Popenoe et al. (2021, s. 180) skriver at kvalitative studier fortrinnsvis bør anvendes dersom problemstillingen handler om å undersøke en populasjons erfaringer. Hadde jeg vært ute etter behandlingsutfall fra FBT, ville nok forskningsartikler med et kvantitativt design blitt valgt ettersom det er hensiktsmessig når en skal undersøke effekten av noe (Popenoe et al., 2021, s. 176). Samtidig uttrykkes det i artikkelen til Popenoe et al. (2021, s. 180) at kvantitative artikler også kan brukes for å gi svar på deltakeres erfaringer, for eksempel ved å anvende et spørreskjema som måler deltakerens erfaringer. Det kunne også vært interessant å inkludere kvantitative artikler som ga informasjon om én intervensjon opplevdes mer nyttig enn en annen i FBT. Inkludering av kvantitative artikler kunne muligens også gitt meg flere artikler med døgnavdeling som kontekst.

Ut ifra kriteriene, kunne seks artikler inkluderes. Artikkelen er fra de seneste ti årene og fra landene Norge, Irland og Australia. Det er en styrke at artiklene inneholder relativt ny forskning, og at disse landene har en kultur og et helsevesen som kan sammenlignes med vårt. To av artiklene som kunne inkluderes, hadde samme forfattere. En svakhet ved dette er at det kan gi en ensidig vinkling og at resultatene potensielt kan virke bekreftende overfor hverandre. Samtidig er utvalget i studiene ulike ved at den ene deltakergruppen er foreldre som mottar FBT, mens den andre gruppen er helsepersonell som gir sine refleksjoner på foreldres deltakelse i FBT. Dette kan gi et interessant perspektiv. Dersom helsepersonellet deler samme erfaringer som foreldrene, kan det være tegn til felles forståelse. Ved skjevheter, kan disse identifiseres og bidra til kompetanseheving. Dessuten fremstår funnene holdbare, jamfør kommentarene i sjekklistene for kvalitetsvurdering av artiklene (se vedlegg 5-6).

Til slutt skal oppgaven ha et sykepleiefaglig perspektiv, noe som stiller krav til mine vurderinger med hensyn til artiklenes overførbarhet til sykepleie. Utvalget i de artiklene som tar for seg helsepersonellens perspektiver, representerer mennesker med ulik helsefaglig bakgrunn. Det kan være en svakhet som også vanskeliggjør overførbarheten. Men felles for deltakerne, var at de var valgt ut på bakgrunn av oppsatte inklusjonskriterier, deriblant klinisk erfaring med FBT. Min oppgave har et forelderperspektiv og jeg vurderte det til at helsepersonellet var egnet til å kunne gi perspektiver på foreldrenes behov og erfaringer som

var relevante for å besvare problemstillingen. Dessuten uttrykker funnene, både fra helsepersonellet og foreldrenes perspektiv, mellommenneskelige og «allmenne» fenomener slik som tillit, relasjonsarbeid, behov for veiledning, informasjon og støtte. Mange av de behovene som kom frem i studiene, vurderte jeg til at kan møtes ved hjelp av sykepleierens miljøterapeutiske rolle på en døgnavdeling. Noe som bidro til å støtte denne avgjørelsen, er at jeg oppdaget at mange av de relevante funnene gikk igjen i både døgnavdeling og poliklinisk kontekst. Derfor så jeg overføringsverdi tross ulikheter i kontekst og helsefaglig bakgrunn. Det er som nevnt tidligere mulig jeg kunne funnet flere studier med samme kontekst og et tydeligere sykepleiefaglig perspektiv dersom oppgavens rammer tillot flere søk med ulike søkeordkombinasjoner, men jeg valgte å avslutte søkeprosessen fordi jeg vurderte at funnene hadde relevans.

6 Konklusjon

Funn fra studiene viste at foreldrene var sterkt preget av at deres barn var sykt med anoreksi. Mange opplevde følelser som skyld, skam og hjelpeløshet. Familiene hadde behov for å bli møtt med empati og respekt for deres unike situasjon. Å styrke foreldrenes OAS, kan bidra til å fremme mestring hos foreldre til ungdom med AN som mottar FBT i døgnavdeling. Tilstrekkelig og tilpasset informasjon om ungdommens tilstand og behandlingen, samt strukturen på avdelingen, kan bidra til trygghet og forutsigbarhet. Det kan styrke *begripeligheten*. Videre viste funn at foreldrene trengte økte kunnskaper og ressurser for å kunne ivareta omsorgen overfor barnet, deriblant måltidsstøtte. Det kan fremme *håndterbarheten*. Økt kompetanse om hvordan AN påvirker ungdommen, og evne til å skille ungdommen fra sykdommen førte til økt forståelse, empati, redusert konfliktnivå og skyldfølelse. I dette poengteres viktigheten av at det etableres et samarbeid mellom foreldrene og miljøterapeuten som muliggjør deltakelse. Til slutt viste funnene at bearbeidelse av vanskelige følelser og å motta sosial støtte var viktig for foreldrenes opplevelse av håp, som er essensielt for opplevelsen av *meningsfullhet*. Med dette, kan de bli bedre rustet til å håndtere behandlingen.

Sykepleiere som jobber med ungdom med spiseforstyrrelser og deres familier, bør få tilstrekkelig opplæring om sykdommen og prinsippene i FBT, inkludert eksternalisering. De bør også få anledning til å få utviklet sin relasjonelle kompetanse og selvforståelse ettersom det viser seg å være viktig for etableringen av en terapeutisk relasjon. Med dette kan sykepleierne bidra til å gi familiene individuelt tilpassede behandlingsopplegg preget av empati og høy kompetanse, og for at den samlede personalgruppen skal kunne formidle kontinuitet på avdelingen.

Referanseliste

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Gyldendal akademisk.
- Dimitropoulos, G., Freeman, V. E., Lock, J. & Le Grange, D. (2017). Clinician perspective on parental empowerment in family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *Journal of family therapy*, 39(4), 537-562. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12086>
- Folkehelseinstituttet. (2022, 14.07.2022). *Kraftig økning i spiseforstyrrelser hos unge jenter under pandemien*. <https://www.fhi.no/nyheter/2022/kraftig-okning-i-spiseforstyrrelser-hos-unge-jenter-under-pandemien/>
- Folketrygdløven. (1997). *Lov om folketrygd* (LOV-1997-02-28-19). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (FOR-2000-12-01-1217). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Fossum, M. & Laukvik, L. B. (2022). Dokumentasjon av sykepleie - grunnlag, struktur, innhold og terminologi. I E. K. Grov, I. M. Holter, A. K. Bjørnnes & E. R. Gjevjon (Red.), *Sykepleieboken 1: sykepleiens fundament* (6. utg., Bd. 1, s. 175-199). Cappelen Damm akademisk.
- Ganci, M. (2021). *Familiebasert terapi: håndbok for foreldre med barn og ungdom som strever med anoreksi* (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Gonzalez, M. T. (2020a). Miljøterapi og tilretteleggelse av terapeutisk miljø. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utg., s. 361-375). Gyldendal.
- Gonzalez, M. T. (2020b). Relasjonsarbeid - sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utg., s. 57-83). Gyldendal.
- Gonzalez, M. T. (2020c). Samtalen som metode. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utg., s. 342-351). Gyldendal.
- Gonzalez, M. T. (2020d). Sykepleiefaglige perspektiver ved psykiske lidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utg., s. 44-56). Gyldendal.

- Goodier, G. H. G., McCormack, J., Egan, S. J., Watson, H. J., Hoiles, K. J., Todd, G. & Treasure, J. L. (2014). Parent skills training treatment for parents of children and adolescents with eating disorders: A qualitative study. *Int. J. Eat. Disord*, 47(4), 368-375. <https://doi.org/10.1002/eat.22224>
- Grønseth, R., Markestad, T., Steensæth, Y., Markestad, A. M. & De Gaust, D. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Hage, T. W. (2020). Døgnbehandling og miljøterapi ved spiseforstyrrelser i psykisk helsevern. I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W. Torsteinsson (Red.), *Spiseforstyrrelser: forståelse og behandling: en håndbok* (1. utg., s. 192-209). Fagbokforlaget.
- Helsebiblioteket. (u.å.). *CINAHL*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cinahl>
- Helsedirektoratet. (2019, 25. april 2017). *Familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser bør tilbys til barn og unge med spiseforstyrrelser*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 22.10.23 fra
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/psykoterapi-for-barn-og-unge-med-spiseforstyrrelser/familiebasert-behandling-spesifikt-for-spiseforstyrrelser-bor-tilbys-til-barn-og-unge-med-spiseforstyrrelser>
- Holm, L. A. W. (2020). Familie, pårørende og søsken som ressurs i behandlingen. Opplevelser og erfaringer. I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W. Torsteinsson (Red.), *Spiseforstyrrelser: forståelse og behandling: en håndbok* (1. utg., s. 34-39). Fagbokforlaget.
- Høiseth, J. R. (2020). Spør oss heller hvordan vi har det enn hvor mye vi veier. I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W. Torsteinsson (Red.), *Spiseforstyrrelser: forståelse og behandling: en håndbok* (1. utg., s. 29-33). Fagbokforlaget.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2021a). Grunnleggende sykepleie 3: pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling. I G. H. Grimsbø, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & N. J. Kristoffersen (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (4. utg., s. 257-314). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2021b). Helse og sykdom - utvikling og begreper. I G. H. Grimsbø, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & N. J. Kristoffersen (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: fag og profesjon* (4. utg., s. 79-135). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2021c). Stress og mestring. I G. H. Grimsbø, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & N. J. Kristoffersen (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., s. 154-199). Gyldendal.

- Kristoffersen, N. J. (2021d). Sykepleiefaets teoretiske utvikling - en historisk reise. I G. H. Grimsbø, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & N. J. Kristoffersen (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: fag og profesjon* (4. utg., s. 226-287). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2021). Lidelse, mening og håp. I G. H. Grimsbø, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & N. J. Kristoffersen (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., s. 45-104). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A., Grimsbø, G. H. & Steindal, S. A. (2021). Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste. I *Grunnleggende sykepleie 1: fag og profesjon* (4. utg., s. 15-28). Gyldendal.
- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 4(4), 288-296.
<https://doi.org/10.4220/sykepleief.2009.0143>
- Lindström, B., Eriksson, M. & Sjøbu, A. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Gyldendal akademisk.
- Lonergan, K., Whyte, A. & Ryan, C. (2022). Externalisation in family-based treatment of anorexia nervosa: The therapist's experience. *Journal of family therapy*, 44(3), 351-369. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1467-6427.12380>
- Mjøsund, N. H. (2020). Psykisk helse - et salutogent perspektiv. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utg., s. 29-34). Gyldendal.
- Nilsen, J.-V., Rø, Ø., Halvorsen, I., Oddli, H. W. & Hage, T. W. (2021). Family members' reflections upon a family-based inpatient treatment program for adolescent anorexia nervosa: a thematic analysis. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 7-7.
<https://doi.org/10.1186/s40337-020-00360-x>
- NSF. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.
<https://www.nsf.no/group/725/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- Oslo Universitetssykehus. (u.å). *Regional seksjon spiseforstyrrelser – døgntilnærming for barn/unge og deres familier*. H. Sør-Øst. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/4ac619/siteassets/arkiv/seksjon/rasp-brosjyre-barn-og-unge.pdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Plath, D., Williams, L. T. & Wood, C. (2016). Clinicians' views on parental involvement in the treatment of adolescent anorexia nervosa. *Eating Disorders: The Journal of*

- Treatment & Prevention*, 24(5), 393-411.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2016.1189796>
- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic journal of nursing research*, 41(4), 175-186. <https://doi.org/10.1177/2057158521991949>
- Rø, Ø. (2020a). Hva er spiseforstyrrelser? I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W. Torsteinsson (Red.), *Spiseforstyrrelser: forståelse og behandling: en håndbok* (1. utg., s. 43-53). Fagbokforlaget.
- Rø, Ø. (2020b). Utredning av spiseforstyrrelser. I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W. Torsteinsson (Red.), *Spiseforstyrrelser: forståelse og behandling: en håndbok* (1. utg., s. 54-64). Fagbokforlaget.
- Røssberg, J. I. (2018). Postatmosfæren. I J. V. Strømstad, A. B. E. Torbjørnsen & A.-M. K. Aasland (Red.), *Hvem er du?: miljøterapi i relasjoner* (2. utg., s. 36-49). Hertervig forl. akademisk.
- Skårderud, F. (2013). *Sterk, svak: håndboken om spiseforstyrrelser*. Aschehoug.
- Skårderud, F. (2020). Spiseforstyrrelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utg., s. 145-157). Gyldendal.
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi boken: mentalisering som holdning og handling*. Gyldendal akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2019). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 15-47). Gyldendal.
- Sælør, K. T. & Biong, S. (2017). «Å få lyset til å fortsette å brenne»: En fenomenologisk studie av håp hos pårørende i psykisk helsevern [“To keep the light burning”: a phenomenological study of hope in family members involved in mental health care]. *Scandinavian Psychologist*, 4(3). <https://doi.org/https://doi.org/10.15714/scandpsychol.4.e3>
- Søbjerg, I. L. (2019). Omsorg for foreldre til akutt og/eller kritisk syke barn på sykehus. I D.-G. Stubberud, I. L. Sjøberg & A. Eikeland (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 202-215). Gyldendal.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

- Torsteinsson, V. W., Halvorsen, I. M., Kvakland, A. L. & Skjønhaug, J. (2020). Familiebasert behandling av spiseforstyrrelser. I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W. Torsteinsson (Red.), *Spiseforstyrrelser: forståelse og behandling: en håndbok* (1. utg., s. 157-175). Fagbokforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2012). Barns helse og livskvalitet. I S. Tveiten, A. Wennick & H. F. Steen (Red.), *Sykepleie til barn: familiesentrert sykepleie* (s. 42-82). Gyldendal akademisk.
- Williams, L. T., Wood, C. & Plath, D. (2018). Parents' Experiences of Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa. *Australian Social Work*, 73(4), 408-419.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/0312407X.2019.1702707>



Vedlegg

Vedlegg 1

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
Dimitropoulos, G., Freeman, V. E., Lock, J. & Le Grange, D. (2017). Clinician perspective on parental empowerment in family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. <i>Journal of family therapy</i> , 39(4), 537-562. https://doi.org/10.1111/1467-6427.12086				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Resultatene er en del av en større kvalitativ studie. Hensikten med studien var å undersøke erfaringer med FBT i pediatriske enheter og hva som kunne fremme og hemme forelderempowerment. Kvalitativt design er hensiktsmessig når en skal undersøke en populasjons erfaringer, og derfor er designet hensiktsmessig. Fokusgruppeintervjuer med semistrukturert intervjuguide ble anvendt i datainnsamlingen for å få frem et mangfold av refleksjoner om temaet.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Utvalget kom fra en offentlig AN-behandling som brukte FBT i sin primære behandlingstilnærming. Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble anvendt for å finne et utvalg som var representative for å besvare forskningsspørsmålet.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Informasjon om AN, FBT-behandlingen, samt bakgrunn og behovet for at studien gjennomføres gjøres rede for innledningsvis.	X		
Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. <i>Evidence & Policy</i> , 4(3), 155-182.				



6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Beskrivelse av valg analysemetode og hvorfor gjøres rede for i metoddelen. Svarene fra fokusgruppeintervjuene ble transkribert ordrett og anonymisert. Tematisk analyse ble gjennomført for å kategorisere svarene inn i noen overordnede temaer. To av forfatterne leste gjennom resultatene for å sikre felles forståelse underveis.	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Tre sentrale hovedfunn med tilhørende undertema presenteres og kommer tydelig frem gjennom overskrifter og underoverskrifter, samt presenteres i tabeller.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene kan anvendes for å øke forståelsen overfor hvilke faktorer som gjør FBT vellykket i praksis og hva som bidrar til at foreldrene kan mestre deres rolle i behandlingen. Med denne kunnskapen kan man sørge for bedre opplæring og veiledning til helsepersonell som tilbyr FBT slik at behandlingen blir mer effektiv og tilpasset.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen baseres på forskernes analyse og tolkning av deltakernes erfaringer og refleksjoner. Etiske forhåndsregler i forbindelse med datainnsamlingen og analyseprosessen og bruk av inklusjons- og eksklusjonskriterier bidrar til å styrke studiens holdbarhet. Likevel kommer funnene fra et lite utvalg og gir uttrykk for utvalgets subjektive erfaringer. Derfor bør en være forsiktig med å trekke bastante beslutninger, men se funnene i sammenheng med annen aktuell forskning på området.	X		
	Totalt antall poeng: ****	9/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.



Vedlegg 2

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
Goodier, G. H. G., McCormack, J., Egan, S. J., Watson, H. J., Hoiles, K. J., Todd, G. & Treasure, J. L. (2014). Parent skills training treatment for parents of children and adolescents with eating disorders: A qualitative study. <i>Int. J. Eat. Disord</i> , 47(4), 368-375. https://doi.org/10.1002/eat.22224				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Studien har et kvalitativt design. Det er hensiktsmessig når en skal undersøke erfaringer knyttet til et fenomen/intervensjon. Deltakerne ble intervjuet i etterkant av intervensjonen om deres erfaringer fra kurset. Datainnsamlingen ble gjennomført ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide som muliggjør at deltakerne kan komme med egne refleksjoner. Metoden anses derfor hensiktsmessig.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Foreldrene var utvalgt på bakgrunn av oppsatte inklusjons- og eksklusjonskriterier for å sikre at de var egnet til intervensjonen. Foreldrene deltok på kurset og ga sin tilbakemelding i etterkant. De anses dermed for å være representative for å besvare problemstillingen.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Det gis informasjon om AN, behandlingen og foreldrenes rolle der og bakgrunn for hvorfor intervensjonen ble gjennomført innledningsvis.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Analysemetoden gjøres rede for under oppgavens metodedel. Under datainnsamlingen ble svarene tatt opp og senere transkribert ordrett.	X		



	Induktiv tematisk analyse ble så gjennomført for hånd for å identifisere sentrale temaer.			
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Det identifiseres tre hovedtemaer med undertemaer som presenteres på en oversiktlig måte i tabell og som nummererte overskrifter i løpende tekst.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene støtter tidligere forskning som understreker viktigheten av at foreldrene får støtte, informasjon og ferdighetstrening i forbindelse med å ha omsorgsansvaret overfor sitt barn med en spiseforstyrrelse. Resultatene kan anvendes til å videreutvikle og optimalisere ferdighetsbasert trening til foreldrene, samt utvide kunnskapen og forståelsen overfor tematikken.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: For å sikre objektiviteten og at svarene ikke ble partiske, ble det gjennomført en analyse av to uavhengige forskere, og resultatene herfra ble integrert. Dette, sammen med etiske forholdsregler som ble tatt i forbindelse med datainnsamling og i analyseprosessen styrker studiens troverdighet. Konklusjonene baseres på en sammenfatning av foreldrenes erfaringer etter deltakelse, og forfatterne konkluderer med at studien kan bidra til å utvide forståelsen på området. Funnene gir likevel uttrykk for et enkelt utvalgs erfaringer og bør dermed sees på med forsiktighet og i sammenheng med annen forskning på området.	X		
	Totalt antall poeng: ****	9/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernespmåål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Vedlegg 3

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
Lonergan, K., Whyte, A. & Ryan, C. (2022). Externalisation in family-based treatment of anorexia nervosa: The therapist's experience. <i>Journal of family therapy</i> , 44(3), 351-369. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1467-6427.12380				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Studien har et kvalitativt design. Studiens hensikt er å undersøke terapeuters erfaringer knyttet til eksternalisering. Semistrukturert intervjuguide ble anvendt som muliggjør at deltakerne kunne dele sine erfaringer og refleksjoner. Kvalitativt design er hensiktsmessig når en skal undersøke et utvalgs erfaringer, og design og metode anses for å være velegnet.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Utvalget var helsepersonell fra ulike profesjoner med erfaring fra FBT, og i den forbindelse eksternalisering som verktøy. De ble utvalgt på bakgrunn av oppsatte inklusjons- og eksklusjonskriterier for å sikre utvalgets representativitet.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Det gis en introduksjon av AN, FBT og viktigheten av å involvere foreldrene, samt eksternalisering som verktøy innledningsvis.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Analysemetoden beskrives i artikkelens metodedel. Dataene fra intervjuene ble transkribert og analysert ved tematisk analyse etter klare retningslinjer. Det bidro til å identifisere noen overordnede temaer basert på svarene.	X		



7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Hovedfunnene ble presentert som tre nøkkeltema med tilhørende undertema. Disse ble presentert oversiktlig i en tabell og ble uthevet i den løpende teksten. Det gjorde det oversiktlig å identifisere funnene.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Økt forståelse overfor bruken av eksternalisering og erfaringer knyttet til dette, kan bidra til å forbedre opplæringen av helsepersonell i verktøyet slik at effekten av bruken i praksis blir bedre.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen er en sammenfatning av funnene fra deltakerne. Konklusjonen er at eksternalisering anerkjennes av klinikerne, og at helsepersonellet brukte ulike tilnærminger for å lykkes med det. Konklusjonen baseres på et enkelt utvalgs subjektive erfaringer og bør ses i sammenheng med annen aktuell forskning. Etske forhåndsregler som ble tatt i datainnsamlingen og analyseprosessen bidrar til å styrke funnenes holdbarhet.	X		
	Totalt antall poeng: ****	9/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernespmåål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Vedlegg 4

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
Nilsen, J.-V., Rø, Ø., Halvorsen, I., Oddli, H. W. & Hage, T. W. (2021). Family members' reflections upon a family-based inpatient treatment program for adolescent anorexia nervosa: a thematic analysis. <i>Journal of Eating Disorders</i> , 9(1), 7-7. https://doi.org/10.1186/s40337-020-00360-x				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Studien har et kvalitativt design. Hensikten med studien var å undersøke familiemedlemmers erfaringer knyttet til et døgnbehandlingsopphold for FBT. Deltakerne ble intervjuet før, under og etter innleggelsen ved hjelp av tilpassede spørreskjemaer. Det muliggjorde å få et multiperspektiv fra deltakerne og å kunne se effekten behandlingen hadde på familiemedlemmene. Kvalitativt design er hensiktsmessig når en skal undersøke et utvalgs erfaringer, og metoden anses egnet.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Utvalget besto av tidligere pasienter, deres foreldre og søsken som hadde fått behandling ved den aktuelle behandlingsinstitusjonen som gjennomførte studien. De er altså representative med hensyn til studiens formål.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Behandlingsmodellen familiene fikk og kontekst ble grundig beskrevet i artikkelens innledning.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Analysemetoden beskrives under artikkelens metodedel. Dataene gjennomgikk tematisk analyse som kategoriserte dataene inn i noen overordnede tema med tilhørende undertema.	X		

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.



7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Funnene er kategorisert i fem hovedtemaer med tilhørende undertema som kommer tydelig frem i teksten gjennom nummererte overskrifter og underoverskrifter.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Forskerne understreker at perspektivene som kommer frem representerer den individuelle deltakers subjektive meninger og perspektiver, og stammer fra et lite utvalg. De kan dermed ikke brukes for å gi noen generelle føringer eller svar. De kan likevel gi informasjon om hvordan deltakerne opplevde behandlingstilbudet som kan anvendes til å optimalisere behandlingen. Studien understøtter viktigheten av å styrke intensivert FBT og viktigheten av å sørge for gode overganger mellom ulike instanser.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Forskerne skriver at hensikten ikke er å gi noen tydelige svar, men kan brukes til å optimalisere behandlingstilbudet. Funnene gir uttrykk for et lite utvalgs erfaringer og bør sees i sammenheng med annen aktuell forskning. Funnene fremstår holdbare på bakgrunn av gitte beskrivelser av datainnsamling og analyseprosessen, samt etiske overveielser.	X		
	Totalt antall poeng: ****	9/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernespmåål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Vedlegg 5

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Studien har et kvalitativt design. Deltakerne skulle først selv svare på et skriftlig spørreskjema. Basert på svarene, ble det gjennomført dybdeintervjuer med semistrukturert design for å få detaljert informasjon om de kliniske erfaringene fra helsepersonellet. Kvalitativt design er egnet når forskere skal undersøke et utvalgs erfaringer og holdninger knyttet til en problemstilling. Design og metode anses dermed hensiktsmessig.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltakerne ble valgt ut fordi de jobbet i spesialisthelsetjenesten og ga helsehjelp til barn og unge med forskjellige helseutfordringer, deriblant AN der familiebaserte tilnærminger ble anvendt. Utvalget besto av flere ulike helseprofesjoner ved den aktuelle helseinstitusjonen og kunne dermed komme med et tverrfaglig innspill. Mer enn halvparten hadde mer enn 3 års klinisk erfaring med FBT og anses dermed representative for å kunne uttrykke sine perspektiver og erfaringer.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Det gis en redegjørelse for FBT og bakgrunnen for denne behandlingsformen innledningsvis. I tillegg beskrives hvor utvalget var hentet fra og deres kliniske erfaringer med behandling av AN.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet?	X		

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.



	Kommentar: Analysemetoden beskrives under artikkelens metodedel som et eget underkapittel. Dataene ble tematisk analysert ved hjelp av analysemetoden IPA.			
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: De sentrale hovedfunnene presenteres tydelig både i tabell og løpende tekst med overskrifter og underoverskrifter. I tabellen presenteres hovedfunn, undertema og nøkkelsitater fra datainnsamlingen.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Studien er en del av en større studie som undersøker foreldre og klinikers erfaringer med AN-behandling. Funnene fra studiene sammen gir nyttig informasjon både fra bruker- og behandlerperspektivet som kan anvendes for å utvide forståelsen overfor hvilke faktorer som bidrar til å gjøre behandlingstilbudet vellykket.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Deltakerne fikk anledning til å motta en kopi av transkriberingen for korrektur og anledning til å legge til tilleggsopplysninger. Det bidrar til å styrke svarenes holdbarhet. Konklusjonen baseres på deltakernes svar på spørreundersøkelsen og dybdeintervjuene. Utvalget er lite og funnene gir uttrykk for dette utvalgets erfaringer. De bør dermed sees i sammenheng med annen forskning.	X		
	Totalt antall poeng: ****	9/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernespmåål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Vedlegg 6

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Studien har et kvalitativt design som foretrekkes når en skal undersøke erfaringer hos et utvalg. Fordi hensikten med studien er perspektiver og erfaringer fra foreldre som mottar familieterapi, kan designet være hensiktsmessig. For å innhente data ble det gjennomført semistrukturerte intervjuer som muliggjør at foreldrene får delt sine erfaringer og refleksjoner.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Utvalget besto av foreldre som nylig hadde mottatt FBT eller en annen systematisk behandlingsmodell for AN med sin ungdom. De var valgt ut på bakgrunn av oppsatte kriterier for å sikre at de var representative for å kunne besvare forskningsspørsmålet. Foreldre som hadde mottatt behandling av forskeren selv, ble ekskludert for å sikre forskerens habilitet.	X		
4.	Er etiske hensyn ivarettatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Kjennetegn på AN, informasjon om utvalget og de ulike behandlingene, samt foreldrenes rolle blir beskrevet innledningsvis.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Analysemetoden beskrives under artikkelens metodedel. Dataene ble anonymisert og tematisk analysert ved hjelp av analysemetoden IPA. Forskerne forsøkte å tolke	X		



	dataene slik at essensen til hver enkelt deltaker kom frem for å få frem nyanserte funn, i motsetning til standardiserte svar ut fra flere data.			
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Det ble identifisert fire hovedtemaer derav tre hadde undertemaer. De kommer tydelig frem gjennom nummererte overskrifter og underoverskrifter.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Forfatterne understreker at utvalget er lite og kun kommer fra én behandlingsinstitusjon. Svarene må derfor anvendes med forsiktighet. De kan likevel gi en indikasjon på foreldrenes erfaringer og kan brukes i kvalitets- og forbedringsarbeid for å optimalisere behandlingen videre.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: To veiledende forskere i tillegg til hovedforskerne som hadde ansvar for analysen, fungerte som referansegruppe og var kritiske i prosessen. Det styrker funnenes troverdighet. Konklusjonen baseres på et lite utvalgs erfaringer fra behandlingen og bør anvendes i sammenheng med annen forskning.	X		
	Totalt antall poeng: ****	9/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernesporsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.