

BSOBAC Bacheloroppgave med forskningsmetode

Hva må til for at brukere med spiseforstyrrelser oppnår recovery? - en
litteraturgjennomgang



Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Institutt for sosialfag

Antall ord i besvarelsen: 12 146

(NB! Ord på forsiden teller ikke med)

Bachelor i sosialt arbeid

UIS mai 2021

Kandidatnummer: 3010

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| 1. Innledning | 4 |
| 1.1. Bakgrunn for valg av tema | 4 |
| 1.2. Formål og presentasjon av problemstilling | 4 |
| 1.3. Sosialfaglig relevans | 7 |
| 2. Teoretisk referanseramme | 9 |
| 2.1. Begrepsavklaringer | 9 |
| 2.1.1. Spiseforstyrrelse | 9 |
| 2.1.2. Mestring | 9 |
| 2.1.3. Motivasjon..... | 10 |
| 2.1.4. Bruker | 10 |
| 2.1.5. Triggere/stressorer | 10 |
| 2.2. Recovery som tilnærming..... | 10 |
| 2.3. Empowerment..... | 11 |
| 2.3.1. En individorientert tilnærming til begrepet..... | 12 |
| 2.3.2. Et relasjonelt begrep | 12 |
| 2.3.3. Selvhjelpsgrupper | 13 |
| 2.4. Aron Antonosvky – teorien om salutogenese..... | 13 |
| 2.4.1. Opplevelsen av sammenheng og motstandsressurser | 14 |
| 2.4.2. Sosial støtte som en generell motstandsressurs | 15 |
| 3. Metode..... | 16 |
| 3.1. Valg av metode | 16 |
| 3.2. Søkestrategi og søkeord..... | 17 |
| 3.3. Kildekritikk..... | 18 |
| 3.4. Sammendrag av artiklene | 19 |
| 4. Presentasjon av funn | 21 |

| | |
|--|-----------|
| 4.1. Støtte..... | 21 |
| 4.2. Inkludering av familie | 22 |
| 4.3. Helhetsperspektivet | 22 |
| 4.4. Terapeutens rolle og holdninger | 23 |
| 4.5. Tilgjengelig oppfølging..... | 24 |
| 4.6. Aksept av eget problem..... | 24 |
| 5. Diskusjon..... | 26 |
| 5.1. Helsepersonell må bistå med støtte og tilgjengelig oppfølging..... | 26 |
| 5.1.1. Mangel på tid og ressurser?..... | 28 |
| 5.2. Se mer enn bare diagnosen | 28 |
| 5.2.1. Hvorfor er diagnostisering viktig?..... | 30 |
| 5.3. Vil helsetjenesten sitt bidrag ha betydning dersom brukeren selv ikke aksepterer sitt eget problem? | 30 |
| 6. Avslutning | 33 |
| 6.1. En oppsummering | 33 |
| 6.2. Hvorfor er denne forskningen nyttig? | 33 |
| Litteraturliste..... | 35 |

1. Innledning

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Spiseforstyrrelser er et alvorlig sosialt problem i Norge. Omtrent 50 000 norske kvinner i alderen 15-44 år har en spiseforstyrrelse. Overspisingslidelse er den mest utbredte spiseforstyrrelsen med 3%. 2% viser å lide av bulimi. Anoreksi har en forekomst på 0,3% (Folkehelseinstituttet, 2009). Menn har noe lavere forekomst, men det er grunn til å anta at det foreligger store mørketall ved begge kjønn. En undersøkelse fra 2002 ga tilsvarende data (Rø, 2020, s. 50-51). Forskningen viser at forekomsten blant spiseforstyrrelser har vært relativt stabil de siste årene.

Forekomsten blant mennesker med spiseforstyrrelser er imidlertid diskutert (Rø, 2020, s. 51). Det gjelder i forhold til om forekomsten er økende, eller om det er et større fokus på spiseforstyrrelser blant befolkningen i dag. I nyere tid ser vi en økende interesse for temaet i media. Nylig ble det publisert en artikkel av TV2, hvor det ble rapportert om en kraftig økning av spiseforstyrrelser de siste årene (Ogre, 2021a). Innlagte med mistanke om spiseforstyrrelser gikk fra 99 i 2019 til 185 i 2020. Uten å gå utdypende i artikkelen, blir det rapportert at koronapandemien kan ha innvirkning på spiseforstyrrelser, særlig blant barn og unge. 26.04.2021 ble det også publisert en artikkel som la vekt på en økt bekymring i forhold til yngre, sykere brukere og færre ressurser til å håndtere antallet (Ogre, 2021b). Det er grunn til å tro at det gir økt risiko for et lengre sykdomsforløp. Dette gjør temaet interessant og dagsaktuelt.

Rø (2020) viser til undersøkelser som opplyser at 50% blir friske, om lag 30% blir bedre, men nødvendigvis ikke friske. Hele 20% viser å utvikle et langvarig sykdomsforløp (s. 51).

Behandling og oppfølging av mennesker med spiseforstyrrelser handler imidlertid nødvendigvis ikke om å bli helt frisk, men å leve et meningsfylt liv (Rø, 2020, s. 319).

Likevel undrer jeg over det antallet som ikke oppnår bedring. På bakgrunn av økt interesse i media og antallet som ikke oppnår bedring, er det ønskelig å undersøke hvordan recovery- eller tilfriskningsprosessen blant brukere med spisevansker blir best mulig.

1.2. Formål og presentasjon av problemstilling

Formålet med oppgaven er å få innsikt i forskning som belyser hvilke faktorer som er viktig for at brukere med spiseforstyrrelser skal oppnå bedring. Litteraturstudien skal gi helsepersonell kunnskap som de kan ta med seg i møte med brukere som har

spiseproblematikk. Med utgangspunkt i recovery tilnærmingen har brukerne et avgjørende ansvar for å ta tak i eget problem (Slade, 2017, s. 10). Det er likevel viktig at ansatte i helsetjenesten, herunder sosialarbeidere bistår brukerne til å være aktive. Ut fra en sosialfaglig tilnærming til empowerment skal sosialarbeidere legge til rette for endring (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 104-105). Slik det blir forstått vil både brukernes egen innsats og helsepersonell sin kompetanse ha betydning for prosessen. Dermed er det viktig å belyse hva helsepersonell bidrar med, og hva brukerne selv har ansvar for i recoveryprosessen.

Teori om spiseforstyrrelser legger vekt på at helsepersonell skal ha god nok kompetanse til å stille direkte spørsmål knyttet til spiseforstyrrelsen sin funksjon. De skal videreformidle den kunnskapen de har om spiseforstyrrelser, slik at vedkommende blir oppmerksom (Høiseth, 2020, s. 31). Det blir også nevnt at det er viktig å balansere ansvaret mellom bruker og helsepersonell. Det har med utgangspunkt i at flere brukere med spiseforstyrrelser opplever et sterkt kontrollbehov knyttet til mat og vekt. Det kan være nødvendig å gi slipp på denne kontrollen i perioder for å bli bedre. Samtidig legges det vekt på at det er viktig at brukeren medvirker aktivt i sin egen prosess (Høiseth, 2020, s. 32). I denne oppgaven er det derfor interessant å legge vekt på hva helsetjenesten kan bidra med og hva brukerne selv mener de kan gjøre i tilfriskningsprosessen. Med økt bekymring for forekomsten blant spiseforstyrrelser med et langvarig sykdomsforløp, er problemstillingen særlig relevant. Ved å innrette ny og bredere kunnskap ut fra et brukerperspektiv, kan ansatte i helsetjenesten ta med seg kunnskapen i møte med mennesker med spiseforstyrrelser. Det kan være gunstig for å redusere et langvarig sykdomsforløp.

Av den grunn blir problemstillingen for denne oppgaven:

«Hvilke faktorer blir ansett som viktig for å oppnå recovery? – sett i lys av brukere med spiseforstyrrelser»

Problemstillingen blir presisert ved å besvare følgende forskningsspørsmål:

1. Hva kan helsetjenesten bidra med for at brukere med spiseforstyrrelser oppnår recovery?
2. Hva kan brukerne selv bidra med i tilfriskningsprosessen?

For å besvare de to forskningsspørsmålene, ble det satt opp seks kategorier som helsetjenesten eller brukerne kan bidra med i tilfriskningsprosessen: støtte, inkludering av familien, helhetsperspektivet, terapeutens rolle og holdninger, tilgjengelig oppfølging og aksept av eget problem. Ut fra kategoriene ble søkeordene systematisert. De er av den grunn avgjørende for hvilke empiriske studier som er inkludert i litteraturstudien. Søkeord og søkestrategi blir videre gjort rede for i metodekapittelet. Kategoriene tar utgangspunkt i relevante faguttrykk fra sosialt arbeid, som antas å være viktig for å redusere sosiale problemer generelt. Det er grunn til å tro at elementene kan overføres til behandling og oppfølging av spiseforstyrrelser. Flere elementer fra sosialt arbeid vil også ha betydning for behandling og oppfølging av mennesker med spiseforstyrrelser, men i litteraturstudien blir det avgrenset til seks kategorier. Kategoriene er kjernen i studien, og derfor vil det bli gitt en kort beskrivelse av hvorfor de ble valgt i følgende avsnitt.

Støtte

Støtte ble først valgt som en sentral faktor, fordi flere studier og teorier belyser støtte som en ressurs for psykisk helse. Det er derfor ønskelig å undersøke hva støtten innebærer, og om støtte har betydning for mennesker med spiseforstyrrelser.

Inkludering av familie

I sammenheng med støtte, er inkludering av familien sentralt. Torsteinsson et al. (2020) framhever at familieinkludering brukes for å støtte brukere og familien generelt i prosessen. I tillegg blir familiebasert behandling ofte anbefalt ved behandling av spiseforstyrrelser (s. 158-159). Det er ønskelig å undersøke hvor viktig det er at helsepersonell inkluderer familien i behandlingen.

Helhetsperspektivet

Ved individrettet arbeid mot mennesker med sosiale problemer er det nødvendig å se problemet ut fra flere perspektiver (Ellingsen & Levin, 2015, s. 53). Dermed var det sentralt å undersøke viktigheten av at helsepersonell har et helhetsperspektiv i arbeid med spiseforstyrrelser.

Terapeutens rolle og holdninger

Samarbeidet mellom bruker og den profesjonelle har betydning for recoveryprosessen (Torsteinsson et al., 2020, s. 102). Av den grunn er det interessant å undersøke hvilke holdninger hos helsepersonell som er nødvendig. Institutt for spiseforstyrrelser har utviklet en modell hvor det blir nevnt flere elementer som er viktig for behandling av spiseforstyrrelser (Institutt for spiseforstyrrelser, u.å.b). Elementene tar utgangspunkt i instituttet sine erfaringer. Den terapeutiske alliansen, det å formidle kunnskap og vise respekt er noen av elementene. Ved hjelp av datainnsamling, er det ønskelig å undersøke om terapeutens rolle og holdninger har betydning for prosessen.

Tilgjengelig oppfølging

Rø (2020) viser at flere mennesker med spiseforstyrrelser har tilbakefall, til tross for at de har mottatt behandling. Det hevdes at oppfølgingstiden kan ha betydning for resultatet (s. 51). Tilgjengelig oppfølging ble valgt som en kategori for å undersøke brukere sine opplevelser i forhold til oppfølging, og hvilken betydning det har for å oppnå bedring.

Aksept av eget problem

Til slutt ble aksept av eget problem kategorisert. Felles for brukere med spiseforstyrrelser er at det er vanskelig å skille mellom sykdommen og en normal tilværelse (Høiseth, 2020, s. 32). Det er derfor ønskelig å undersøke hvilken betydning det har, og hvordan brukerne kan akseptere problemet. I kapittel 4 vil kategoriene bli presentert med utgangspunkt i funn fra fire forskningsartikler. I kapittel 5 blir kategorier og funn diskutert i henhold til teori.

1.3. Sosialfaglig relevans

Spiseforstyrrelser er et viktig tema i sosialt arbeid, da det anses som et sosialt problem. Det blir betegnet som et sosialt problem, fordi det rammer en større andel av befolkningen. Samtidig kan det knyttes til en samfunnsmessig kontekst (Ellingsen & Levin, 2015, s. 47-50). Sett i lys av sosialt arbeid er ikke spiseforstyrrelser nødvendigvis et individuelt problem. For det første kan det være samfunnsmessige årsaker til sykdommen, slik vi ser at pandemien kan ha innvirkning. For det andre kan sykdommen føre til negative konsekvenser for samfunnet for øvrig (Berg et al., 2015, s. 25). Det er derfor nødvendig å se på interaksjonen mellom individ og samfunn, noe som er særlig relevant i kompetansegrunnet til sosialt arbeid. Til

tross for at spiseforstyrrelser i stor grad assosieres med mat og vekt, påvirker spiseforstyrrelsen også andre faktorer. Det kan gi økt risiko for somatiske plager, psykiske plager og påvirke det sosiale samværet med andre (Folkehelseinstituttet, 2009).

Folkehelseinstituttet (FHI) skriver at det er høy forekomst av andre psykiske helseplager hos mennesker med spiseforstyrrelser. Deriblant er rusmisbruk, angst og depresjon ofte sett i sammenheng med spiseforstyrrelser.

Sosialarbeidere innehar kunnskap og kompetanse som kan bidra til å forbedre tilværelsen for mennesker med spiseforstyrrelser og aktivere brukeren til endring. Et viktig mål i sosialt arbeid er å bistå brukere til å ta kontroll for å komme seg ut av en vanskelig livssituasjon. I sosialt arbeid kalles dette for «hjelp til selvhjelp» eller «myndiggjøring». Den profesjonelle skal formidle tro, håp og styrke hos vedkommende, slik at den enkelte bruker opplever mestring og kontroll til å foreta endringer (Berg et al., 2015, s.24). I tillegg har sosialarbeidere kompetanse til å forstå komplekse sammenhenger og arbeide i interaksjoner mellom individ og samfunn (Berg et al., 2015, s. 25). På den måten har sosialarbeidere kompetanse til å arbeide i relasjon med den enkelte bruker i en bestemt kontekst, men også arbeide med brukeren i relasjon til andre, som for eksempel i relasjon til familie, venner og i lokalsamfunnet.

2. Teoretisk referanseramme

I dette kapittelet vil det bli definert og presentert relevante begreper og teorier innenfor sosialt arbeid sitt fagfelt som kan belyse problemstillingen. Etter en redegjørelse av sentrale begreper, vil recovery tenkningen bli gjort rede for. Recovery er en personlig prosess mot en endring (Slade, 2017, s. 12). Deretter vil empowerment begrepet bli omtalt. Målet i empowerment er å etablere kontroll gjennom dialog (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 104). Tanken ved å benytte empowerment er å forklare hvordan mennesker kan ta tak i eget problem. Videre vil teorien om salutogonese bli gjort rede for. Teorien forsøker å finne ut hva som bidrar til god helse (Lindström & Eriksson, 2015, s. 14). Salutogonese teori er nyttig for forståelsen av sykdom og hvilke faktorer som fremmer god helse. Her blir særlig sosial støtte belyst.

2.1. Begrepsavklaringer

2.1.1. Spiseforstyrrelse

En spiseforstyrrelse blir definert som en psykisk lidelse, med psykiske og fysiske symptomuttrykk (Høiseth, 2020, s. 31). Symptomene er gjerne knyttet til tanker, følelser og atferd rundt mat og kropp (Rø, 2020, s. 45). Det skilles gjerne mellom anoreksi, bulimi og overspisingslidelse. Vanlige symptomer på anoreksi er lav vekt og frykt for vektøkning. Symptomer på bulimi er overspising og oppkast. Ut fra det norske diagnosesystemet (ICD-10) (Helsedirektoratet, 2017), blir en spiseforstyrrelse sett på som en diagnose ut fra visse kriterier. Verdens helseorganisasjon (WHO) tar i bruk et KMI-mål for å måle normalvekt (Folkehelseinstituttet, 2004). Normalvekten er antatt å være mellom 18,5 og 25 (Rø, 2020, s. 48). Sett i lys av et diagnosesystem, vil du ha en spiseforstyrrelse dersom du fyller krav etter ICD-10. I realiteten vil det derimot være komplikasjoner rundt en slik enkel definisjon av problemet. Når forholdet til mat og kropp hindrer et meningsfylt liv, kan vi kalle det en spiseforstyrrelse (Rådet for psykisk helse, 2015).

2.1.2. Mestring

Mestring handler om en følelse av kontroll og en opplevelse av å kunne håndtere stress på en god måte (Samdal et al., 2017, s. 7). På den måten er mestring et positivt ladet begrep, som handler om å kunne være i stand til å møte utfordringer på en positiv og meningsfull måte.

2.1.3. Motivasjon

Motivasjon kan defineres som en drivkraft mot en retning. Helgesen (2017) beskriver motivasjon som en «indre motor» (s. 79). Vi skiller gjerne mellom indre- og ytre motivasjon. Indre motivasjon handler om en atferd som kommer innenfra, som for eksempel en genuin glede. Ytre motivasjon handler om at atferden blir styrt utenfra, som for eksempel lønn som en ytre belønning (Helgesen, 2017, s. 92).

2.1.4. Bruker

Bruker blir definert som «en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven» (Pasient- og brukerrettighetslov, 1999, §1-3). I litteraturstudien vil pårørende og mennesker med spiseforstyrrelser bli ansett som brukere av helsetjenesten.

2.1.5. Triggere/stressorer

Triggere er sanseinntrykk som utløser reaksjoner hos vedkommende og er ofte assosiert med noe negativt (Bufdir, 2019). Det kan for eksempel være enkelte personer eller situasjoner som utløser negative stressreaksjoner.

2.2. Recovery som tilnærming

Recovery som tilnærming skiller seg ut fra en tradisjonell tilnærming til psykisk helse. En tradisjonell tilnærming tar utgangspunkt i behandling, hvor det foreligger et profesjonelt ansvar for å redusere symptomer og sykdom på bakgrunn av diagnosekriterier (Slade, 2017, s. 16). I recovery tenkningen er det personen selv som har ansvar for å få til en endring. Den profesjonelle fungerer som en støtte, hvor deres kunnskap og kompetanse kan fremme et personlig mål. Prosessen er individuell, og derfor blir det fokusert på den enkeltes ressurser, ønsker og mål for å oppnå bedring. Gjennom individuelle styrker og ressurser hos den enkelte, skal brukeren kunne imøtekomme triggere på en positiv måte, slik at det ikke hindrer en meningsfull tilværelse.

Recovery tilnærmingen er ikke en enkel retning, og det er derfor ingen bestemt måte å arbeide med recovery på. Det må ses i sammenheng med den bestemte konteksten (Karlsson & Borg, 2017, s. 23). Slade (2017) hevder at helsepersonell bør være oppmerksom på at den beste måten å støtte recoveryprosessen, vil variere ut fra hvilken bruker du er i interaksjon med. Videre skiller han mellom klinisk og personlig recovery. Klinisk recovery blir beskrevet som

en prosess for å fjerne symptomer og returnere til det «normale» (s. 12). «Normal» er et begrep som gjerne kan bli misvisende. Sagt på en annen måte kan klinisk recovery handle om å bli helt frisk. Personlig recovery derimot, handler om en prosess hvor endringen skal gi vedkommende en meningsfull tilværelse. Det vil si et liv der den psykiske helsen i dette tilfellet, ikke er til hinder for å kunne leve et godt liv. Personlig recovery blir definert av William A. Anthony som:

... en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/ eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg. (Slade, 2017, s. 12)

Det innebærer et perspektiv som ser på ressurser og styrker for å fremme god helse, hvor den enkelte brukers personlige mål er i sentrum (Slade, 2017, s. 14). Det er av en slik tilnærming vi skal forholde oss til, når vi ser på faktorer som er viktig i recoveryprosessen ut fra et brukerperspektiv.

2.3. Empowerment

Empowerment er ikke en enkelt teori, men et vidt begrep som står sentralt i sosialt arbeid som fagfelt. Begrepet har ulike tilnærminger, herunder samfunnsorienterte og individorienterte. Innenfor det sosialfaglige feltet har empowerment opphav i rettighetsbevegelser rettet kritisk mot samfunnet for øvrig, med utgangspunkt i å forsterke undertrykte gruppers posisjon i samfunnet (Askheim, 2012, s. 11). Det kan for eksempel være fattigdom, kvinner sine rettigheter og lignende sosiale problemer på et samfunnsnivå. I denne oppgaven blir det i all hovedsak lagt vekt på en individuell tilnærming til begrepet, som fokuserer på hvordan individet styrkes uten å sette det i en samfunnsmessig kontekst (Askheim, 2012, s. 16).

Innenfor sosialt arbeid handler empowerment, også kalt myndiggjøring i stor grad om å mobilisere makt og fremme brukers ressurser for å ta kontroll over sitt eget liv (Payne, 2014, s. 302). Det betyr at sosialarbeideren gjennom interaksjon med bruker, skal arbeide for at brukeren kommer ut av en avmaktssituasjon. En bruker med spiseforstyrrelse vil ofte sitte i en posisjon hvor avmaktsfølelsen er sterk (Askheim, 2012, s. 75-82). Flere hevder å sitte i en situasjon hvor de ikke klarer å skille mellom egen identitet og spiseforstyrrelsen (Høiseth, 2020, s. 32), og på den måten kan vi anta at det er vanskelig å ta kontroll over sykdommen.

Det er også dette som er målet når det gjelder empowerment og recovery, når det knyttes opp mot behandling av spiseforstyrrelser.

I utgangspunktet har empowerment begrepet en positiv ladning, der mennesket blir ansett som et aktivt handlende individ som skal kontrollere egne aspekter i sitt eget liv (Askheim, 2012, s. 17). Dette har bakgrunn i et samfunn der individualismen står sterkt. Tanken er at individet har en grunnleggende frihet til å påvirke aspekter i livet som omhandler dem selv (Askheim, 2012, s. 12). Den individuelle friheten til å kunne ta kontroll over eget liv kommer fram i FOs yrkesetiske grunnlagsdokument (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 4). Her kommer det fram at den profesjonelle skal ha respekt for den enkeltes integritet og anerkjenne ønsket om kontroll. Vågan & Olsson (2018) henviser til WHO som definerer empowerment følgende: «en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse» (Vågan & Olsson, 2018, s. 1).

2.3.1. En individorientert tilnærming til begrepet

Individorientert tilnærming til empowerment kan deles inn i markedsbasert konsumentorientering, empowerment som individuell selvrealisering og terapeutisk relasjon (Askheim, 2012, s. 36). Uten å gå nærmere inn på alle retningene, er felleskjennetegnet at det i stor grad handler om å styrke den enkelte og fokusere på ressurser ved brukeren, slik at en personlig endring er mulig (Askheim, 2012, s. 35-37). I dette tilfellet handler det om å finne ressurser som gjør brukeren i stand til å ta avstand til spiseforstyrrelsen. Tanken er at ethvert individ er uavhengig og best til å ivareta sine egne interesser på egenhånd. (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1) om brukermedvirkning styrker dette. Lovbestemmelsen slår fast retten til å være med i bestemmelser som omhandler eget liv, i den grad det er mulig. Retten om brukermedvirkning har en sterk posisjon i sosialt arbeid, hvor målet er at brukeren i større grad skal få innflytelse over tjenestetilbudet (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 106-107). For at brukermedvirkning skal bli praktisert, må tjenesteapparatet ha et brukerperspektiv og forsøke å forstå brukeren.

2.3.2. Et relasjonelt begrep

Innenfor det sosialfaglige feltet handler empowerment om at den profesjonelle hjelper skal bidra til å styrke brukers ressurser, slik at vedkommende selv kan ta kontroll over eget problem (Askheim, 2012, s. 12). På den måten ser vi at begrepet er relasjonelt. Det betyr at den enkelte skal gjennom interaksjon, mobilisere styrke, ressurser og motivasjon til endring

(Askheim, 2012, s. 47-48). Det kan være i samhandling med en profesjonell yrkesutøver eller med en gruppe. Interaksjonen mellom bruker og profesjonell tjenesteyter handler om en gjensidig tillit, der tjenesteyteren med sin kunnskap og kompetanse skal bistå brukeren til å ta styring. Samtidig skal det bidra til å styrke ressurser ved enkeltindividet. Det er framhevet i FOs yrkesetiske grunnlagsdokument. Hjelperen har et ansvar for å bruke sine kunnskaper og rolle som profesjonell til å forsterke brukerens posisjon, i den grad det er mulig (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 10-11).

2.3.3. Selvhjelpsgrupper

Ut fra en terapeutisk tilnærming til empowerment er selvhjelpsgrupper et tiltak som brukes for å styrke brukernes ressurser (Askheim, 2012, s. 46). Selvhjelpsgrupper vektlegges også i recovery tilnærmingen (Slade, 2017, s. 18). Selvhjelpsgrupper er ofte etablerte grupper, gjerne i lokalsamfunnet. Gjennom interaksjon med en gruppe er målet å dele erfaringer og etablere styrken hos hverandre (Askheim, 2012, s. 46-47). Målet er at interaksjon med en profesjonell hjelper eller en etablert gruppe, skal gjøre vedkommende i stand til å ta styring og handle aktivt. På den måten kan ulike deltakere gi hverandre støtte og motivasjon til å ta kontroll.

2.4. Aron Antonovsky – teorien om salutogenese

Aron Antonovsky forsøkte å forstå hvordan mennesker, særlig kvinner klarte å leve godt til tross for hendelser etter Holocaust. Gjennom å undersøke dette, utviklet han teorien om salutogenese (Lindström & Eriksson, 2015, s. 14-15). Teorien handler kort sagt om hvordan mestring og god helse skapes, sett i lys av ressurser hos individet og omgivelsene rundt (Dahl, 2014, s. 115). I og med at denne oppgaven ser på hvilke faktorer som er viktig for å oppnå bedring i recoveryprosessen, vil teorien til Antonovsky gi oss kunnskap om hva som bidrar til god helse og livskvalitet.

Antonovsky ser på helse som et kontinuum (Langeland, 2014, s. 11). Det betyr at helsen har ulike grader, der individet hele tiden beveger seg mellom ulike grader av helse. Det handler om at helsen ikke er enten eller, men individuell og subjektiv. Til tross for at en bruker er blind, kan vedkommende selv føle på god helse, ved at den enkelte klarer å mestre hverdagens krav og ha et meningsfylt liv. Antonovsky undersøkte derfor hva som bidrar til god helse (Dahl, 2014, s. 117). Antonovsky sa følgende: «vi må se på hva det er som skaper helse, og ikke bare hva som er sykdommens begrensninger og årsaker» (Lindström &

Eriksson, 2015, s. 17). Dette står til motsetning til teori om patogonese, som ser på hvordan uhelse oppstår og vedlikeholdes (Langeland, 2014, s. 11).

Salutogenesen har som sagt et subjektivt syn på helse, der personens egne opplevelser gis betydning for definisjonen av helsen (Langeland, 2014, s. 11). Salutogenesen har et positivt syn, der styrker og ressurser ved enkeltindividet vektlegges i forståelsen av sykdom. For å forstå salutogenesen nærmere, kan vi gi et eksempel med følgende beskrivelse av en ung jente på 11 år som har anoreksi. Vi ser en ung, pen jente som gjør det bra på skolen og har gode venner rundt seg. Hun er glad i å fotografere. I tillegg har hun en stor familie, med 3 eldre søstre, en søt hund, og mamma og pappa som bor sammen. I beskrivelsen ser vi at styrker og ressurser blir vektlagt hos den syke, framfor å beskrive sykdommens begrensninger. Et annet eksempel blir belyst av Lindström og Eriksson (2015). Eksempelet handler om en mann på 35 år som plutselig blir blind: «Her har vi en mann, en dyktig ingeniør og toppleder, en god ektemann og far. Han er flott å se på, hyggelig og høflig, men har problemer med å se gjenstander helt klart fordi han er nærsynt» (Lindström & Eriksson, 2015, s. 17).

2.4.1. Opplevelsen av sammenheng og motstandsressurser

Innenfor Antonovsky sin teori om hva som bidrar til helse, står opplevelsen av sammenheng sterkt (Langeland, 2014, s. 12). Opplevelse av sammenheng blir forkortet med SOC eller OAS. Antonovsky definerer OAS som:

En generell innstilling som sier noe om i hvilken grad man har en gjennomgående, bestandig, men også dynamisk tillit til at (1) stimuli i ens indre og ytre miljø er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til å kunne håndtere kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er vel verd å engasjere seg i. (Lindström & Eriksson, 2015, s. 28)

OAS består av dimensjonene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Disse ulike dimensjonene skaper sammen en tillit til egne ressurser som kan brukes for å mestre motstand i hverdagen (Lindström & Eriksson, 2015, s. 28-30). OAS blir definert som en livsinnstilling, der sammenhengen mellom de ulike dimensjonene skaper sterk OAS eller høy livskvalitet. Lindström og Eriksson (2015) skriver videre at motstandsressurser er avgjørende for å utvikle OAS. Motstandsressurser blir av Antonovsky definert som: «enhver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning» (Langeland, 2014, s. 13). Motstandsressursene foreligger altså både hos individet selv og i miljøet rundt. Ut fra Antonovsky sin forståelse av helse, vil stressorer i hverdagen bli sett på som noe positivt. Det handler imidlertid om hvilke ressurser vedkommende har for å håndtere

de ulike stressorene som oppstår. Salutogonesen handler blant annet om å kunne leve med stressorer og uforutsigbarhet. Det Antonovsky mente med dette, var at hvert enkelt individ må godta at man ikke kan kontrollere alle aspekter i sine liv. For å oppnå god helse må man lære å kontrollere og imøtekomme sine stressorer (Lindström & Eriksson, 2015, s. 18-19). Sett i lys av empowerment tenkningen vil det være nødvendig å styrke ressurser iboende i individet. Det er for å kontrollere stress og ytre påkjenninger på en måte som bidrar til opplevelse av sammenheng og økt livskvalitet (Dahl, 2014, s. 130).

2.4.2. Sosial støtte som en generell motstandsressurs

Antonovsky hevder at minst fire motstandsressurser bør være til stede for å utvikle sterk OAS (Lindström & Eriksson, 2015, s. 30). Både Langeland (2014) og Lindström & Eriksson (2015) ramser opp relevante motstandsressurser, herunder meningsfulle aktiviteter, sosiale relasjoner og kontakt med indre følelser. En av motstandsressursene som blir nevnt er sosial støtte. Ifølge folkehelseinstituttet (FHI) handler sosial støtte om en følelse av tilhørighet. Den sosiale støtten kan både komme fra familie, venner, helsetjenesten og andre relasjoner i miljøet rundt. Sosial støtte blir ansett som en helsefremmende faktor som kan bidra til god helse, både psykisk og fysisk (Folkehelseinstituttet, 2014). Sosial støtte er en faktor som kan fremme følelsen av sammenheng (Dahl, 2014, s. 123). Dette framheves også i NAPHA sin rapport. Det å vite at man har støtte tilgjengelig rundt seg er en effektiv motstandsressurs som kan bidra til opplevelse av mestring og god livskvalitet (Langeland, 2014, s. 13-14). Helsedirektoratet hevder at tilgjengelige ressurser for å håndtere hverdagens krav er sentral i forståelsen av god psykisk helse og økt livskvalitet, der også helsedirektoratet framlegger sosial støtte som en særlig viktig faktor (Helsedirektoratet, 2021).

3. Metode

I dette kapittelet vil metodevalg bli beskrevet, og det vil bli gitt en begrunnelse på hvorfor litteraturstudie med inkluderte artikler egner seg best for å besvare problemstillingen presentert ovenfor. Det vil bli gjort rede for søkestrategien og hvilke søkeord som ble tatt i bruk. Videre ses det kritisk på metodevalget. Sammendrag av artiklene blir presentert avslutningsvis i dette kapittelet, før funn blir presentert i kapittel 4.

3.1. Valg av metode

Metodevalg blir belyst ut fra valgt problemstilling, og sier noe om hvordan vi går systematisk fram for å innrette oss kunnskap om valgt emne. Vilhelm Aubert beskriver metode som: «en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap ...» (Dalland, 2017, s. 51). Problemstillingen «hvilke faktorer blir ansett som viktige for å oppnå recovery? – sett i lys av brukere med spiseforstyrrelser» åpner opp for bruk av kvalitativ metode og litteraturstudie. Kort sagt handler kvalitative metodetilnæringer om å undersøke informanter sine opplevelser og synspunkter (Dalland, 2017, s. 52-53). Det står til motsetning til en kvantitativ metodetilnærming, hvor data gjerne samles inn gjennom spørreundersøkelser. Hovedforskjellen mellom kvantitativ og kvalitativ tilnærming til metode er at kvalitativ tilnærming går i dybden og gir en mer helhetlig forståelse av et fenomen (Dalland, 2017, s. 52-53).

Selv om problemstillingen åpner opp for bruk av kvalitativ metodetilnærming, er litteraturstudie den forskningsmetoden som er tatt i bruk. Det har bakgrunn i at det er sterke begrensninger for å ta i bruk kvalitativ metodetilnærming ved en bacheloroppgave. Det bør bli tatt en vurdering i forhold til om det er etisk forsvarlig å intervju sårbare brukergrupper. Brukere som har erfart spiseforstyrrelser er ikke nødvendigvis helt friske, slik vi ser det ut fra recovery tilnærmingen. De står ofte i en sårbar situasjon, gitt av sterke følelser og inntrykk. Intervju med brukergruppen kan risikere å utløse triggere, og i verstefall tilbakefall. Som student foreligger det et ansvar for å ta slike etiske overveielser og reflektere rundt risikoen for å intervju sårbare brukergrupper. Dalland (2017) underbygger at det å intervju brukergrupper ofte kan by på problemer. På den andre siden er det ikke tillatt å intervju brukergruppen. Det er ikke etisk forsvarlig å intervju sårbare brukere eller barn under 18 år

(s. 75). I tillegg vil det være naturlig å anta at det ikke er mulig for instituttet å kvalitetssikre de etiske sidene ved slik datainnsamling.

Litteraturstudie går ut på å søke etter empiri som gir viten og kunnskap om valgt emne (Støren, 2013, s. 17). Det handler altså om å ta i bruk eksisterende forskningsdata for å besvare egne forskningsspørsmål. Av den grunn tar denne oppgaven i bruk allerede eksisterende empiriske studier med kvalitativ metodetilnærming. I dette tilfellet har de valgte artiklene tatt i bruk dybdeintervju med brukere og pårørende som har erfaring med spiseforstyrrelser. Som nevnt tidligere er målet å få oversikt over den litteraturen som undersøker brukernes opplevelser i møte med helsetjenesten. De kvalitative studiene skal besvare hva helsetjenesten kan bidra med og hva brukerne kan gjøre, samtidig som studiene skal besvare de seks kategoriene som ble presentert i kapittel 1.2.

3.2. Søkestrategi og søkeord

Søk etter relevante empiriske studier startet den 27.01.2021 til 29.03.2021. Det ble gjort systematiske søk etter fagfelleverderte artikler i Oria, hovedsakelig de siste 5 år, med norske og engelske søkeord. Med utgangspunkt i tema, problemstilling, forskningsspørsmål og de seks kategoriene ble søkeordene systematisert. Relevante søkeord var deriblant recovery, behandling, oppfølging, anoreksi, støtte og familieinkludering. I starten av søkeperioden ble det kun tatt i bruk norske søkeord.

I Oria den 27. januar 2021 ble det søkt på (oppfølging ELLER tilfriskningsprosess) OG (spiseforstyrrelser ELLER anoreksi ELLER bulimi). Videre ble det avgrenset til «fagfelleverderte tidsskriftsartikler» i marginen på høyre side. I tillegg ble det avgrenset til årstall mellom 2015 og 2021 i marginen. Da kom det kun opp 14 treff totalt.

«Mødre til barn med overvekt – erfaringer og utfordringer» skrevet av Iben Akselbo & Oddbjørn Ingebrigtsen (2015) ble inkludert som en av de fire empiriske studiene. Resterende artikler på dette treffet var ikke tilfredsstillende i forhold til problemsstillingen. Studien skiller seg ut ved at den tar utgangspunkt i pårørende sitt perspektiv, samtidig som den omhandler overvekt. Overvekt er en spiseforstyrrelse som fort kan bli bagatellisert, og av den grunn er det viktig å få tilstrekkelig kunnskap fra dette perspektivet. I tillegg vil mødrenes opplevelser med tjenesteapparatet bidra til mer kunnskap. Studien besvarer temaene støtte, inkludering av familie og tilgjengelig oppfølging, og vil derfor være tilfredsstillende.

Søkeord på norsk ga tilgang til få relevante fagfelleverderte artikler. Av den grunn ble det tatt i bruk søkeord på engelsk i Oria. Følgende søkeord ble tatt i bruk den 03. februar 2021: (recovery) AND (eating disorder OR anorexia OR bulimia). Videre ble det avgrenset til årstall mellom 2016 og 2021, og til «treatment outcome» på høyre side i marginen. Treff på dette søket var totalt 2599.

“Eating disorders are not about food, they’re about life; Client perspectives on anorexia nervosa treatment” av Rance et al. (2017) ble inkludert ut fra dette treffet. Bakgrunnen for å inkludere denne artikkelen er at den tar for seg kvinner sitt perspektiv på behandlingen av spiseforstyrrelser. Samtidig belyser den positive og negative sider ved behandlingen. Denne studien besvarer temaene terapeutens rolle og holdninger og helhetsperspektivet.

Den 04. februar 2021 ble søkeordene (follow-up) AND (eating disorder OR anorexia OR bulimia) brukt i Oria. Det ble avgrenset til «fagfelleverderte tidsskriftsartikler», og årstall mellom 2016 og 2021 i marginen på høyre side. Totalt ble det et treff på 5050.

Etter disse søkeordene ble først “It also taught me a lot about myself”: A qualitative exploration of how men understand eating disorder recovery” av Lewke-Bandara et al. (2020) inkludert som en relevant fagfelleverdert artikkel. Når det er inkludert artikler som ser pårørende sitt perspektiv og kvinner sitt perspektiv, er det også interessant å få fram menn sitt perspektiv på recovery. Artikkelen er tilfredsstillende da den svarer på temaene støtte, aksept av eget problem og tilgjengelig oppfølging.

Med utgangspunkt i de samme søkeordene ble “External support and personal agency – young persons’ reports on recovery after family-based inpatient treatment for anorexia nervosa: a qualitative descriptive study” av Nilsen et al. (2020) inkludert. Informantene i denne studien har erfaring med familiebasert tilnærming til spiseforstyrrelser. I tillegg svarer artikkelen på betydningen av støtte og aksept av eget problem.

3.3. Kildekritikk

Kildekritikk handler blant annet om å redegjøre for hvordan en har funnet fram til den litteraturen som belyser problemstillingen best (Dalland, 2017, s. 152). Ved å benytte meg av engelske søkeord fikk jeg tilgang på et større utvalg av relevante empiriske studier. I etterkant av kildesøkene, ble det presisert at «follow-up» ikke er et tilstrekkelig faguttrykk på engelsk.

Det hadde vært en mulighet å finne synonymer som hadde fungert bedre som søkeord. For å avgrense totalsummen på antall treff og systematisere søkene grundigere, ville det vært naturlig å inkludere søkeord som «support» og andre relevante faguttrykk på engelsk. Likevel kom det opp relevante artikler i Oria som kunne besvare problemstillingen. Det hadde også vært nyttig å ta i bruk andre databaser, som for eksempel SocINDEX. Søk i andre databaser ville trolig resultert i andre fagfelleverderte artikler på engelsk som kunne besvart problemstillingen like godt.

De fire artiklene har til felles at alle er fra fagfelleverderte tidsskrift, noe som gjør dataen kvalitetssikret og etisk forsvarlig. I tillegg tar alle artiklene i bruk en kvalitativ tilnærming. De er inkludert fordi de kan belyse problemstillingen best mulig og svarer på hva helsetjenesten kan bidra med, og hva brukerne selv kan bidra med for å oppnå bedring. Samlet sett kan litteraturen som er inkludert, svare på de elementene som blir ansett som viktige for å oppnå recovery.

I forhold til antall respondenter i artiklene, kan vi anta at respondentene gir funnene gyldighet. Ved utvalg av respondenter i artiklene er det ikke tatt hensyn til behandlingsbakgrunn, alder, land og lignende. Ulik bakgrunn av behandling og erfaringer kan imidlertid påvirke utfallet. Bevisst er det inkludert både pårørende, menn og kvinner sitt syn i forskningen. På den måten vil studien representere mer enn et syn på tema. Det er en styrke at litteraturstudien gir mulighet til å utforske ut fra et bredt brukerperspektiv. Trolig vil funnene være representative for en større andel av befolkningen som har erfart spiseforstyrrelser, og kan dermed gi nyttig kunnskap til ansatte i helsetjenesten.

3.4. Sammendrag av artiklene

Mødre til barn med overvekt – erfaringer og utfordringer av Iben Akselbo og Oddbjørg Ingebrigtsen, publisert i Nordisk Sygepleieforskning 10.12.2015.

Sammendrag: Artikkelen tar utgangspunkt i et dybdeintervju med 6 mødre. Målet med studien er å kartlegge mødrenes opplevelse med helsetjenesten og hvordan helsetjenesten kan styrke og motivere mødrene til å støtte brukere med spiseforstyrrelse. Mødrene ønsker mer inkludering av familie og støttetiltak i etterkant av behandling som kan bidra til endring over tid.

‘Eating disorders are not about food, they’re about life’: Client perspectives on anorexia nervosa treatment av Nicola Rance, Naomi P Moller og Victoria Clarke, publisert i Journal of Health Psychology 01.04.2017.

Sammendrag: Den empiriske studien ser på 12 kvinners erfaringer knyttet til recoveryprosessen. Resultatene viser at kvinnene ønsker et godt forhold til terapeuten som ser og behandler brukeren som en person. Informantene forteller at et stort fokus på diagnosen og de objektive kriteriene kan ha negativ innvirkning på prosessen.

“It also taught me a lot about myself”: A qualitative exploration of how men understand eating disorder recovery av Ranidu S. Lewke-Bandara, Priyanka Thapliyal, Janet Conti og Phillipa Hay, publisert i Journal of eating disorders 03.02.2020.

Sammendrag: Studien tar utgangspunkt i 8 menn fra Australia, New Zealand og England i alderen 20-33 år. De forteller om sine opplevelser i forhold til recoveryprosessen, og hvilke faktorer de antok var viktig for å oppnå bedring når det gjelder spiseforstyrrelsen. Resultatene viser at det er nødvendig med støtte fra profesjonelle og signifikante andre, samtidig som det er viktig å ta tak i sitt eget problem i tilfriskningsprosessen.

External support and personal agency – young persons’ reports on recovery after family-based inpatient treatment for anorexia nervosa: a qualitative descriptive study av Jan-Vegard Nilsen, Trine Wiig Hage, Øyvind Rø, Inger Halvorsen og Hanne Weie Oddli, publisert i Journal of eating disorders 04.05.2020.

Sammendrag: Studien tar utgangspunkt i 37 informanter, herunder både menn og kvinner. Målet med den empiriske studien er å undersøke hvilke faktorer som er viktig for recoveryprosessen. Resultater som kommer fram, er at brukerne opplever det nødvendig med tilgjengelig støtte fra andre og å forstå sitt eget problem for å kunne oppnå en endring over tid.

4. Presentasjon av funn

Ut fra den gitte problemstillingen, ble det funnet forskningsartikler som undersøkte brukere og pårørende sitt syn på recoveryprosessen, både når det gjaldt behandling og oppfølging. Det ble undersøkt hva de ulike brukerne selv mente var avgjørende for å kunne få til en god recoveryprosess. Artikkene var ulike med tanke på kjønn, brukere og erfaringer på bakgrunn av behandling, noe som gir et bredt perspektiv. Likevel var alle relevante for å besvare de seks kategoriene. Under dette kapittelet vil de resultatene som ble funnet og tolket som viktige faktorer bli presentert. Funnene presenteres med utgangspunkt i temaene støtte, inkludering av familien, helhetsperspektiv, terapeutens rolle og holdninger, tilgjengelig oppfølging og aksept av eget problem.

4.1. Støtte

Nyere forskning viser at støtte kan være en avgjørende faktor for å motivere til endringer over tid (Akselbo & Ingebrigtsen, 2015, s. 462). Støtten kan både komme fra profesjonelle hjelpere, familie, venner og andre signifikante (Nilsen et al., 2020, s. 6). I en kvalitativ studie uttrykte menn et stort behov for tilgjengelig støtte, enten fra profesjonelle, venner eller familie for å kunne oppnå endring (Lewke-Bandara et al., 2020, s. 5). For mange deltakere handlet den sosiale støtten om en følelse av å ikke være alene i problemet, og ha noen å gå til ved behov. Joanne på 21 år uttrykker følgende:

Most important is to have people around, support and help, yes, you need to understand that there are better things than just thinking of food, and of course you need to want it yourself, but that usually progress out of relationships so... (Nilsen et al., 2020, s. 6)

Akselbo & Ingebrigtsen (2015) fant ut i sin studie at mødrene opplevde manglende emosjonell og sosial støtte, som blant annet selvhjelpsgrupper og andre lokale tiltak i etterkant av behandlingen. Mødrene ønsket tilbud utenfor hjelpeapparatet, hvor de kunne ha samtaler, dele erfaringer og få støtte. Det var blant annet ønskelig for å kunne opprettholde motivasjon og mestringsfølelse over tid (s. 457). Flere av mødrene føler på et stort ansvar i forhold til sitt eget barn. Når de ikke klarer å håndtere problemet på egenhånd føler de en form for mislykkethet. En mor forteller: «Det er forferdelig syns jeg. Som mor har jeg prøvd å gjøre alt jeg kan for at hun ikke skal være slik, men jeg har ikke lyktes. Da tenker jeg at jeg er litt mislykket, ikke sant» (Akselbo & Ingebrigtsen, 2015, s. 457).

Nilsen et al. (2020) henviser i sin forskning til flere studier som underbygger viktigheten av å ha støttepersoner rundt seg i prosessen. Resultatene viser at støtte til brukere med spisevansker og pårørende er en av flere faktorer som er viktig for tilfriskningsprosessen.

4.2. Inkludering av familie

På bakgrunn av at støtte i familien generelt er en viktig faktor for endring, vil naturligvis behandlinger som inkluderer hele familien være sentralt for å kunne oppnå en god recoveryprosess (Nilsen et al., 2020, s. 8). Nilsen et al. (2020) skriver at behandling som tar i bruk familietilnærming ofte blir brukt i behandling av anoreksi. Familiebasert tilnærming har som mål å gi kunnskap og motivere pårørende til å støtte brukerne selv i recoveryprosessen (s. 2). Forskning viser at det å involvere foreldre i prosessen er avgjørende (Akselbo & Ingebrigtsen, 2015, s. 455). Studien til Nilsen et al. (2020) viser til brukere som har hatt familiebasert behandling tidligere i forløpet. Flere brukere mener inkludering av familien har betydning for prosessen, men at familieinvolvering nødvendigvis ikke er avgjørende (s. 6). Det er også viktig at brukerne selv blir tatt hensyn til. Dette vil bli grundigere gjort rede for i avsnitt 4.6. Mødrene i artikkelen til Akselbo & Ingebrigtsen (2015) uttrykker også at inkludering av familien er en viktig faktor i recoveryprosessen. Resultatene viser at mødre anser det nødvendig å involvere dem i prosessen, for å få kunnskap og kompetanse til å motivere barnet til endring. Individuelle samtaler uten barna til stede og inkludering av resten av familien var imidlertid et savn for foreldrene (s. 459).

4.3. Helhetsperspektivet

Behandling av spiseforstyrrelser bør ta utgangspunkt i et bredt spekter, og også omhandle den sosiale konteksten (Nilsen et al., 2020, s. 9). Lidelsen handler om tanker og følelser knyttet til forstyrrelsen. Ofte vil det være nødvendig for helsepersonell å kunne klassifisere psykiske lidelser etter ICD-10. Vanlige symptomer på spiseforstyrrelser er ofte relatert til mat og vekt, enten det dreier seg om overspising, oppkast, undervekt eller overvekt (Rø, 2020, s. 45). KMI-skala måler din vekt, og ut fra denne modellen regnes alt fra 18,5-25 som normalvekt. Ligger du under en KMI på 18,5, anses du som undervektig. Har du en KMI målt på over 25 anses du som overvektig (Folkehelseinstituttet, 2004). Akselbo & Ingebrigtsen (2015) påpeker at det er et stort fokus på vekt og vektreduksjon blant barn med overvekt. Mødrene

opplyste blant annet at hjelpeapparatet overså problemet, med mindre overvekten var betydelig. I studien blir det nevnt: «Det må nok være veldig overvekt før helsesøster kommer og sier: nei, nå skal vi på slanking her» (Akselbo & Ingebrigtsen, 2015, s. 456).

Kvinnene i studien til Rance et al. (2017) mente at behandlingen de hadde mottatt fokuserte i stor grad på mat og vekt. Megan og Amy forklarer at spiseforstyrrelser ikke kun handler om mat, men om livet. De belyser at det er viktig å bli behandlet og sett på som et individ i en bredere sosial kontekst (s. 586). De hevder altså at behandlingen bør ha et helhetlig fokus, som også inkluderer sosiale og psykologiske aspekter ved spiseforstyrrelsen.

Behandling som fokuserte for mye på mat og vekt viste seg i studien å ha en negativ effekt på brukernes atferd. Katie forteller: “as soon as my weight became normal in the hospital they discharged me and I came home, it was very BMI dependent” (Rance et al., 2017, s. 587). Hun forteller at hun opplever det vanskelig å få hjelp med spiseforstyrrelsen dersom hun objektivt sett ikke utfyller kravene til vekten. Rance et al. (2017) skriver at mange opplevde at de måtte gå ned i vekt for å bli prioritert i behandling og få den hjelpen de hadde behov for. Claire belyser: “I feel that I’m forced to be manipulative sometimes to get the help that I need ... when it’s kind of focused on ‘Well if you lose another kilo then we’ll escalate you up the waiting list’ ...” (Rance et al., 2017, s. 587).

En informant opplevde å få behandling fra et team som fokuserte på depresjon (Rance et al., 2017, s. 588-589). Dette opplevdes som positivt for brukeren, til tross for at det tok tid. Resultatene viser altså et ønske om å motta en behandling som har et helhetsperspektiv, uten å bli definert ut fra objektive kriterier.

4.4. Terapeutens rolle og holdninger

Den profesjonelle hjelperen blir ansett som en støtteperson som skal motivere brukeren til å gjøre endringer ut fra recovery tenkning generelt (Slade, 2017, s. 10). Hjelper og bruker bør ha en gjensidig relasjon til hverandre, preget av tillit. Hvordan den profesjonelle forstår og imøtekommer bruker, vil ha betydning for relasjonen (Levin & Ellingsen, 2015, s. 117). Anna forteller følgende: “my key worker is so secure and I’ve managed to do a lot of important work and progress together with her” (Nilsen et al., 2020, s. 7).

Andre informanter meddeler erfaringer hvor den profesjonelle møter brukerne med stigmatiserende og dømmende holdninger. Sarah forteller at hjelperen hennes avfeide problemet da hun ikke oppfylte kriterier som hjelperen mente var symptomer på en spiseforstyrrelse. Sarah uttrykte at den profesjonelle hadde en holdning som var: “He was like ‘oh you can’t be that bad because you’re not throwing up in bags, you’re not hiding it ...” (Rance et al., 2017, s. 589).

4.5. Tilgjengelig oppfølging

I den kvalitative studien til Lewke-Bandara et al. (2020) framhever to av mennene viktigheten av å ha tilgang på tilgjengelig oppfølging. Tilgang på tilgjengelig oppfølging handler om en følelse av å være sikker på at man ikke risikerer tilbakefall (s. 5). Ved oppfølging av brukere med spiseforstyrrelse vil tilbakefall være naturlig. Helsedirektoratet uttrykker at det er særlig høy forekomst av tilbakefall de første årene etter avsluttet behandling (Helsedirektoratet, 2017). Mødrene til barna som ble studert i artikkelen til Akselbo & Ingebrigtsen (2015) rapporterte at oppfølgingen blant brukere med spisevansker ikke var tilfredsstillende. Ut fra mødrene sitt perspektiv handlet en god oppfølging om ha individuelle samtaler med foreldre og barn, med innkalling til etterkontroll også i etterkant av behandling. Bakgrunnen for dette ønsket var å opprettholde motivasjon til endring på sikt. Mødrene hevdet at oppfølgingen var i for stor grad basert på selvhjelp (s. 459).

4.6. Aksept av eget problem

Brukerens egen rolle til å ta tak i sitt eget problem står sentralt i recoveryprosessen (Slade, 2017, s. 10). Det er brukeren med spiseforstyrrelse som selv må jobbe mot det individuelle målet. Meste parten av arbeidet handler om å endre sine egne tankemønstre for å få til en personlig endring (Nilsen et al., 2020, s. 5). Informanter som hadde mottatt familieorientert behandling hevdet at støtte fra signifikante andre var viktig, men likeså, og kanskje viktigere å ta tak i problemet sitt på egenhånd (Nilsen et al., 2020, s. 8). Sarah uttrykker følgende:

To realize or admit that I was ill, like, that I really had some problems, that, that I feel was quite important. And I thought, yes, I started to realize that I had to do some things myself, to do something. That’s important. (Nilsen et al., 2020, s. 5)

Det handler blant annet om å innse hvordan spiseforstyrrelsen kan påvirke relasjoner til andre rundt. Flere av informantene belyste viktigheten av egen viljestyrke og motivasjon i recoveryprosessen (Nilsen et al., 2020, s. 6). Lewke-Bandara et al. (2020) framhever også at mennene i sin studie var opptatt av deres egen atferd i forhold til spiseforstyrrelsen. De belyste hvordan atferden hadde effekt på behandlingen og prosessen generelt (s. 2). Paul hevder at en slik forståelse av problemet ga positive resultater for behandlingen, da han ble mer aktiv i sin egen prosess (Lewke-Bandara et al., 2020, s. 5).

I tillegg til at informanter vektlegger viktigheten av å være oppmerksom på de negative konsekvensene ved en spiseforstyrrelse, informerte flere at det å være bevisst på individuelle triggere kan være avgjørende. I en kvalitativ studie forteller en informant: “you have to be aware of what triggers you (...). I’ve managed to minimise my triggers, I’ve learnt to cope appropriately in healthy ways (...).” (Lewke-Bandara, 2020, s. 5).

5. Diskusjon

I dette kapittelet vil funn bli diskutert med utgangspunkt i kategoriene og relevant teori. Det var naturlig å inkludere forskning som tok for seg en kvalitativ metodetilnærming, for å få brukernes syn på hvilke faktorer som oppleves nødvendig for å kunne bli bedre. Det er ønskelig å kartlegge hvilke kunnskaper som er nødvendig for å motivere brukere og foreta en endring når det gjelder spiseforstyrrelser. Ifølge folkehelseinstituttet er det høy forekomst av andre psykiske helseplager, også i etterkant av behandling (Folkehelseinstituttet, 2009). Data viser at 65-85% av de som har hatt en spiseforstyrrelse oppnår bedring eller blir friske av diagnosen. Ut fra disse tallene ser vi at det er en del som ikke blir bedre. Hva bør helsetjenesten bidra med, og hva bør brukerne eventuelt selv gjøre for å oppnå recovery?

5.1. Helsepersonell må bistå med støtte og tilgjengelig oppfølging

Flere av studiene viser at støtte og tilgjengelig oppfølging er sentralt for brukerne i recoveryprosessen. Forskning viser at støtte er en faktor som gir motivasjon til å foreta en endring (Akselbo & Ingebrigtsen, 2015, s. 462). På samme måte framhever helsedirektoratet at støtte er en faktor som har en positiv innvirkning på helsen for øvrig (Helsedirektoratet, 2021). Det underbygges av teorien om salutogonese, hvor Antonovsky belyser den sosiale støtten som en av motstandsressursene for å utvikle god helse. Også ut fra recovery tenkningen er støtte sentralt. Hva som anses som god støtte ovenfor den enkelte vil være individuelt, men Nilsen et al. (2020, s. 6) framhever at både profesjonelle hjelpere, familie og venner kan fungere som god støtte.

Naturligvis vil det å inkludere hele familien i recoveryprosessen være sentralt. På den ene siden vil naturlig nok inkludering av familien gi støtte til selve familien, men familien vil også få kompetanse til å støtte brukeren med spiseforstyrrelse (Torsteinsson et al., 2020, s. 159). Når et familiemedlem utvikler en spiseforstyrrelse, er det naturlig at det påvirker hele familien. Torsteinsson et al. (2020) forteller at foreldre kan bære følelsen av skam og føle seg bekymret ovenfor den som sliter. Mødrene i studien til Akselbo & Ingebrigtsen (2015) uttrykker dette. De føler på en skyldfølelse i forhold til at de ikke klarer å gjøre endringer og støtte barnet på egenhånd, noe som belaster foreldrene følelsesmessig (s. 457). Inkludering av familien vil være nyttig for å øke deltakelsen i behandlingen (Holm, 2020, s. 35). Økt mestringsfølelse og minimert risiko for tilbakefall kan være resultat av å inkludere familien.

Konseptet med å inkludere familien i behandlingen er å mobilisere ressurser hos familiemedlemmene for å støtte den enkelte som strever med en spiseforstyrrelse (Torsteinsson et al., 2020, s. 159). Det krever at profesjonelle hjelpere jobber tett opp mot den enkelte og familien generelt. Informantene i studien til Nilsen et al. (2020) mente det var viktig med et individuelt samarbeid med terapeut, hvor det blir vektlagt vedkommende sine ressurser til å ta kontroll. Likevel hevdet informantene også viktigheten av at familien blir inkludert, slik at familien kan støtte brukerne i en tilfriskningsprosess (s. 6).

God støtte kan også innebære at støtteapparatet er tilgjengelig. Det handler om at hjelpeapparatet gir informasjon om tiltak og kontroll i etterkant av behandling. Brukere av helsetjenesten har rett til å få informasjon om tiltak (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Det gjelder også i etterkant av behandling, for å kunne ivareta sine rettigheter. Det er helsepersonell som har ansvar for å gi tilstrekkelig informasjon (Helsepersonelloven, 1999, §10). Mødrene var derimot ikke tilfreds med oppfølgingen blant brukergruppen. De mente at oppfølgingen blant spiseforstyrrelser i for stor grad var basert på selvhjelp (Akselbo & Ingebrigtsen, 2015, s. 459). De ønsket oppfølgingssamtaler, hvor de kunne opprettholde motivasjonen. Selvhjelp står imidlertid sterkt i recovery tenkningen. Ut fra tanken om at recoveryprosessen er individuell, kan vi derimot anta at selvhjelp ikke fungerer like godt for alle. Dersom selvhjelpen ikke har effekt, kan den fungere mot sin hensikt. Selvhjelp kan føre til en demotiverende holdning (Helsedirektoratet, 2019, s. 36). Nasjonal faglig retningslinje for spiseforstyrrelser antar at selvhjelp kan brukes i tillegg til annen behandling for personer med spisevansker (Helsedirektoratet, 2019, s. 32-39). Forskning viser at selvhjelp kan ha effekt på personer som lider av bulimi og hos pårørende. Det er imidlertid usikkert om selvhjelp har effekt for personer med anoreksi.

Tiltak i etterkant av behandling som kan gi god sosial støtte er selvhjelpsgrupper. Selvhjelpsgrupper er et tiltak for å styrke motivasjon til en livsstilsendring, og står sterkt både i recovery og empowerment tilnærmingen. Blant ønskene til oppfølging hos mødrene, var blant annet selvhjelpsgrupper nevnt. Forskningsresultater viser gode opplevelser i forhold til selvhjelpsgrupper blant brukere med spiseforstyrrelser (Borge et al., 2012, s. 20). I samhandling med personer med forholdsvis like erfaringer, opplever flere en følelse av samhold og anerkjennelse. På den måten kan deltakerne støtte hverandre gjennom å dele erfaringer. For å styrke mestringfølelsen, ønsket mødrene samtaler med andre mødre i samme situasjon. Mødrene opplevde i større grad følelsen av skam når de ikke hadde andre å

snakke med (Akselbo & Ingebrigtsen, 2015, s. 460). I empowerment tenkningen har selvhjelpsgrupper som mål å styrke deltakere og motivere til endring gjennom å dele erfaringer (Askheim, 2012, s. 46-47). Det grunn til å tro at selvhjelpsgrupper kan minimere mødrenes opplevelse av skam og skyldfølelse ovenfor barnet.

5.1.1. Mangel på tid og ressurser?

Ut fra det vi ser er det nødvendig at helsepersonell tilrettelegger for en tilgjengelig oppfølging for å støtte og motivere brukere til endring, samtidig som de inkluderer hele familien i behandlingen. Det foreligger imidlertid et spørsmål om helsepersonell har nok ressurser og tid til å tilfredsstille brukernes behov på dette området. I en undersøkelse ble det vist at flere helsepersonell opplevde at de hadde for mye å gjøre, og at de ikke hadde god nok tid til å gjøre arbeidsoppgavene grundig nok (Askheim, 2012, s. 138-139). Av den grunn opplevde flere tjenesteytere at prinsippet om empowerment ble nedprioritert. Det risikerer at brukerne ikke blir aktive i egen prosess, noe som er ønskelig ut fra en recovery tilnærming. Samtidig kan vi anta at profesjonelle hjelpere mangler ressurser til å etablere en god relasjon som krever tid. Det kan være en av årsakene til at kvinnene i artikkelen til Rance et al. (2017) opplevde misnøye i forhold til behandlingen. De antok at det tar tid å etablere tillit til den profesjonelle hjelperen (s. 588). Sett i lys av sosialt arbeids verdigrunnlag er tillit grunnleggende for en god relasjon (Eide & Oltedal, 2015, s. 93).

I og med at selvhjelp tar mange former, hevdes det at selvhjelp er tiltak som ofte krever få ressurser (Helsedirektoratet, 2019, s. 32-36). Et eksempel kan være at helsetjenesten anbefaler en bestemt bok. For noen brukere av helsetjenesten vil denne formen for selvhjelp ha verdi og nytte, noe som krever spesielt lite tid og ressurser fra tjenesteapparatet. Det er imidlertid verdt å merke seg at slike tiltak ikke vil fungere for alle brukere med spisevansker. Som nevnt tidligere var mødrene i studien til Akselbo & Ingebrigtsen (2015) ikke tilfreds med at oppfølgingen var basert på selvhjelp.

5.2. Se mer enn bare diagnosen

For at en bruker med spiseforstyrrelser skal bli fanget opp av helsetjenesten og kunne oppnå recovery, er det nødvendig at helsepersonell har god kompetanse og holdninger. Kompetanse gir mulighet for å se hele individet og ikke bare diagnosen. Ut fra funn som blir presentert ovenfor, er helhetsperspektivet en viktig faktor for å oppnå recovery. Det kommer særlig fram

i studien til Rance et al. (2017), hvor kvinnene belyser at spiseforstyrrelser ikke handler om mat, men om livet (s. 588). En spiseforstyrrelse handler altså om mer enn mat og vekt. Det er ønskelig å undersøke flere perspektiver, hvor det fysiske, psykiske og det sosiale livet blir inkludert.

Høiseth (2020) belyser at spiseforstyrrelsen er individuell og subjektiv, noe som betyr at den kommer i mange former og oppleves ulikt fra person til person. Derfor kan det være svært vanskelig å fange opp en spiseforstyrrelse. Det er viktig å lytte aktivt, vise respekt og anerkjennelse i møte med brukere med spisevansker (s. 31). Det kommer også fram som grunnleggende prinsipper i sosialt arbeid (Eide & Oltedal, 2015, s. 93). Informanter la også vekt på disse holdningene i relasjon til terapeut. En informant i artikkelen til Nilsen et al. (2020) fastslår at en trygg terapeut var positivt for prosessen. Ved å samarbeide med en trygg terapeut, fikk hun utviklet seg på en positiv måte (s. 7). Det er nødvendig å være genuint interessert i å bli kjent med hele mennesket, for å kunne se styrker og ressurser hos brukeren (Høiseth, 2020, s. 32). Informanter i den kvalitative studien til Rance et al. (2017) belyser viktigheten av at terapeuten er genuint interessert i å bli kjent med personen, og ikke spiseforstyrrelsen. Funn viser at behandling som i for stor grad fokuserer på mat og vekt, risikerer å opprettholde uhelse (s. 590). Teorien om salutogonese støtter opp under dette utsagnet. Det å se hele individet og undersøke individuelle ressurser kan bidra til bedre helse (Langeland, 2014, s. 15).

Flere brukere med spisevansker opplever derimot å bli oversett av hjelpeapparatet. Informanter antar at helsepersonell legger for stor vekt på objektive symptomuttrykk og diagnosekriterier etter ICD-10. Det kan føre til at helsepersonell mister et helhetsperspektiv og møter bruker med stigmatiserende holdninger. For mange handler spiseforstyrrelsen om mer enn mat og vekt. Det er nettopp det kvinnene i studien til Rance et al. (2017) forteller. Sosialt arbeid som fagfelt framhever viktigheten av å se individet i en bredere sosial kontekst. For å kunne forstå et sosialt problem og den aktuelle situasjonen er det viktig å se på hvordan individet og omgivelsene rundt interagerer (Berg et al., 2015, s. 25-26). Institutt for spiseforstyrrelser hevder at flere ender opp utenfor kategoriene, til tross for at de føler seg plaget (Institutt for spiseforstyrrelser, u.å.a). Indirekte kan vi se at informantene i Rance et al. (2017) havner utenfor dersom de ikke imøtekommer de objektive kriteriene til en spiseforstyrrelse. Det blir nevnt at det er vanskelig å få hjelp. En informant forteller: «Unless I'm a BMI of 10 I'm not going to get any help» (Rance et al., 2017, s. 587). I tillegg opplyser

en informant at det er lett å bli utskrevet fra behandlingen, dersom resultatene var gode i forhold til vekten.

5.2.1. Hvorfor er diagnostisering viktig?

Det kan imidlertid være nødvendig at helsepersonell legger vekt på å behandle vekt og forholdet rundt mat (Høiseth, 2020, s. 32). Ut fra opplysningene i artikkelen til Rance et al. (2017) kan det virke som at fokus på KMI var assosiert med noe negativt. Mål av KMI vil derimot være en viktig del av utredningen for å kunne gi forsvarlig helsehjelp (Rø, 2020, s. 55). Helsepersonell skal kunne gi riktig behandling ut fra diagnosen som stilles. Etter ICD-10 bokstav F, blir spiseforstyrrelser delt inn i ulike diagnoser ut ifra ulike symptomuttrykk. Diagnostisering kan være til fordel for ansatte i helsetjenesten. Det forenkler kommunikasjonen mellom helsepersonell og brukere, hvor det blir gitt en felles forståelse av problemet (Rø, 2020, s. 49). Forskning gjort på en rekke psykiske lidelser, inkludert spiseforstyrrelser viser at det å bli tildelt en diagnose kan være betryggende for brukeren (Drag, 2018). For det første gir det en bekreftelse av problemet. For det andre vil det utløse visse brukerrettigheter. Det kan for eksempel være retten til en bestemt behandling i tjenesteapparatet. Flere av informantene framhever at riktig behandling kan ha betydning for recoveryprosessen (Nilsen et al., 2020, s. 7). Selv om kvinnene i studien til Rance et al. (2017) opplevde misnøye i forhold til at behandlingen i for stor grad var KMI-basert, kan vi anta at det vil være positivt for brukere som har alvorlige symptomer og særlig lav vekt.

5.3. Vil helsetjenesten sitt bidrag ha betydning dersom brukeren selv ikke aksepterer sitt eget problem?

Det som er diskutert fram til nå, er på hvilken måte helsetjenesten kan støtte opp og tilrettelegge for støtte under behandling og oppfølging. Samtidig har vi sett hvilke holdninger og perspektiver den profesjonelle bør ha for å imøtekomme brukerne på en måte som fremmer recovery. Det vi imidlertid kan diskutere når det gjelder spiseforstyrrelser og recovery er brukerens eget ansvar. Det kommer fram i flere studier at brukeren bør være aktiv i egen prosess. Sett i lys av recovery er det brukeren som har det avgjørende ansvaret for sin egen endringsprosess.

Det å akseptere at du har en spiseforstyrrelse og hvilke problemer det gir for deg selv og for sosiale relasjoner du befinner deg i, går igjen som en viktig faktor blant informantene. Flere

informanter forstod etter hvert de negative konsekvensene ved en spiseforstyrrelse. En konsekvens som ble nevnt var hvordan spiseforstyrrelsen påvirket relasjoner til andre på en negativ måte. I tillegg var spiseforstyrrelsen et hinder for å realisere egne ønsker (Nilsen et al., 2020, s. 5). Det å akseptere de negative sidene var tilsynelatende viktig for informantene. Nasjonalt kompetansemiljø for selvorganisert selvhjelp mener at en bevisstgjøring av problemet er avgjørende for å få til en endring over tid (Selvhjelp Norge, 2020). Ved en bevisstgjøring kan brukeren fokusere på sine egne ressurser og styrker, og unngå triggerer som opprettholder uhelse.

Lewke-Bandara et al. (2020) framhever at det er viktig å ha ressurser som kan bidra til å respondere på triggerer på en positiv måte i recoveryprosessen. Paul beskriver at det er viktig å være klar over konsekvensene ved en spiseforstyrrelse og være oppmerksom på hva som trigger spiseforstyrrelsen (s. 5). Ut fra Antonovsky sin teori om salutogonose er det ønskelig med en aktiv prosess, hvor stress blir møtt på en håndterbar måte som gir mestring og meningsfullhet (Langeland, 2014, s. 12). Vi kan ta et eksempel med ei jente på 17 år som tidligere har hatt anoreksi. Gjennom hennes sykdomsforløp var hun opptatt av å telle kalorier for å ha kontroll. Det var nødvendig å slutte å telle kalorier for å unngå tilbakefall. Hver gang venner leste opp hvor mye kalorier det var i en sjokoladeplate, reagerte hun med å skrive ned hva hun har spist i løpet av dagen. Hun fant en måte å mestre disse triggerne på. Hver gang temaet om kalorier kom opp, valgte hun å gå fra samtalen. I recovery tenkningen vektlegges det naturligvis å styrke ressursene for at triggerer blir møtt på en positiv måte. På den måten kan risiko for tilbakefall bli redusert. Flere menn i studien til Lewke-Bandara et al. (2020) fortalte at de tok med seg kunnskap de hadde lært i møte med terapeut for å mestre triggerer i etterkant av behandling (s. 6).

Felles for brukere med spiseforstyrrelser er følelse av skam eller skyldfølelse (Høiseth, 2020, s. 30). I tillegg kan spiseforstyrrelsen handle om tap av identitet og kontroll, som kan være vanskelig å ville gi helt slipp på. Med tap av identitet menes det at brukeren har blitt så opptatt av maten, at det er vanskelig å skille virkeligheten fra sine egne tankemønstre (Høiseth, 2020, s. 32). På den siden kan det være vanskelig å akseptere de negative effektene ved en spiseforstyrrelse. Nilsen et al. (2020) belyser at det er vanskelig å godta de negative sidene og at det tar tid å akseptere (s. 6). Høiseth (2020) skriver at det for mange fungerer som en strategi for å mestre vanskelige følelser, enten det er knyttet til familieforhold eller andre

plager. Lewke-Bandara (2020, s. 5) viser at det er nødvendig å godta at prosessen tar tid og at tilbakefall vil være en naturlig del av forløpet.

Det kan diskuteres om det er nødvendig at helsepersonell har god nok kompetanse til å støtte brukeren i den grad at de aksepterer sitt eget problem og øker en bevissthet over problemet, slik at de kan være aktive i sin egen prosess. Innenfor recovery er det som nevnt tidligere brukeren som har den avgjørende rollen. Den profesjonelle skal likevel bistå brukeren i den grad det er mulig. Slik det blir tolket ut fra artikkelen til Rance et al. (2017) har forholdet til terapeut stor betydning for opplevelsen av prosessen. I likhet med å ha et helhetsperspektiv og se bak diagnosen, bør helsepersonell bli kjent med personen og støtte de styrkene som ligger iboende i brukeren. Behandling som fokuserte i for stor grad på mat og vekt ga negative konsekvenser for prosessen, hvor brukerne opplevde at atferden rundt mat og vekt ble vedlikeholdt (Rance et al., 2020, s. 590).

Det Torsteinsson & Hage (2020) kaller en terapeutisk allianse kan ha betydning for prosessen. Det bør være en gjensidig relasjon mellom terapeut og pasient, der terapeuten er genuint interessert i personen. Målet med relasjonen er at brukeren skal føle seg likeverdig. De skal kunne fremme sine mål og midler som er verdt å fokusere på for å nå sine mål. Torsteinsson & Hage (2020) formidler videre at en likeverdig allianse har betydning for hvor vidt brukeren blir i behandlingsforløpet (s. 102). Flere informanter hevder at relasjonen med terapeut har stor betydning for en personlig utvikling (Nilsen et al., 2020, s. 7). Det er nødvendig med en relasjon preget av tillit og trygghet for å motivere unge brukere med spiseforstyrrelse (Bratlie, 2020, s. 134).

6. Avslutning

6.1. En oppsummering

Ved hjelp av relevante empiriske studier og teori har det blitt presentert hva helsepersonell og brukere med spiseforstyrrelser bør bidra med for at tilfriskningsprosessen blir best mulig. Teorien som blir belyst ser på hvordan helsepersonell kan fremme god helse. Studiene viser at både helsetjenesten og brukerne selv må bidra aktivt i recoveryprosessen. Både Akselbo & Ingebrigtsen (2015) og Nilsen et al. (2020) viser at helsetjenesten må bistå og tilrettelegge for støtte, for eksempel gjennom å være tilgjengelig, inkludere hele familien og informere om gode tiltak i lokalmiljøet. For brukerne kan støtte bidra til økt mestring og motivasjon. Dermed kan støtte være avgjørende for å aktivere brukeren mot en personlig endring. Forskning viser at det er viktig for helsepersonell og brukere å sette en diagnose. Det er for å kunne gi og få best mulig behandling. På den andre siden ser vi spesielt fra studien til Rance et al. (2017) at helsepersonell må ha kompetanse til å se helhetsperspektivet og imøtekomme brukeren som en person, ikke en diagnose. Hvordan helsepersonell imøtekommer og ser brukeren vil også ha betydning for behandlingsresultatet.

For å trekke en konklusjon har naturligvis den profesjonelle en viktig rolle. For at brukerne skal bli aktive i prosessen, skal den profesjonelle bistå med kompetanse for å styrke ressurser og mobilisere makt hos den enkelte. Likevel kommer det tydelig fram at brukeren har den avgjørende rollen. Endring vil ikke være mulig dersom brukeren ikke er villig til å samarbeide eller er aktiv i sin egen prosess, uansett hvordan helsepersonell bistår. Dermed kan det se ut til at det er avgjørende at helsepersonell og bruker står i en relasjon til hverandre, hvor begge aktører handler aktivt i prosessen.

6.2. Hvorfor er denne forskningen nyttig?

Litteraturstudien er til nytte for helsepersonell som møter brukere med spiseforstyrrelser, og for brukere med spiseproblematikk. Helsepersonell kan innrette seg kunnskap med forskning som tar utgangspunkt i et brukerperspektiv. Kunnskapen kan være et viktig beredskap for å forbedre og kvalitetssikre behandling og oppfølging med brukergruppen. Likevel er studien nyttig for mennesker med spiseforstyrrelser. Forskningen kan bevisstgjøre mennesker med spiseforstyrrelser, og få dem til å reflektere over sin egen tilfriskningsprosess. Studien til Lewke-Bandara et al. (2020) viser at prosessen tar tid og innebærer naturligvis perioder med

tilbakefall. Det kan gi styrke og håp til brukere som sliter med spiseforstyrrelser. Samtidig vil forskningen vise at de ikke står alene i problemet, og gi dem kunnskap om hva de kan forvente av et tjenesteapparat og dem selv.

Til videre forskning hadde det vært interessant å undersøke hvilke faktorer helsepersonell mener er viktig for å oppnå recovery, og i hvilken grad de faktorene som er presentert ovenfor blir lagt vekt på i behandling og oppfølging av mennesker med spiseforstyrrelser.

Litteraturliste

- Akselbo, I. & Ingebrigtsen, O. (2015). Mødre til barn med overvekt – erfaringer og utfordringer. *Nordisk sykeplejeforskning*, 2015 nr. 4. Vol. 5, s. 453-463.
https://www.idunn.no/nsf/2015/04/moedre_til_barn_med_overvekt_erfaringer_og_utfordringer * (10)
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Gyldendal akademisk * (74)
- Berg, B., Ellingsen, I.T., Levin, I. & Kleppe, L.C. (2015). Hva er sosialt arbeid? I. I.T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid – en grunnbok* (s. 19-35). Universitetsforlaget.
- Borge, L., Christiansen, B. & Fagermoen, M. S. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. *Sykepleien forskning* (nr. 1, 2012; 7: 14-22 doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0024) * (8)
- Bratlie, E. (2020). Helsesykepleiers rolle i møte med ungdom og spiseforstyrrelse. I Ø. Rø, T.W. Hage & V.W. Torsteinsson (Red.), *Spiseforstyrrelser – forståelse og behandling* (s. 131-137). Fagbokforlaget. * (6)
- Bufdir. (2019, 15. oktober). Stabiliseringsarbeid. Hentet 22. mars 2021 fra https://bufdir.no/vold/Krisesenterveileder/Under_oppholdet/stabiliseringsarbeid/ * (6)
- Dahl, U. (2014). Et salutogent perspektiv. I. E. Skærbæk & M. Nissen (Red.), *Psykososialt arbeid: fortellinger, medvirkning og fellesskap*. (s. 115-133). Gyldendal Akademisk * (18)
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk. * (241)
- Drag, S. (2018, 3. juli). *Diagnose eller ikke diagnose – det er spørsmålet*. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidige rusmisbruk og psykisk lidelse.
<https://rop.no/aktuelt/diagnose-eller-ikke-diagnose--det-er-sporsmalet/> * (3)
- Eide, S. B. & Oltedal, S. (2015). Verdiens betydning for vår forståelse og vår handling. I. I.T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L.C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid – en grunnbok* (s. 80-96). Universitetsforlaget
- Ellingsen, I. T. & Levin, I. (2015). Det sosiale i sosialt arbeid. I. I.T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L.C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid – en grunnbok* (s. 47-64). Universitetsforlaget.

Ellingsen, I. T. & Skjefstad, N. S. (2015). Anerkjennelse, myndiggjøring og brukermedvirkning. I I.T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L.C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid – en grunnbok* (s. 97-111). Universitetsforlaget.

Fellesorganisasjonen. (2019). *Yrkesetisk grunnlagsdokument: for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. FO. <https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf> * (9)

Folkehelseinstituttet. (2004, 3. februar). *Kroppsmasseindeks (KMI) og helse*. Hentet 20. april 2021 fra <https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-kmi-og-helse/> * (2)

Folkehelseinstituttet. (2009, 10. februar). *Fakta om spiseforstyrrelser – anoreksi, bulimi og overspisingslidelse*. Hentet 16. mars 2021 fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/spiseforstyrrelser2/> * (4)

Folkehelseinstituttet. (2014, 26. juni). *Fakta om sosial støtte og ensomhet*. FHI. Hentet 16.mars 2021 fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/> * (4)

Helgesen, L.A. (2017). *Menneskets dimensjoner: lærebok i psykologi* (3.utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Helsedirektoratet. (2017, 25. april). *Definisjon og diagnostiske kriterier*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser/definisjon-og-diagnostiske-kriterier> * (3)

Helsedirektoratet (2019, 9. mai). *Spiseforstyrrelser – nasjonal faglig retningslinje*. Helsedirektoratet. <https://keff.no/uploads/Faktaark/Medisinske-diagnosetilstander/Spiseforstyrrelser.pdf> * (5)

Helsedirektoratet. (2021, 7. april). *Psykisk helse og livskvalitet – lokalt folkehelsearbeid*. Hentet 04.05.2021. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/psykisk-helse-og-livskvalitet-lokalt-folkehelsearbeid#kommunen-bor-aktivt-fremme-sosial-stotte-og-mestring-for-barn-og-unge-pa-deres-arenaer> * (1)

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-64?searchResultContext=1242&rowNumber=1&totalHits=9798>

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* (s. 34-39). Fagbokforlaget. * (5)

Høiseth, J.U. (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* (s. 29-33). Fagbokforlaget. * (4)

Institutt for spiseforstyrrelser. (u.å.a). *Diagnoser*. Hentet 23.03.2021 fra

<https://spiseforstyrrelser.no/disorders/diagnoser/> * (2)

Institutt for spiseforstyrrelser. (u.å.b). *Villa SULT-modellen*. Hentet 10.05.2021 fra

<http://spiseforstyrrelser.no/treatments/villa-sult-modellen/> * (2)

Karlsson, B. & Borg, M. (2020). *Recovery – tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Gyldendal.

* (177)

Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer – en*

kunnskapsopsummering. (NAPHA rapport nr. 1/2014).

<https://samforsk.no/Publikasjoner/NAPHA-Rapport-Salutogenese.pdf> * (40)

Levin, I. & Ellingsen, I.T. (2015). Relasjoner i sosialt arbeid. I I.T. Ellingsen, I. Levin, B.

Berg, L.C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid – en grunnbok* (s. 112-124). Universitetsforlaget.

Lewke-Bandara, R.S., Thapliyal, P., Conti, J. & Hay, P. (2020). “It also taught me a lot about myself”: A qualitative exploration of how men understand eating disorder recovery. *Journal of eating disorders*, 2020 8:3, s. 1-9.

<https://doi.org/10.1186/s40337-020-0279-6> * (9)

Lindström, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: helsefremmende*

arbeid i et salutogent perspektiv. Gyldendal Akademisk. * (91)

Nilsen, J., Hage, T.W., Rø, Ø., Halvorsen, I. & Oddli, H.W. (2020). External support and

personal agency – young persons’ reports on recovery after family-based inpatient treatment

for anorexia nervosa: a qualitative descriptive study. *Journal of eating disorders*, 2020 8:18,

s. 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00293-5> * (11)

Ogre, M. (2021a, 12. februar). *Anoreksibølge blant yngre: - Situasjonen er ute av kontroll.*

TV2. <https://www.tv2.no/a/11953712/> * (2)

Ogre, M. (2021b, 26. april). *Unge står i kø for å få hjelp – kontaktes av barn i niårsalderen.*

TV2. <https://www.tv2.no/nyheter/13938776/?fbclid=IwAR2boHyQaKAaY4YFL-rM3CK6ZItByHznCmkJ3nr1jrIFbqWvYvDEXgSqNhM> * (3)

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-

07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-63?searchResultContext=1644&rowNumber=1&totalHits=3063>

Payne, M. (2014). *Modern social work theory* (4. utg.). Palgrave Macmillian. * (23)

Rance, N., Moller, N. P. & Clarke, V. (2017). 'Eating disorders are not about food, they're about life': Client perspectives on anorexia nervosa treatment. *Journal of Health Psychology*,

Vol. 22(5), s. 582-594. <http://doi.org/10.1177/1359105315609088> *(12)

Rø, Ø. (2020). Hva er spiseforstyrrelser? I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W. Torsteinsson (Red.),

Spiseforstyrrelser – forståelse og behandling (s. 43-53). Fagbokforlaget * (10)

Rø, Ø. (2020). Utredning av spiseforstyrrelser. I Ø. Rø, T.W. Hage, V.W. Torsteinsson

(Red.). *Spiseforstyrrelser: forståelse og behandling*. (s. 54-62). Fagbokforlaget. * (8)

Rådet for psykisk helse. (2015, 7. Desember). *Spiseforstyrrelser*. Hentet 19.04.2021 fra

<https://psykiskhelse.no/spiseforstyrrelser> * (4)

Samdal, O., Wold, B., Harris, A. & Torsheim, T. (2017, august). *Stress og mestring*. (IS-

2655). HelseDirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/)

[mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/ /attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/)

* (54)

Selvhjelp Norge. (2020, 17. januar). *Hvorfor bruke selvhjelp og hvilken nytte kan vi ha av*

det? Hentet 18. mars 2021 fra <https://selvhjelp.no/hvorfor-selvhjelp/> * (4)

Slade, M. (2017). *100 råd som fremmer recovery – en veiledning for psykisk helsepersonell.*

(NAPHA rapport nr.2/2017). NAPHA – Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.

* (57)

Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk. * (62)

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* (s. 157-175). Fagbokforlaget. * (18)

Torsteinsson, V. W. & Hage, T. W. (2020). Å etablere et samarbeid. I Ø. Rø, T.W. Hage & V.W. Torsteinsson (Red.), *Spiseforstyrrelser – forståelse og behandling* (s. 99-109). Fagbokforlaget. * (10)

Vågan, A. & Olsson, A. B. S. (2018). Empowerment. *Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse*, 1-3. https://mestring.no/wp-content/uploads/2018/11/Utdypning_empowerment_161118.pdf * (3)