

**Ungdommers erfaringer med hva som fremmer bedring i
behandling for anoreksi – en metasyntese**

**Adolescents' experiences with what promotes improvement in
treatment for anorexia nervosa – a metasyntesis**



Universitetet
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet
Master i Rus- og Psykisk helsearbeid
Masteroppgave (30 studiepoeng)
Veileder: Elisabeth Severinsson**

Antall ord: 21052

01.06/2022

Forord

Denne masteroppgaven utgår fra masterstudiet i Rus- og Psykisk helsearbeid ved det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Stavanger. Arbeidet med denne oppgaven har vært lærerikt, spennende og til tider også svært krevende.

Jeg vil benytte denne anledningen til å rette en stor takk til veilederen min Elisabeth Severinsson for gode faglige innspill, samt råd og oppmuntring gjennom prosessen med å skrive denne masteroppgaven. Elisabeth har vært svært tilgjengelig under hele masterprogrammet. Hennes konstruktive tilbakemeldinger har vært til stor hjelp.

Jeg vil også takke arbeidsplassen min som har tilrettelagt slik at det har vært mulig å gjennomføre masterstudiet ved siden av jobb.

Til slutt vil jeg takke familien min og spesielt samboeren min som har vært støttende og tålmodig gjennom hele prosessen. Uten dere, hadde ikke dette vært mulig. Tusen takk!

Michelle Waagenes Johannessen, juni 2022.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	7
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	7
1.2 <i>Studiens hensikt og review spørsmål</i>	11
2.0 Teoretisk rammeverk	12
2.1 <i>Sentrale begrep</i>	12
2.1.1 <i>Recovery/bedringsprosesser:</i>	12
2.1.2 <i>Ungdommer</i>	12
2.2 <i>Teori om recovery</i>	12
2.2.1 <i>Klinisk recovery</i>	13
2.2.2 <i>Personlig recovery</i>	13
2.2.3 <i>Recovery som personlige og sosiale prosesser</i>	14
2.3 <i>Tidligere forskning på området</i>	15
2.3.1 <i>Forskning om recovery</i>	16
2.3.2 <i>Forskning om recovery fra spiseforstyrrelser</i>	17
2.3.3 <i>Forskning om ungdommers erfaringer med behandling for anoreksi</i> .	18
3.0 Forskningsparadigme og metode	21
3.1 <i>Hermeneutisk vitenskapssyn</i>	21
3.2 <i>Beskrivelse og begrunnelse for valg av metode</i>	22
3.3 <i>Metasyntese som forskningsmetode</i>	23
3.3.1 <i>Metaetnografiens preanalytiske fase (trinn 1 – 3)</i>	24
3.3.2 <i>Metaetnografiens analytiske fase (trinn 4 – 6)</i>	35
4.0 Forskningsetiske vurderinger	37
5.0 Resultater	38
6.0 Diskusjon	48
6.1 <i>Resultatdiskusjon</i>	48
6.2 <i>Metodediskusjon</i>	59
6.2.1 <i>Styrker og svakheter med metoden som er anvendt:</i>	59
6.2.2 <i>Styrker og svakheter knyttet til troverdighet, overførbarhet og refleksivitet</i>	60
7.0 Konklusjon og implikasjoner for praksis	67
8.0 Litteraturliste	69

Tabeller og vedlegg

Tabell 1: Søkestrategi	26
Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	28
Tabell 3: Oversikt over inkluderte primærstudier	31
Tabell 4: Oversikt over undertemaer, temaer og overordnet tema	36
Figur 1: PRISMA FLOW DIAGRAM.....	29
Vedlegg 1: PICO skjema	78
Vedlegg 2: Sjekkliste.....	79
Vedlegg 3: Sjekkliste for vurdering av kvalitet på inkluderte studier.....	80
Vedlegg 4: Oversikt over ekskluderte artikler	82
Vedlegg 5: Matrise for analyse og syntese med utgangspunkt i likheter og sammenhenger mellom studiene.....	86

Sammendrag

Bakgrunn for studien: Anoreksi er en alvorlig psykisk lidelse som ofte debuterer i ungdomsårene. I forbindelse med koronapandemien er det registrert en økning i antall barn og unge med en spiseforstyrrelse i Norge. Alvorligheten er høyere og lidelsene oppstår ved yngre alder enn før. **Hensikt:** Denne studiens hensikt var å kritisk granske og systematisere evidens om hva ungdommer med anoreksi erfarer som viktige faktorer i egen bedringsprosess.

Metode: Studiens forskningsdesign er en kvalitativ metasyntese med en metaetnografisk tilnærming. **Reviewspørsmål:** «*Hvilke aspekter ved behandling for anoreksi erfarer ungdommer at fremmer bedring?*».

Resultater: Funnene fra studien tyder på at ungdommer ønsker å bli sett for dem de er. De har behov for behandlingsopplegg som er tilpasset deres unike situasjon. Det ble trukket fram både fordeler og ulemper med å bli behandlet sammen med andre.

Ett viktig aspekt ved behandlingen var at profesjonelle fokuserte på de psykiske vanskene, så vel som de fysiske vanskene. En personsentrert tilnærming med fokus på at ungdommene skulle tilegne en identitet utenfor selve spiseforstyrrelsen ble foretrukket. Det ble vektlagt at profesjonelle bør skifte fokus ved å tilby aktiviteter utenfor det ordinære behandlingsprogrammet. Støtte fra familie, venner eller profesjonelle ble trukket fram som svært betydningsfullt under behandlingen. Ungdommer var generelt ambivalente til å gi fra seg kontrollen. Flere så imidlertid verdien av det i ettertid og for noen ble dette også ansett som livreddende. **Konklusjon:** Ungdommenes uttalelser tyder på at de ønsker at profesjonelle skal gi støtte til personlig recovery og at vektgjenoppretting alene ikke er nok.

Abstract

Background for study: Anorexia is a serious psychiatric disorder that often emerge in adolescence. During the pandemic there has been an increase in children and adolescents with an eating disorder in Norway. The severity is higher and the disease occur at a younger age than before. **Aim:** This study aims to critically examine and systematize evidence about what adolescents with anorexia experience as important factors in their recovery process. **Method:** This study is a metasynthesis with an metaetnographic approach. **Review question:** “*What aspects in the treatment of anorexia do adolescents experience as positively impacting their recovery?*”. **Results:** The findings from the study suggests that adolescents wish to be seen as who they are. They require individual treatment aimed at their specific situation. The study highlighted pros and cons in being treated together as a group. One important aspect of the treatment was the importance of professionals focusing on both the psychological and physiological contributing factors. A personalized approach with a focus on acquiring an identity outside of the eating disorder was preferred. It was emphasized that professionals should shift focus by offering activities outside of the ordinary treatment program. Support from friends, family and professionals was highlighted as extremely valuable throughout treatment. The adolescents were generally ambivalent to give up control, although several saw the value of this later in hindsight, and for some this was considered life-saving. **Conclusion:** The adolescents statements indicate a need for professionals to support personal recovery and that weight restoration alone is not sufficient.

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I forbindelse med koronapandemien er det blitt registrert en kraftig økning i tilfeller av barn og unge med psykiske lidelser. De er både flere og sykere enn før (Hallgren & Skogstrøm, 2022). I fjor ble over 6000 flere barn og unge henvist til barne- og ungdomspsykiatrien enn året før, og gjennom hele pandemien har antall henvisninger til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) økt med 28 prosent (Hallgren & Skogstrøm, 2022). I februar 2022 hadde Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) møter med regionale og lokale helseforetak, kommuner, samt pasient-, bruker- og pårørendeorganisasjoner for å danne et samlet og oppdatert bilde av situasjonen i helse- og omsorgstjenesten. Her fremkommer det blant annet at det er en økende forekomst av spiseforstyrrelser hos barn og unge. De fikk også tilbakemelding om at alvorligheten er høyere og at problemene oppstår ved yngre alder enn før (Ukom, 2022). Lavterskeltilbud som for eksempel Rådgivning Om Spiseforstyrrelser (ROS) opplever stor vekst i antall henvendelser, både når det gjelder individuelle samtaler og chattetjenester. Fra 2020 til 2021 opplevde ROS en vekst på 43 prosent i forbindelse med individuelle samtaler og en vekst på 35 prosent knyttet til henvendelser på chat (Ukom, 2022). Aftenposten har publisert en graf hentet fra Norsk pasientregister og RHF som viser utviklingen i diagnoser de siste tre årene. Antall pasienter som har en spiseforstyrrelse har økt med hele 62 prosent fra 2019 til 2021 (Hallgren & Skogstrøm, 2022).

Denne metasyntesen handler om ungdommer med spiseforstyrrelsen anoreksi og deres erfaringer med hva som fremmer bedring i behandlingssammenheng. Anoreksi er en alvorlig psykisk lidelse som ofte debuterer i ungdomsalderen (Helsedirektoratet, 2017).

Spiseforstyrrelsen er mest utbredt blant jenter enn gutter, med en prevalens på 0,4 prosent (WHO, 2022). Anoreksi kjennetegnes av en intens frykt for å gå opp i vekt og mange tror at de er overvektige selv om de er undervektige (Helsenorge, 2019). Verdens helse organisasjon (WHO) beskriver anoreksi som «characterised by significantly low body weight for the individual's height, age and developmental stage that is not due to another health condition or to the unavailability of food» (WHO, 2022). Helsedirektoratet (2017) hevder at pasienter med spiseforstyrrelser ofte vil oppfylle kriterier for andre psykiatriske tilstander. Dette kan være

tilstander som har oppstått før selve spiseforstyrrelsen, men kan også være et resultat av spiseforstyrrelsessymptomer som eksempelvis undervekt og oppkast. Eksempler på psykiatriske tilstander som er vanlig hos mennesker med anoreksi er depresjon, angstlidelser og personlighetsforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2017). Over lang tid kan anoreksi ha alvorlige fysiske konsekvenser, blant annet hjerteproblemer (unormal hjerterytme og hjertesvikt) og i verste fall dødsfall (Helsenorge, 2019). I Folkehelseinstituttets rapport «psykisk helse i Norge» fremkommer det at dødsrisikoen ved anoreksi ikke er ubetydelig. Det er anslått at den er på 5 prosent i tiårsperioden etter sykdomsdebut (Reneflot et al., 2018, s. 63). Lidelsen kan også føre til blant annet beinskjørhet, fertilitetsproblemer, tap av menstruasjon, hodepine og synsvansker (Helsenorge, 2019).

Ifølge Helsenorge (2019) og Reneflot et al. (2018, s. 63) vil de fleste som har anoreksi bli friske med behandling, men hva det vil si å bli frisk fra en spiseforstyrrelse, hevder Øverås (2018, s. 51) at er et komplisert spørsmål. Ifølge henne er det enda ikke blitt enighet internasjonalt om en felles definisjon. Det de fleste imidlertid er enige om, er at det å være frisk bør innebære både fysiologiske endringer (normalisering av vekt, at man har menstruasjon eller normale verdier på blodprøver), atferdsendringer (fravær av symptomer som oppkast eller ekstremt lavt matinntak) og psykologiske endringer (normalisering av kroppsbilde eller et mer normalt forhold til mat og vekt) (Øverås, 2018, s. 51).

Helsedirektoratet (2017) viser til at psykiatrisk behandling av pasienter med spiseforstyrrelser alltid vil måtte være en kombinasjon av konkrete atferdstiltak rettet mot reduksjon av spiseforstyrrelsessymptomer og annet psykoterapeutisk arbeid rettet mot både underliggende og vedlikeholdende faktorer. Behandling kan være individuell eller i gruppe, og gis som enten poliklinisk-, dag-, eller døgnbehandling. Mange vil ha nytte av gruppebasert behandling hvor pasientene kan dele erfaringer og støtte og utfordre hverandre på endring (Helsedirektoratet, 2017). Prognosen for å bli frisk av anoreksi er best for de som får behandling tidlig (Helsenorge, 2019).

For barn og unge med en spiseforstyrrelse, er familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser den anbefalte behandlingsformen (Holm, 2020, s. 25). Ifølge Helsedirektoratet (2018) vil hele familien bli berørt når et barn eller en ungdom får en spiseforstyrrelse. Familien er imidlertid ofte barnets eller ungdommens viktigste ressurs og støtteapparat. Samarbeid med pårørende kan dermed være avgjørende for et godt utfall av behandlingen. Den viktigste årsaken til at familiebasert behandling blir anbefalt, er ifølge

Torsteinsson et al. (2020, s. 158) at systematiske studier har vist at denne tilnærmingen har best effekt på spiseforstyrrelsessymptomer hos barn og unge. En metastudie av randomiserte kontrollerte studier viste at familiebasert behandling hadde bedre effekt enn individuell behandling for ungdommer med anoreksi eller bulimi, når det ble gjort målinger både 6 og 12 måneder etter avsluttet behandling (Couturier et al., 2013, s. 3). Helsedirektoratet (2017) formidler at denne typen behandling bør være førstevalg ved start av behandling for barn og unge med anoreksi. Samtidig understrekes det at helsepersonell bør vurdere om det foreligger kontraindikasjoner. Dersom konfliktnivået mellom foreldre er så stort at foreldrene ikke kan samarbeide om behandlingen, kan dette regnes som en kontraindikasjon (Helsedirektoratet, 2017).

Psykiske vansker i barne- og ungdomsårene kan øke risikoen for blant annet frafall i skolen, rusmisbruk, problemer med å komme i arbeid i voksen alder, økonomiske problemer og sviktende sosiale relasjoner (Haug et al., 2020, s. 51). Hva som fremmer recovery blant ungdom med anoreksi er derfor et viktig fokusområde. Recovery har blitt et fremtredende begrep i psykisk helsevern verden over (Van Weeghel et al., 2019, s. 170). Ifølge Borg et al. (2013, s. 3) har interessen for recovery som begrep og kunnskapsområde vært økende i Norge de senere årene, men også internasjonalt er recovery fremhevet som retningsgivende innenfor psykisk helse- og ruspolitikk (Borg et al., 2013, s. 5). Innenfor bruker-, forsknings- og fagmiljøer er det blitt gjort et betydelig stykke arbeid for å tydeliggjøre recoverybegrepet. Det finnes imidlertid fortsatt mange ulike definisjoner og forståelser av begrepet. Recoverybegrepet anvendes også på forskjellige måter nasjonalt og internasjonalt (Borg et al., 2013, s. 5). Borg et al. (2013, s. 5) har på bakgrunn av dette gjort en kunnskapssammenstilling for å tydeliggjøre hvordan begrepet kan beskrives og hvordan recoveryorienterte praksiser kan fremmes og utvikles. I rapporten blir det fremhevet at det ikke finnes en fellesstandard eller en type praksis som kan omtales å være recoveryorientert. Kunnskapssammenstillingen gir en oversikt over hvordan begrepet har endret seg siden det først fikk innpass i det psykiske helsefeltet. Recoveryperspektivet innebærer et paradimeskifte fra patologi til en grunnlagsforståelse av at mennesker med psykiske helseutfordringer kommer seg, samt at støttende sosial og kulturell kontekst er viktig for bedringsprosessen (Borg et al., 2013, s. 39-40).

Recoveryperspektivet blir også framhevet som et viktig bidrag til praksisutvikling i Helsedirektoratet (2014, s. 32) sin veileder «sammen om mestring» og Slade (2017) sin

rapport «100 råd som fremmer recovery». Ut ifra et recoveryperspektiv er det brukeren som er eksperten på eget liv (Helsedirektoratet, 2014, s. 32). En praksis som kjennetegnes av å være recoveryorientert fremmer muligheter og tro på at brukere kan leve meningsfulle og tilfredsstillende liv, til tross for psykiske lidelser (Slade, 2017, s. 7). Den profesjonelle skal formidle tro på at brukeren kan utvikle seg og få et bedre liv (Helsedirektoratet, 2014, s. 32). Relasjonen mellom den profesjonelle og brukeren kjennetegnes i stor grad av åpenhet, ærlighet, likeverdighet og tillit. I veilederen blir det understreket at noen miljøer og relasjoner kan fremme recovery, mens andre derimot kan være barrierer for recovery (Helsedirektoratet, 2014, s. 32). For mange kan relasjonen til den profesjonelle være et viktig bidrag til recovery (Slade, 2017, s. 7).

1.2 Studiens hensikt og review spørsmål

Denne masteroppgaven har som hensikt å kritisk granske og systematisere evidens om hva ungdommer med anoreksi erfarer som viktige faktorer i egen bedringsprosess. Oppgaven vil bygge videre på arbeidet til Bezance og Holliday (2013), Westwood og Kendal (2012) og Williams et al. (2021). Formålet er å bidra til større innsikt og økt forståelse av ungdommers erfaringer med behandling for anoreksi gjennom å synliggjøre eksisterende evidens på feltet.

Studien tar utgangspunkt i følgende review spørsmål:

«Hvilke aspekter ved behandling for anoreksi, erfarer ungdommer at fremmer bedring?»

Å samle og syntetisere forskningslitteratur som bygger på ungdommers erfaringer med behandling for anoreksi kan skape verdifull kunnskap om hva ungdommer opplever som meningsfullt for egen bedringsprosess. Kunnskap om hva personer med spiseforstyrrelser opplever som viktig for å kunne leve et godt liv, er betydningsfullt for å kunne utvikle bedre tjenester (Helsedirektoratet, 2014). Ungdommenes erfaringer kan gi en pekepinn på hva profesjonelle bør gjøre mer eller mindre av i behandlingssammenheng for å gi støtte til recovery.

2.0 Teoretisk rammeverk

Dette kapittelet gir først en definisjon av sentrale begreper. Videre presenteres recovery som det teoretiske perspektivet som masteroppgaven bygger på. Avslutningsvis i kapittelet vil en oversikt over tidligere forskning på området presenteres. Både teori og tidligere forskning vil senere bli anvendt i diskusjon av forskningsresultatene fra denne studien.

2.1 Sentrale begrep

2.1.1 Recovery/bedringsprosesser:

I denne oppgaven benyttes begrepene bedringsprosesser og recovery om hverandre. Det finnes ingen god norsk oversettelse av begrepet recovery (Pedersen, 2017, s. 100; NAPHA, 2010). Pedersen (2017, s. 100) hevder at dette trolig er fordi recovery har blitt så allment benyttet og at det derfor er vanskelig å erstatte. Det er mange som bruker begreper som «å komme seg» eller «tilfriskning», på samme måte som svenskene bruker «att återkomma». Kritikken mot disse oversettelsene er at de i for stor grad beskriver en prosess hvor man beveger seg fra syk mot frisk, og i liten grad beskriver hvordan man håndterer livet til tross for symptomer og plager (NAPHA, 2010).

2.1.2 Ungdommer

Når det i denne oppgaven refereres til ungdommer, er dette mennesker som har blitt behandlet for anoreksi i ungdomsårene, fra 13 til 18 år. Dette er i tråd med ulike databaser som beskriver «adolescents» som individer mellom 13 og 18 år. Alle deltakere i denne studien vil omtales som «ungdommer», selv om noen av dem er over 18 år.

2.2 Teori om recovery

Studien vil forankres i recovery som begrep og kunnskapsområde. Recoverybegrepet egner seg godt til å belyse og forstå studiens review spørsmål. I recoverylitteraturen har det hovedsakelig blitt skilt mellom to typer recovery; klinisk recovery og personlig recovery. Den største forskjellen mellom klinisk og personlig recovery handler om hvem som gjør vurderinger. I det ene tilfellet er det profesjonelle, mens i det andre tilfellet er det individet.

En annen vanlig måte å skille mellom personlig og klinisk recovery på er å beskrive sistnevnte som en tilstand og førstnevnte som en prosess (Topor et al., 2018, s. 158). Det er bred enighet om at de fleste psykiske helsetjenester i dag er tilrettelagt for å oppfylle kravene til klinisk recovery. I retningslinjer for psykisk helse verden over, blir det imidlertid i økende grad vektlagt støtte til personlig recovery (Slade, 2017, s. 12).

2.2.1 Klinisk recovery

Klinisk recovery har lenge blitt brukt innenfor medisinen som ett resultatmål for å «bli frisk» og helt fri for symptomer (Borg & Topor, 2014, s. 19). En slik definisjon av recovery representerer resultatorientering og er utviklet av behandlings- og rehabiliteringsmiljøer som er interessert i effekten av behandling og objektive resultatmål (Borg et al., 2013, s. 16). Slade og Logden (2015, s. 10) peker på fire sentrale kjennetegn ved klinisk recovery: 1) det er et resultat eller en tilstand, 2) det er observerbart, 3) det blir vurdert av en klinisk ekspert og 4) det er en tilstand som ikke varierer mellom ulike individer. I klinisk recovery er operasjonalisering og å måle nivåer av bedring av interesse (Slade, 2017, s. 16; Borg et al., 2013, s. 16). I slike tilfeller er det den profesjonelle som har makten til å definere hva som kan forstås som bedring hos pasienten. Det blir gitt beskjeden oppmerksomhet mot personens erfaringskunnskap, den unike situasjonen og konteksten (Borg et al., 2013, s. 16). Ifølge Borg & Topor (2014, s. 16) er klare resultatmål et krav som helse- og velferdsarbeidere i stadig større grad blir stilt ovenfor. De som bevilger penger til offentlige tjenester, ønsker å vite om den behandlingen som tilbys faktisk fungerer. Dette er imidlertid ett krav som er utfordrende å møte for både brukere og fagfolk. Profesjonelle kan for eksempel hevde at en pasient er «frisk» eller «bedre» ut ifra objektive vurderinger, mens pasienten på sin side kan føle at lite er endret (Borg & Topor, 2014, s. 16).

2.2.2 Personlig recovery

Personlig recovery er en ny forståelse av recovery som baseres på erfaringsbasert kunnskap fra brukere selv (Slade, 2017, s. 16). Personer med psykiske helsevansker har i økende grad snakket om hvordan det er å ha en psykisk lidelse, og hvilke faktorer de opplever som hjelpesomme i bedringsprosessen (Slade, 2009, s. 37). Et viktig prinsipp i personlig recovery

er at det er personen selv som sitter med den beste kunnskapen om hva som er hjelpsomt og ikke-hjelpsomt, og at personen derfor må lede an i arbeidet med recovery. «Ingen personer kan forandres utenfra» er en sentral tanke i en slik forståelse (Karlsson & Borg, 2017, s. 11). En av de mest anvendte definisjonene av personlig recovery er Anthony (1993, s. 527) sin beskrivelse, som lyder som følger:

“A deeply personal, unique process of changing one’s attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living satisfying, hopeful and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of a new meaning and purpose in one’s life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness” (Anthony, 1993, s. 527).

Ut ifra en slik definisjon av recovery handler det ikke om at pasienter skal bli frisk eller symptomfri (jf. Klinisk recovery), men at de skal kunne leve et godt liv til tross for de begrensningene som sykdommen påfører dem. Definisjonen til Anthony (1993, s. 527) vektlegger særlig det unike og personlige ved individet, og personlige mål har stor betydning. Personlig recovery handler om å finne veien til et tilfredsstillende liv, der det er personen selv som legger premissene for eget liv og egne hjelpetilbud (Pedersen, 2017, s. 99). I en oversiktsstudie som tok for seg personers erfaringer med recovery (Leamy et al., 2011, s. 2) ble det identifisert fem ulike kategorier som kjennetegner recoveryprosessen. Forskerne har gitt modellen forkortelsen CHIME. CHIME står for: 1) Connectedness (tilknytning/tilhørighet), 2) Hope (håp), 3) Identity (identitet), 4) Meaning (mening) og 5) Empowerment (myndiggjøring).

2.2.3 Recovery som personlige og sosiale prosesser

Definisjonen av personlig recovery har blitt kritisert for å være for individorientert (Karlsson & Borg, 2017, s. 118; Price-Robertson et al., 2016, s. 110; Tew et al., 2012; Borg, 2007, s. 42). I definisjonen blir ordene «dypt individuell» og «personlig» benyttet om selve recoveryprosessen. Definisjonen peker ikke på sosiale faktorer som betydningsfulle for utvikling og opprettholdelse av psykisk helse (Karlsson & Borg, 2017, s. 118). Mennesker er ikke isolerte individer, men blir derimot født inn i en verden av sosialitet forstått som at mennesker er forbundet med hverandre (Karlsson & Borg, 2017, s. 118). Karlsson & Borg

(2017, s. 100-101) hevder at både tilhørighet og fellesskap har en sentral plass i recovery. Sosial tilhørighet henger sammen med personens opplevelser av å bli møtt og anerkjent av andre, samt personens identifikasjon og ikke identifikasjon med andre. Det er gjennom bekræftelse og anerkjennelse fra andre i ulike sosiale situasjoner og relasjoner at vi kan utvikle et differensiert forhold til oss selv og andre (Karlsson & Borg, 2017, s. 118-119).

Selv om veien mot recovery riktig nok er individuell og dette er noe personen selv opplever og jobber mot, betyr ikke det at personen ikke har behov for støtte på veien (Slade, 2017, s. 10). Det blir en for individualistisk tankegang, hvis profesjonelle i for stor grad tenker at personen alene skal kunne realisere sine mål, drømmer og muligheter. Recovery handler ikke bare om personers egen innsats, men det handler like mye om hva omgivelsene og tjenestetilbud muliggjør (Karlsson & Borg, 2017, s. 100). Ifølge Bjørlykhaug et al. (2021, s. 28) er sosial støtte avgjørende for blant annet forebygging av psykiske helseproblemer, opprettholdelse av en god psykisk helse, samt tilrettelegging for recovery hos mennesker med moderate eller alvorlige psykiske lidelser.

2.3 Tidligere forskning på området

Av eksisterende forskning på feltet er det et stort antall forskningsartikler som omhandler pasienter med alvorlige psykiske lidelser og deres erfaringer med recovery. Det er også publisert en rekke systematiske kunnskapsoppsummeringer som tar for seg pasienters erfaringer med behandling for spiseforstyrrelser (eksempelvis bulimi og anoreksi). Det er imidlertid færre studier som tar for seg kun erfaringer knyttet til behandling for anoreksi. Majoriteten av den forskningen som ligger ute omhandler også voksnes erfaringer og det er generelt lite forskning som bygger på ungdommers erfaringer alene. I det følgende vil det gis en oppsummering av eksisterende forskningslitteratur som er relevant for studiens review spørsmål.

2.3.1 Forskning om recovery

En som har gitt viktige bidrag til forståelsen av recovery er Deegan. Deegan har selv erfaring med å få en alvorlig psykisk lidelse i ung alder. Hun ble diagnostisert med schizofreni og har senere fortalt om hvordan sykdommen ble en dominerende part i livet hennes (Karlsson & Borg, 2017, s. 46). I 2005 gjennomførte Deegan en kvalitativ studie hvor hun intervjuet 19 kvinner og 10 menn, som alle hadde en alvorlig psykisk lidelse (Deegan, 2005, s. 2). Ett av de mest sentrale funnene fra denne studien er informantenes beskrivelser om hvordan de tok i bruk personlige strategier i egen bedringsprosess. Deegan kaller disse strategiene for «personlig medisin» som hun definerer på følgende måte: *«self-initiated, non-pharmaceutical self-care activities that served to decrease symptoms, avoid undesirable outcomes, such as hospitalization, and improve mood, thoughts, behaviors, and overall sense of wellbeing»*. Det var særlig to typer personlig medisin som ble identifisert gjennom studien: 1) aktiviteter som ga livet mening og formål, og 2) spesifikke strategier for egenomsorg. Deegan mener selv at helsepersonell og andre hjelpe burde spørre pasientene sine om personlig medisin og hva pasientene allerede gjør for å hjelpe seg selv (Deegan, 2005, s. 3, 7).

En annen viktig bidragsyter innenfor recoveryfeltet er Borg (2007). Hun har skrevet en doktorgradsavhandling som tar utgangspunkt i tre kvalitative studier som omhandler enkeltindividers erfaringer med det hun omtaler som «bedringsprosesser» ved alvorlige psykiske lidelser (Borg, 2007, s. 21, 23). Informantene fra denne studien ga uttrykk for at recovery handler om å leve. De formidlet et ønske om å bli forstått og møtt som aktive agenter i å forme egne liv, i motsetning til en pasient med en psykisk lidelse (Borg, 2007, s. 52). Miljøet kunne utgjøre en stor forskjell for recoveryprosessen. Vanlige miljøer og aktiviteter ble trukket fram som de mest hjelpsomme arenaene for bedring, i motsetning til behandlingsmiljøer innenfor psykisk helsevern (Borg, 2007, s. 35). Ett sentralt funn fra doktorgraden handler om at hverdagslige trivialiteter kan være svært betydningsfulle. Informantene formidlet også at det var viktig for dem å kunne føle seg «normal» og som «folk flest» (Borg, 2007, s. 41).

2.3.2 Forskning om recovery fra spiseforstyrrelser

Blant dem som har forsket på personer med spiseforstyrrelser og deres perspektiver på recovery er Wetzler et al. (2020). I deres oversiktsstudie har forskerne intervjuet mennesker med spiseforstyrrelsene anoreksi, bulimi eller overspisingslidelse. Deltakerne har blitt spurt om hva personlig recovery betyr for dem og hvordan recovery fører til forbedret livskvalitet. Wetzler et al. (2020, s. 1191) inkluderte 20 studier i sin syntese. De kom fram til seks overordnede komponenter til recovery: støttende relasjoner, håp, identitet, mening og hensikt, empowerment og selvmedfølelse (Wetzler et al., 2020, s. 1197).

- 1) **Støttende relasjoner:** Støtte fra familiemedlemmer, kjære, venner eller profesjonelle, handlet om å motta støtte, råd og oppmuntring fra andre, så vel som å føle seg hørt, forstått og validert av sine støttespillere (Wetzler et al., 2020, s. 1197). Støtte fra andre som delte lignende erfaringer ble også vektlagt. Dette var fordelaktig i form av at de følte seg forstått, mindre alene og som en del av en gruppe (Wetzler et al., 2020, s. 1998).
- 2) **Håp:** For å aktivere og tilrettelegge for recovery var håp helt essensielt. Håp drev motivasjonen mot å søke hjelp og til å fortsette å jobbe seg gjennom utfordringene (Wetzler et al., 2020, s. 1998).
- 3) **Identitet:** Identitet handler om måten folk ser og forstår seg selv på. Det var viktig å lære å forstå seg selv og oppdage egne behov, interesser og ønsker i livet. Det ble ansett som sentralt å gjenoppbygge en identitet og et liv atskilt fra spiseforstyrrelsen, slik at individets selvfølelse ikke var avhengig av spiseforstyrrelsen (Wetzler et al., 2020, s. 1198).
- 4) **Mening og hensikt:** Å leve og oppleve livet med en følelse av hensikt ble beskrevet som å finne formål utenfor spiseforstyrrelsen (Wetzler et al., 2020, s. 1199).
- 5) **Empowerment:** Empowerment handler om å ta ansvar og kontroll, som fører til tillit, handlefrihet og motstandskraft. Personer med spiseforstyrrelser beskrev å gjenvinne kontrollen over livet og fremtiden, samtidig som de anerkjente viktigheten av selvhjelp, selvbestemmelse og selvstyring for å bli frisk (Wetzler et al., 2020, s. 1199).
- 6) **Selvmedfølelse:** Dette er sentrert om måten man forholder seg til seg selv på. Individet lærer å være bevisste og å anerkjenne og være snille mot seg selv gjennom å styrke sine egenomsorgsferdigheter og evner (Wetzler et al., 2020, s. 1199).

2.3.3 Forskning om ungdommers erfaringer med behandling for anoreksi

Bezance og Holliday (2013), Williams et al. (2021) og Westwood og Kendal (2012) er blant de få som har gjort systematiske kunnskapsoppsummeringer av kvalitativ forskning som omhandler ungdommers erfaringer med behandling for anoreksi og recovery. I det følgende vil det gis en oppsummering av sentrale funn fra oversiktsartiklene. Disse funnene vil senere bli brukt i diskusjonen av denne studiens resultater.

Ett viktig funn fra eksisterende forskning dreier seg om relasjoner. I oversiktsartikkelen til Bezance og Holliday (2013, s. 354) blir relasjoner til familie, jevnaldrende og profesjonelle trukket fram som betydningsfulle. Tilstedeværelsen av søsken og hvordan de responderte på lidelsen hadde betydning for ungdommenes opplevelse av egen sykdom og recovery. Støtte fra jevnaldrende venner ved utskrivelse var betydningsfullt for å opprettholde en pågående recoveryprosess (Bezance & Holliday, 2013, s. 354). Det var imidlertid delte erfaringer knyttet til relasjoner med jevnaldrende som ble til i behandlingskontekst. For noen av ungdommene ble disse relasjonene ansett som positive og noe som kunne fremme recovery. Disse deltakerne opplevde støtte og aksept fra sine jevnaldrende og kunne identifisere seg med andre som hadde lignende erfaringer. Andre ungdommer hadde imidlertid negative opplevelser med å bli behandlet sammen med andre jevnaldrende. Disse ungdommene sammenlignet seg selv med andre og kunne føle på skyld, konkurranse og økte nivåer av stress. Ungdommene lærte også negative mestringsstrategier fra jevnaldrende som for eksempel å løpe opp og ned trapper. En av studiene viste også til at ungdommene kunne bli opprørt av å se andre lide og at dette kunne påvirke deres egen bedringsprosess (Bezance & Holliday, 2013, s. 354). Westwood og Kendal fant lignende funn i sin studie. Det så ut til å være polarisert syn på påvirkning fra jevnaldrende i døgninstitusjoner. Fordeler som støtte og en følelse av identifikasjon ble identifisert, ved siden av samtidige ulemper som å lære negativ atferd og konkurrere om å være den «beste anorektikeren» (Westwood & Kendal, 2012, s. 503).

Verdien av erfarne ansatte som ga støtte til recoveryprosessen ble framhevet som viktig (Bezance og Holliday, 2013, s. 355). Dette er et funn som også blir trukket fram i Westwood & Kendal (2012, s. 505) sin studie. Ungdommene ga uttrykk for at de verdsatte erfarne ansatte, mens uerfarent personale var lite nyttig og gjorde at de følte seg utrygge. Ansatte som var sensitive, empatiske, tydelige, konsekvente og som viste tilgjengelighet og vilje til å lytte,

ble sett på som avgjørende for behandling og recovery. Noen av ungdommene følte imidlertid at fagfolk så på dem som uærlige og at kontroll i noen tilfeller kunne påvirke behandlingsengasjementet i negativ retning (Bezance & Holliday, 2013, s. 354-355). Å etablere gode terapeutiske relasjoner syntes vanskelig i akutte psykiske helsesituasjoner. Den egosyntoniske karakteren til anoreksi gjør at klienter ikke er i stand til å oppfatte seg selv som syke eller at de trenger behandling. Den potensielle vanskeligheten med å etablere terapeutiske relasjoner ser ut til å resultere i negative sykepleieholdninger og oppfatninger, som inkluderer synspunkter om at individer med anoreksi ønsker å være uvel og er oppmerksomhetssøkende, spesielt når de oppfattes å motsette seg eller sabotere behandling (Westwood & Kendal, 2012, s. 503).

Kontroll er et aspekt som blir trukket fram i flere av kunnskapsoppsummeringene. Westwood og Kendal (2012) fant i deres studie at mange av pasientene i utgangspunktet mislikte å få fjernet kontrollen. Mange av dem anså imidlertid dette for å være en livreddende del av behandlingen i ettertid. Men ikke alle syn på behandling endret seg over tid. En nøkkelfaktor til recovery var pasientens egen lyst og motivasjon for endring. Å være klar for endring var viktig, fordi uten et ønske om endring, kan behandling feile og det er risiko for tilbakefall ved utskrivelse (Westwood & Kendal, 2012, s. 502). I Bezance og Holliday (2013, s. 356) sin studie framkom det at tvungen behandling kunne føre til at ungdommene kjempet mot den profesjonelle, i stedet for å kjempe mot selve spiseforstyrrelsen. I motsetning, ville unge mennesker som ble gitt et valg i behandlingen få en følelse av Empowerment og ansvar for egen recovery, kunne bestemme seg for å akseptere behandling og kjempe mot lidelsen (Bezance & Holliday, 2013, s. 356). Men også her blir viktigheten av å ønske bedring understreket. Uten et ønske om recovery, ville ungdommene ofte vende tilbake til sin gamle atferd etter utskrivelse (Bezance & Holliday, 2013, s. 356-357).

Noe som går igjen i Williams et al (2021) og Bezance og Holliday (2013) sine kunnskapsoppsummeringer er betydningen av at profesjonelle ser ungdommene bak spiseforstyrrelsen. Unnlattelse av å se individet bak lidelsen kan føre til at unge mennesker føler seg alene og misforstått (Williams et al. (2021, s.12). Flere av ungdommene fra Williams et al (2021, s. 12) sin oversiktsstudie ga uttrykk for at de er mer enn en spiseforstyrrelse og dens fysiske manifestasjoner. De understrekte hvor viktig det var at helsepersonell så dem som individer og lyttet til dem i stedet for å gjøre antagelser om dem. De gjorde det også klart at deres følelsesmessige behov, og utfordringene de møter, måtte

anerkjennes (Williams et al., 2021, s. 12). Deltakerne fra Bezance og Holliday (2013, s. 356) sin studie, følte at de mest hjelpsomme tjenestene var de som anerkjente den emosjonelle belastningen vektøkningen hadde, og tok for seg både psykologiske og fysiske aspekter ved lidelsen (Bezance & Holliday, 2013, s. 356). Det å se på recovery som å kun gjenopprette vekt ville føre til rask nedgang når behandlingen var avsluttet (Bezance & Holliday, 2013, s. 356-357). At ungdommene føler at de voksne viser interesse i dem som individer, kan gjøre det mulig for dem å begynne å ta tak i de psykologiske og fysiske utfordringene ved anoreksi og jobbe mot recovery. En utfordring for helsepersonell er å møte individets unike psykologiske og emosjonelle behov, sammen med deres fysiske helsebehov, men for ungdommene er dette av størst betydning (Williams et al., 2021, s. 13)

Williams et al. (2021, s. 12) og Bezance og Holliday (2013, s. 357) fant i deres oversiktsstudier at spiseforstyrrelsen var en integrert del av de unges vesen. I de tilfellene hvor spiseforstyrrelsen ble sett på som en del av deres personlighet og livsstil, var recovery vanskelig å se for seg. Dette ville bety ett tap av seg selv. Dette er spesielt relevant med tanke på at anoreksi ofte dukker opp i ungdomsårene, på et tidspunkt der det er viktig å definere sin egen identitet (Bezance & Holliday, 2013, s. 357). Deltakere fra Bezance og Holliday (2013, s. 356) sin studie mistet opplevelse av identitet når ansatte antydte hvordan «en anorektisk» tenker og oppfører seg.

3.0 Forskningsparadigme og metode

I denne delen av oppgaven beskrives metodikken som er brukt i denne studien. Det gis først en beskrivelse av vitenskapsteoretisk forankring før metoden som er brukt i studien blir beskrevet kort. Videre i kapittelet presenteres det metodiske arbeidet som strekker seg fra datainnsamling til analyse og syntese av resultater.

3.1 Hermeneutisk vitenskapssyn

Denne masteroppgaven forankres i et hermeneutisk vitenskapssyn. Dette er et perspektiv som blir brukt mye i helse- og sosialfaglig forskning (Brottveit, 2018b, s. 32). Hermeneutikk betyr fortolkningslære (Dalland, 2012, s. 57). Målet i hermeneutikken er ifølge Brottveit (2018b, s. 35) å komme frem til nye mulige forståelser av et fenomen. Ut ifra en hermeneutisk tilnærming kan fenomener forstås på flere nivåer og det finnes ikke en egentlig sannhet (Thagaard, 2018, s. 37). Denne oppgaven vil i stor grad baseres på tolkning av tekst fra ulike primærstudier. I tolkning av tekst legger hermeneutikken spesielt vekt på forholdet mellom deler og helhet, og på den betydningen kontekst og selvrefleksjon har (Malterud, 2017a, s. 28). Å forstå helheten ut fra de enkelte delene og delene ut fra helheten er viktige prinsipper og omtales ofte som «den hermeneutiske spiral» (Brottveit, 2018b, s. 38). Sentralt i hermeneutikken er å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart er innlysende (Thagaard, 2018, s. 37).

Med filosofiske forutsetninger fra hermeneutikken, avviser det fortolkende paradigmet en forestilling om at forskeren har en nøytral rolle uten innflytelse på kunnskapsutviklingen (Malterud, 2017a, s. 41). I denne oppgaven har for eksempel mitt ståsted og mine interesser, vært særlig avgjørende for hvilket reviewspørsmål som blir belyst, hvilke metoder som blir brukt og hvordan konklusjonene blir vektlagt og formidlet. Forforståelsen min har også vært en stor del av motivasjonen for å forske på temaet. Gadamer (2012) er en viktig bidragsyter innenfor hermeneutikken. Han hevder at enhver forståelse må skje ut fra det erfaringsgrunnlaget forskeren til enhver tid besitter. Det er aldri slik at forskere starter med blanke ark når de går i gang med et forskningsprosjekt. Som forsker vil man alltid bringe med seg egen forforståelse inn i arbeidet (Dalland, 2012, s. 117, 121). Ifølge Brottveit (2018d, s. 130) er forforståelse helt nødvendig. Hun mener at forforståelsen er en forutsetning for at

forståelse overhodet er mulig. Ifølge henne vil ingenting være forståelig, uten en form for forforståelse (Brottveit, 2018d, s. 130). Før et forskningsprosjekt blir satt i gang har forskeren som regel en forhåndsoppfatning av hvordan ting henger sammen og hva han eller hun skal se etter. Forskeren vil alltid ha med seg ett sett av forutsetninger og forventninger inn i forskningsfeltet. Dette kan være basert på egen erfaring, kunnskap og teori (Brottveit, 2018b, s. 35). Ifølge Malterud (2017a, s. 45) er det i slike tilfeller viktig å ha et aktivt og bevisst forhold til egen forforståelse. Dette kan blant annet redusere risikoen for at forforståelsen overdøver budskapet fra det empiriske materialet (Malterud, 2017a, s. 45). Før dette forskningsprosjektet ble satt i gang, satt jeg derfor av tid til å avklare egen forforståelse. Redegjørelse for egen forforståelse er beskrevet i metodediskusjonen, under punkt 6.2.2.3, se s. 64.

3.2 Beskrivelse og begrunnelse for valg av metode

I all forskning er det problemstillingen som leder vei til hvilken metode som er relevant (Malterud, 2017b, s. 48). Ifølge Malterud (2017a, s. 31) kan kvalitative forskningsmetoder brukes for å få vite mer om menneskelige egenskaper som for eksempel erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Målet er å «utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for de involverte selv innenfor sin naturlige sammenheng» (Malterud, 2017a, s. 36). Metoden retter seg særlig mot hvordan vi kan forstå og begrepsfeste den virkeligheten vi er en del av (Brottveit, 2018c, s. 64). Kvalitative metoder har altså som mål å belyse menneskers subjektive opplevelser og erfaringer. Fordi denne oppgaven har som hensikt å belyse ungdommers subjektive erfaringer med hva som fremmer bedring, er en kvalitativ metode godt egnet.

Metodevalget for denne masteroppgaven er en systematisk kunnskapsoversikt. Ifølge Helsebiblioteket (2016a) gir kunnskapsoversikter en oversikt over flere artikler som omhandler det samme emnet. Ideelt sett skal en systematisk oversikt gi et fullstendig og balansert bilde av all den forskningen som finnes på et felt (Nortvedt et al., 2012, s. 137). Ifølge Aveyard (2019, s. 4) blir systematiske kunnskapsoversikter stadig mer og mer viktig i helse- og sosialsektoren. Ansatte i denne sektoren har et profesjonelt ansvar for å holde seg oppdatert på nyere forskning, slik at de ikke utøver en praksis som er «gått ut på dato». Oversikter over kvalitative data er viktig fordi det oppsummerer tilgjengelig litteratur på ett

gitt tema, slik at lesere ikke trenger å oppsøke alle forskningsartikler som omhandler samme tema (Aveyard, 2019, s. 4). Kunnskapsoversikter bidrar på denne måten til at eksisterende forskning blir mer oversiktlig og lettere tilgjengelig for ansatte som jobber med psykiske helseutfordringer. Å slå sammen flere studier vil gi et mer komplett bilde av fenomenet som studeres (Averyard, 2019, s. 4). Det er ifølge Berg & Munthe-Kaas (2013, s. 133) flere grunner til at oversikter med kvalitative data er nyttige. Systematiske oversikter gir blant annet et grundigere og mer presist svar på spørsmål om «hvordan» og «hvorfor» enn enkeltstudier alene. Dersom man ikke sammenstiller forskning som belyser samme problemstilling, risikerer man å gå glipp av nyttig informasjon (Berg & Munthe-Kaas, 2013, s. 133).

En systematisk kunnskapsoversikt kjennetegnes av at forskeren identifiserer ett review spørsmål og deretter prøver å svare på spørsmålet ved å søke etter, vurdere og analysere relevant litteratur ved å ta i bruk en systematisk tilnærming (Aveyard, 2019, s. 2). Denne studiens review spørsmål handler om ungdommers subjektive erfaringer knyttet til egen bedringsprosess. På bakgrunn av dette vil kvalitative primærstudier benyttes for å besvare problemstillingen.

3.3 Metasyntese som forskningsmetode

Denne oppgaven er en kvalitativ metasyntese som sammenfatter forskningsfunn fra flere studier til ett resultat. Målet med en metasyntese er å utvikle ny forståelse gjennom å sammenligne og syntetisere funn fra flere ulike studier (Edwards, & Kaimal, 2016, s. 31). Den syntesemetoden som anvendes i oppgaven er metaetnografi som ifølge Berg og Munthe-Kaas (2013, s. 135) anses som den mest brukte metoden for systematiske oversikter som inkluderer studier med kvalitative design. Denne ble utviklet av Noblit & Hare (1988, s. 93) med den hensikt å syntetisere kvalitative studier. Som metode er metaetnografi en induktiv og fortolkende syntesetilnærming (France et al., 2014, s. 2). Formålet er å sammenfatte, analysere og tolke primærdata, med sikte på å komme fram til noe annet og noe mer enn det hver enkelt studie viser (Malterud, 2017a, s. 175). Metaetnografien kjennetegnes i all hovedsak av tre forskjellige hovedstrategier: 1) Å identifisere hovedtemaer eller begreper i hver enkelt studie, 2) Å utforske sammenhenger mellom de ulike studiene (likheter og ulikheter), og 3) Bygge opp en generell tolkning basert på resultatene fra hver enkelt studie (Berg & Munthe-Kaas, 2013, s. 134).

Noblit og Hare (1988, s. 110-113) deler metaetnografiens analyseprosess inn i 7 ulike trinn: 1) komme i gang - formulere problemstilling og søkestrategi og deretter gjennomføre første søk, 2) beslutte hva som er relevant for å svare på problemstillingen, 3) lese studiene og vurdere relevans og kvalitet, samt få overblikk over temaer, 4) identifisere fellestrekk på tvers av primærstudiene og se etter sammenhenger mellom resultatene, 5) oversette studiene til hverandre, 6) syntetisere oversettelsene og 7) formidle disse sammenfatningene i tekst. Denne metoden skiller seg fra vanlig tematisk analyse ved at hovedfunnene fra de ulike primærstudiene «oversettes til hverandre», med et spesielt blikk for metaforer (Malterud, 2017a, s. 180). Når Noblit og Hare (1988, s. 97) bruker ordet metaforer, refererer de til de temaene, perspektivene og/eller konseptene som avdekkes av kvalitative studier. Trinn en til tre i analyseprosessen er det som skjer før selve analysen og syntesen, mens trinn fire til seks er den praktiske gjennomføringen av analyse og syntese (Malterud, 2017b, s. 78). Disse trinnene har fungert som en systematisk fremgangsmåte for hva som skal gjøres og i hvilken rekkefølge. Det er imidlertid viktig å påpeke at overgangen mellom de ulike trinnene i denne metasyntesen til dels har vært flytende. Spesielt trinn nummer fire, fem og seks har vært overlappende.

3.3.1 Metaetnografiens preanalytiske fase (trinn 1 – 3)

Trinn 1) Komme i gang: formulere problemstilling, søkestrategi og gjennomføre første søk

Forskeren har brukt PICO skjemaet som rammeverk for å gjøre problemstillingen presis og tydelig (Helsebiblioteket, 2016c), se **vedlegg 1**. Det ble besluttet å ta i bruk PICO med liten o fordi dette er et bedre egnet verktøy til spørsmål som besvares med kvalitative forskningsdesign, eksempelvis erfaringer. PICO er den engelske forkortelsen for **P**opulation/problem, **p**henomenon of **I**nterest og **C**ontext (Helsebiblioteket, 2016c). Populasjonen som skal studeres i denne studien er ungdommer mellom 13 og 18 år med spiseforstyrrelsen anoreksi. Fenomenet av interesse er deres erfaringer med hva som fremmer bedring (recovery). Konteksten er behandling, enten døgnbehandling, dagbehandling eller poliklinisk behandling.

En systematisk kunnskapsoversikt skal ifølge Nortvedt et al. (2012, s. 137) ha en eksplisitt, tydelig og referert søkestrategi. Oversikten baseres derfor på omfattende litteratursøk. Før det ble gjennomført et systematisk litteratursøk i aktuelle databaser, gjorde forskeren flere testsøk. Malterud (2017b, s. 54) anbefaler forskere å gjøre et par testsøk for å vurdere om antall treff gir et overkommelig oppdrag før forskerne skal gjøre en systematisk gjennomgang. For å gjennomføre et godt litteratursøk fikk forskeren bistand fra en bibliotekar ved universitetsbiblioteket i Stavanger. I samarbeid med bibliotekaren ble det utarbeidet en søkestrategi, hvor aktuelle databaser og nøkkelord ble valgt. Dette er i tråd med Malterud (2017b, s. 51) sine anbefalinger. Det har blitt søkt etter forskningsartikler som er publisert mellom januar 2011 og februar 2022. I søkeprosessen har forskeren benyttet seg av ulike elektroniske databaser, deriblant Medline, Cinahl, SocINDEX, Academic Search Premier, PROSPERO og Pubmed. Det har også blitt gjort et søk i det akademiske tidsskriftet «Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing». **Se tabell 1: søkestrategi** for en oversikt over databasevalg, søkeord med kombinasjonsord, eventuelle avgrensninger, antall treff og referanse til valgte artikler.

Tabell 1: Søkestrategi

Databasevalg	Søkeord med kombinasjonsord	Eventuelle avgrensninger	Antall treff	Referanse til valgte artikler
Medline Cinahl Socindex Academic search premier	(adolescents or teenagers or young adults or teen or youth) AND (anorexia or anorexia nervosa) AND (therapeutic relationship or nurse-patient relations or therapeutic alliance) AND (systematic review or meta-synthesis or literature review or review of literature)	Full tekst, fagfelleurdert, publisert mellom 2011-2021, aldersgruppe 13-18 år	6 treff	Ingen artikler valgt.
Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Recovery from anorexia	2011-2021	21 treff	Westwood & Kendal (2012)
PROSPERO*	Recovery AND anorexia AND systematic review	Ingen avgrensninger	10 treff	Ingen publiserte artikler.
Cinahl Medline SocIndex Academic search premier	(adolescents or adolescence or teenagers or teens or youth) AND (anorexia or anorexia nervosa) AND (qualitative or experience or experiences or perspective or perspectives or attitude or attitudes or view) AND (treatment or recovery)	Full Text; Peer Reviewed; Published Date: 20110101-20221231; Language: English	287 resultater	Conti et al. (2021) Nilsen et al. (2020) Nilsen et al. (2021) Wu & Harrison (2019) Zaitsoff et al. (2016) Zugai et al. (2013)
Pubmed	((adolescents or adolescence or teenager or teen or teens or youth or youths) AND (anorexia or anorexia nervosa)) AND (qualitative or experiences or experience or perspective or perspectives or attitude or attitudes or view)) AND (treatment or recovery)	Full text, English, adolescent, 13-18 years, publisert mellom 2011-2022	361 resultater	Chubbs-Payne et al. (2021) Nilsen et al. (2019)
Oria	Manuelle søk	Full text, peer reviewed	Ikke relevant	Benzance & Holliday (2013) Wetzler et al. (2020) Williams et al. (2021)
Eventuelle kommentarer til søket: *PROSPERO = Søket i PROSPERO fant ingen publiserte systematiske kunnskapsoppsummeringer eller pågående studier med samme review spørsmål som denne oppgaven.				

Forskeren startet med å søke etter systematiske kunnskapsoppsummeringer for å få en oversikt over forskningsfeltet. Det ble gjort et søk i PROSPERO som er en internasjonal database med prospektivt registrerte systematiske oversikter innen blant annet helse- og omsorgsfeltet (National Institute for Health Research, u.å). Søket ble gjennomført for å få en oversikt over både pågående og publiserte kunnskapsoppsummeringer om det aktuelle temaet. Det ble ikke funnet noen publiserte artikler knyttet til ungdommers erfaringer med behandling for anoreksi og hva som fremmer recovery. Det var heller ikke registrert noen pågående studier med samme review spørsmål som denne oppgaven. Videre ble det gjort et systematisk søk i databasene Medline, Cinahl, SocINDEX og Academic Search Premier for å finne systematiske kunnskapsoppsummeringer. Det var disse databasene forskeren og bibliotekar anså som mest hensiktsmessig ut ifra gitt problemstilling. Følgende søkeord ble tatt i bruk: *(adolescents or teenagers or young adults or teen or youth) AND (anorexia or anorexia nervosa) AND (therapeutic relationship or nurse-patient relations or therapeutic alliance) AND (systematic review or meta-synthesis or literature review or review of literature)*.

For å finne relevante primærstudier til metasyntesen har følgende søkestrategi blitt anvendt: *(adolescents or adolescence or teenagers or teens or youth) AND (anorexia or anorexia nervosa) AND (qualitative or experience or experiences or perspective or perspectives or attitude or attitudes or view) AND (treatment or recovery)*. Det har blitt utført ett søk i Medline, Cinahl, SocINDEX og Academic Search premier og ett søk i PubMed. Forskeren har kombinert ulike søkeord med «OR» for å utvide søket og «AND» for å tilpasse søket slik at det ikke ble for bredt. Den primære søkestrategien involverte å søke etter fagfelleverderte artikler i flere databaser. Den sekundære søkestrategien involverte å identifisere relevante artikler fra referanselistene til artiklene som ble identifisert i primærsøket, samt gjennomføre individuelle søk i Oria

Trinn 2) Beslutte hva som er relevant for å svare på problemstillingen

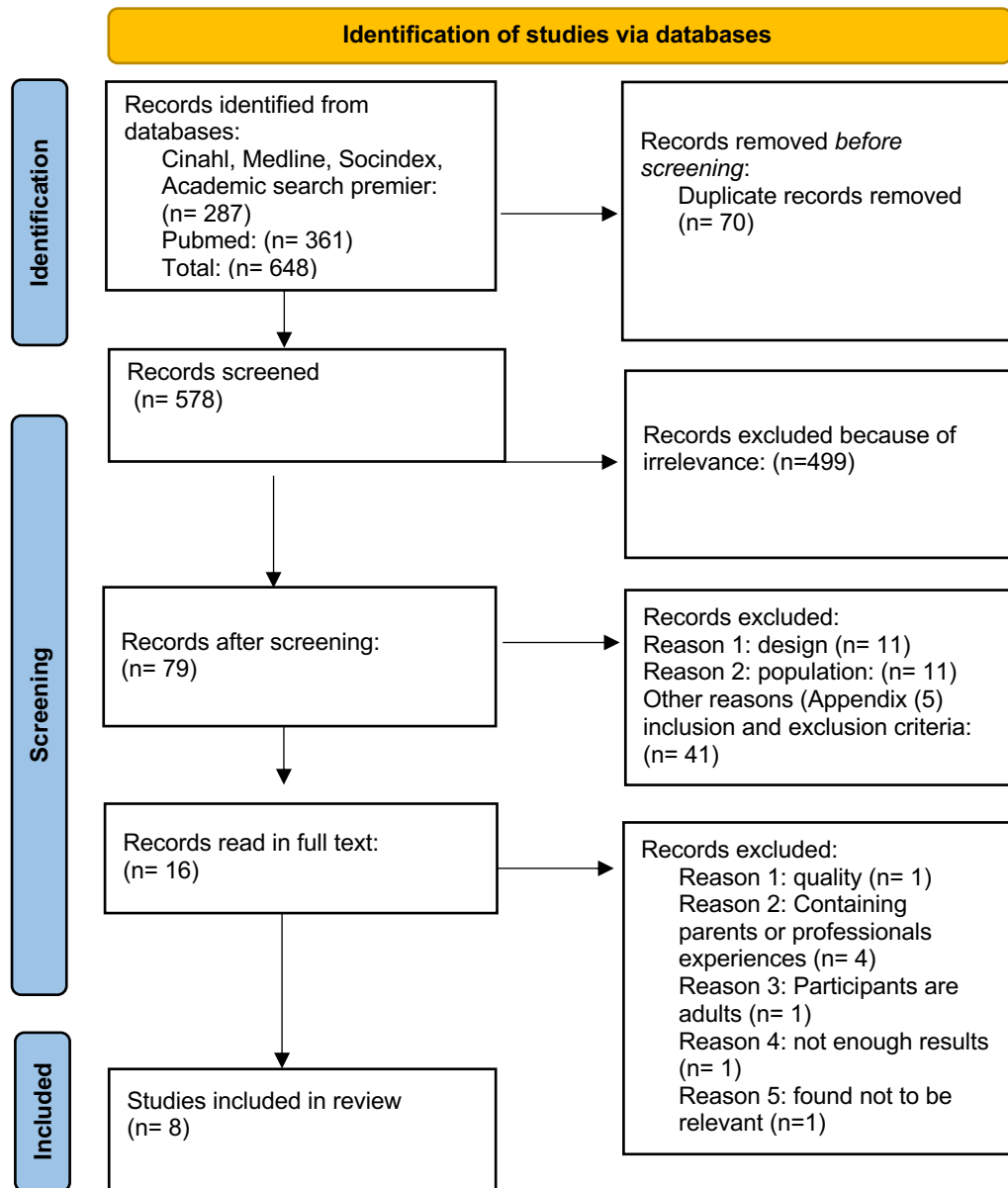
Søket etter primærstudier ga til sammen 648 treff. Selv med en grundig forberedt søkestrategi inneholdt søket en del referanser som omhandlet andre temaer utenfor selve problemstillingen. Dette kaller Malterud (2017b, s. 57) for forurensning. Det ble tidlig utviklet forhåndsbestemte inklusjons- og eksklusjonskriterier som forskningsartikler ble vurdert ut ifra, se **tabell 2**. For å illustrere forløpet fra startsøk til det endelige utvalget av inkluderte primærstudier, har det blitt utarbeidet et flytskjema, se **Figur 1: Prisma Flow**

Diagram. I første trinn av gjennomgangen (screening) har forskeren frasortert treff som representerte opplagt forurensning. Forskeren har gjort dette ved å lese tittelen og sammendraget til de ulike referansene. For noen av treffene var det imidlertid nødvendig å gå gjennom dem i fulltekst. Flytdiagrammet gir en oversikt over hvor mange artikler som er ekskludert og årsaken til dette.

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Kvalitative forskningsartikler	Kvantitative forskningsartikler eller mixed-method
Deltakere har fått behandling som ungdom (13-18år)	Deltakere har fått behandling etter fylte 18 år
Anoreksi som diagnose	Andre spiseforstyrrelser, eks. Bulimi
Brukererfaringer	Profesjonsutøveres og foreldres erfaringer
Skriftspråk på Engelsk	Andre skriftspråk
Publisert mellom januar 2011 og februar 2022	Forskningsartikler publisert før år 2011
Fagfelleverderte artikler	Ikke-fagfelleverderte artikler

Figur 1: PRISMA FLOW DIAGRAM



Figur 1: PRISMA Flow Diagram. PRISMA, 2020 (<http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>). CC BY.

Figuren er hentet fra PRISMA (2020) sin nettside og er reproduisert. Flytdiagrammet distribueres under vilkårene i Creative Commons Attribution License.

Trinn 3) Lese studiene og vurdere relevans og kvalitet, samt få overblikk over temaer

Det var til sammen 16 primærstudier som ble lest i fulltekst. Etter å ha nærlest de aktuelle primærstudiene og gjort en ny vurdering av relevans, ble det gjort en vurdering av artiklenes metodiske kvalitet. Noen av ulempene med metaetnografi som metode er at den ikke gir noen råd for selve utvelgelsen av artikler og vurdering av artiklenes metodiske kvalitet (Berg & Munthe-Kaas, 2013, s. 134). Forskeren har imidlertid valgt å benytte seg av Critical Appraisal Skills Programme (CASP) sin sjekklister for kvalitative studier (CASP, 2018). Dette er en mye brukt sjekklister for å vurdere kvaliteten på kvalitative forskningsartikler. CASP er laget av en ekspertgruppe som har pilotert og videreutviklet flere ulike versjoner av sjekklister.

Sjekklisten for kvalitative studier inneholder 10 forskjellige spørsmål knyttet til hensikten med studien, metode og designvalg, rekrutteringsstrategi, datainnsamlingsmetode, relasjonen mellom forsker og deltaker, etikk, analyse, presentasjon av resultat og studiens nytteverdi (CASP, 2018). Helsebiblioteket (2016b) har utviklet en sjekklister for vurdering av kvalitative studier som er inspirert av CASP sin sjekklister. Forskeren har tatt utgangspunkt i denne når forskeren har organisert kvalitetsvurderingen av aktuelle artikler i en tabell, **se vedlegg 2 og 3**. Forskeren har svart ja (J), nei (N) eller uklart (U) på spørsmålene i vedlegg 2. Hvert spørsmål som gir et «Ja» svar gir 1 poeng. For at en artikkel skal vurderes til å ha høy kvalitet må den ha en poengskåre mellom 8 og 10. Alle inkluderte artikler ble vurdert til å ha høy kvalitet.

Etter å ha gjort en ny vurdering av relevans og vurdert artiklenes metodiske kvalitet, var det åtte artikler som gjenstod. For å skape en oversikt over de inkluderte primærstudiene i denne oppgaven, har forskeren laget en tabell som inneholder sentrale kjennetegn ved de ulike studiene, **se tabell 3: oversikt over inkluderte studier**. Tabellen tar for seg forfatter, publiserings år, land, studiens hensikt, datainnsamlingsmetode, deltakere (bortfall), analysemetode og hovedresultater opp mot hensikten av studien. Forskeren har også valgt å legge til en ekstra kolonne med studiens kvalitet.

Tabell 3: Oversikt over inkluderte primærstudier

Review spørsmål: «Hvilke aspekter ved behandling for anoreksi, erfarer ungdommer at fremmer bedring?»						
Førstefatter (år), land	Studiens hensikt	Datainnsamlingsmetode	Deltakere	Analysemetode	Hovedresultater opp mot hensikten av studiet	Studiens kvalitet, CASP*
1. Chubbs-Payne et al. (2020) Canada	Å forstå holdninger ungdommer med anoreksi fra ulike stadier av behandling, har til fysisk aktivitet som en komponent av behandling.	Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju.	17 deltakere.	Tematisk analyse.	Deltakerne anerkjente både fordeler (psykologiske, sosiologiske og fysiologiske) og risikoer (utløser negative tanker, øker konkurranseatferd) ved å implementere fysisk aktivitet i akutt anoreksi-behandling. Pasientkarakteristikker som behandlingsstadie og treningshistorie påvirket deltakernes oppfatning av fysisk aktivitet som en del av behandling for anoreksi. Ifølge ungdommene ville det ideelle aktivitetsprogrammet fokusert på moro, være individualisert, gruppebasert og direkte støttet av personalet.	Høy kvalitet. (Forskerne har ikke diskutert hvordan egen rolle har påvirket resultatene, kort analysedel.

<p>2. Conti et al. (2021)</p> <p>Australia, New Zealand & United Kingdom.</p>	<p>Undersøke ungdommers erfaringer med familiebasert behandling ved anoreksi for å forbedre intervensjonen, og identitetsforhandlinger i en slik kontekst.</p>	<p>Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju</p>	<p>14 deltakere.</p>	<p>Tematisk analyse.</p>	<p>Ungdommene identifiserte det å jobbe som en familieenhet som nøkkelen til deres recovery og fremhevet viktigheten av familierapiintervensjoner for ungdommer med anoreksi. Det som ble trukket frem som mest nyttig var når terapeuter tok til orde for og tok hensyn til deres unike behov og preferanser og skreddersydde behandlingsintervensjoner til disse.</p>	<p>Høy kvalitet. (Forskerne har fått etisk godkjenning, men har ikke diskutert etiske temaer, f.eks. informert samtykke og at deltakerne kan trekke seg når som helst. Forskerne har ikke diskutert hvordan egen rolle kan ha påvirket datamaterialet.)</p>
<p>3. Nilsen et al. (2019)</p> <p>Norge</p>	<p>Undersøke etterbehandlingsrefleksjoner som kommer etter å ha blitt skrevet ut fra behandlingsprogrammet. To forskningsspørsmål: a) hvordan opplever deltakerne med levdt erfaring fra en familiebasert døgnbehandling samarbeidet med personalet, og, b) hvilken atferd og ferdigheter blir verdsatt/ansett som viktig ved personalet.</p>	<p>Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju.</p>	<p>37 deltakere.</p>	<p>Tematisk analyse.</p>	<p>Basert på ungdommens perspektiv fra en behandlingssituasjon som er sterkt påvirket av en familierapeutisk tilnærming, viste funn at tidligere innlagte pasienter foretrekker skreddersydd behandling og en samarbeidende tilnærming.</p>	<p>Høy kvalitet. (Får ikke informasjon om hvordan deltakerne ble rekruttert og hvorfor 21 valgte å ikke delta. 4 av de som intervjuet deltakerne har vært direkte involvert i behandlingen – en skjevhet.)</p>
<p>4. Nilsen et al. (2020)</p> <p>Norge</p>	<p>Undersøke unge mennesker med anoreksis perspektiv på faktorer relatert til recoveryprosessen.</p>	<p>Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju.</p>	<p>37 deltakere.</p>	<p>Tematisk analyse.</p>	<p>Selv om deltakerne ga uttrykk for viktigheten av støtte fra familie, venner og kjære, understreket deltakerne tydelig sitt eget ansvar, motivasjon og</p>	<p>Høy kvalitet: (Fikk ingen informasjon om hvordan deltakerne ble rekruttert og hvorfor noen valgte å ikke</p>

	Forskningsspørsmål: «Hva rapporterer ungdom som har levde erfaringer med anoreksi og som har deltatt i et familiebasert døgnbehandlingsprogram, ved en spesialisert spiseforstyrrelsesenhet, som viktige faktorer for recovery?»				selvbestemmelse som kritiske faktorer for recovery. Ekstern støtte er viktig.	delta. En svakhet er at spørsmålene i intervjuguiden dekket et bredt spekter av spørsmål som handler om deltakernes erfaringer med behandling og er ikke spesifikt rettet mot forskningsspørsmålet som handler om «viktige faktorer for recoveryprosessen»).
5. Nilsen et al. (2021) Norge	Å undersøke tidligere pasienters erfaringer med familiebasert døgnbehandling	Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju.	37 deltakere.	Tematisk analyse.	Behov for å skreddersy behandlingen til den individuelle. Behov for nøye planlegging av overganger og avveie søskeninvolvering.	Høy kvalitet: (Får ikke informasjon om hvorfor noen ikke ønsket å delta i studien. En svakhet er at flere av deltakerne kjente til 4 av intervjuerne, fordi de har vært involvert i behandlingen, de har imidlertid diskutert hvordan dette kan være både en styrke og en svakhet.)
6. Wu & Harrison (2019) Kina	Å forstå erfaringene til fire ungdommer som mottar døgnbehandling for spiseforstyrrelser i Kina.	Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju.	4 deltakere.	Interpretative phenomenological analysis (IPA)	4 hovedtemaer: Det første gjenspeiler hva deltakerne oppfattet som arten av behandlingen de mottok, det andre gjenspeiler deltakernes ideer rundt positive og negative påvirkninger fra jevnaldrende under innleggelsen, det tredje er relatert til de erfaringene de har med effekten av	Høy kvalitet: (Forskerne har ikke diskutert hvorfor noen ikke ønsket å delta i studien, eller hvorfor de har brukt videointervju og styrker og svakheter ved dette, står ikke beskrevet hvem som holdt intervjuene og hvilken relasjon de har

					behandlingen på velvære og det fjerde er relatert til effekten av døgnbehandlingen på selvfølelsen.	til deltakerne. Få informanter)
7. Zaitsoff et al. (2016) Canada	Hensikten var å identifisere aspekter ved behandling som ungdom med anoreksi mener er hjelpsomme eller ikke-hjelpsomme.	Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju.	21 deltakere.	Koding av åpne spørsmål, kategorier.	Deltakerne trekker frem det de opplever som hjelpsomme og ikke-hjelpsomme komponenter ved behandling for spiseforstyrrelser.	Høy kvalitet: (Kan ikke se at forskerne har kritisk vurdert hvordan egen rolle har påvirket data, og hvilken relasjon forskerne har til deltakerne, få deltakere.)
8. Zugai et al. (2013) Australia	Å undersøke hvordan sykepleiere sikrer vektøkning og en positiv døgnopplevelse for ungdom som får behandling for anoreksi, ved å se på bruker perspektivet	Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju.	8 deltakere.	Tematisk analyse	Deltakerne reflekterte positivt over sykepleiere som opprettholdt en omsorgstilnærming som var fast, men likevel snill og rimelig. Det vil si at håndhevelsen av regler ble ledsaget av en prosess med terapeutisk engasjement og dømmekraft, for å sikre best mulig utfall. En sterk relasjon var assosiert med både vektøkning og en positiv pasientopplevelse.	Høy kvalitet: (Forskerne har ikke beskrevet hvorfor noen ikke valgte å delta i studien og har ikke kritisk vurdert hvordan egen rolle kan ha påvirket data. Forskerne har ikke beskrevet i detalj hvordan analysen ble utført, noe uklart hvordan temaene ble trukket ut fra datamaterialet.)
*Critical Appraisal Skills Programme						

3.3.2 Metaetnografiens analytiske fase (trinn 4 – 6)

Trinn 4) Identifisere fellestrekk på tvers av primærstudiene og se etter sammenhenger mellom resultatene

Den analytiske fasen startet med nærlesing av de inkluderte studiene gjentatte ganger. For å få større oversikt over datamaterialet ble det laget en tabell som inkluderte studienes resultater og tilhørende sitater som evidens for resultatene som ble trukket ut. Sentralt i metaetnografi er at forskeren skal ta stilling til hvordan hovedfunnene fra de inkluderte primærstudiene forholder seg til hverandre (France et al., 2014, s. 2). Det har derfor blitt sett etter sammenhenger og likheter mellom de ulike artiklene. Det ble videre laget en matrise for analyse og syntese hvor kandidaten listet studiene horisontalt og resultatene vertikalt, **se vedlegg 5 for en oversikt over analyse og syntese**. Teksten i cellene presenteres på engelsk fordi primærstudiene er skrevet på engelsk.

I tråd med Malterud (2017b, s. 79) sin anbefaling, ble det valgt ut en «indeksstudie» som inneholdt rik og variert data som kunne gi svar på denne metasynthesens review spørsmål. Indeksstudien ble plassert i den første kolonnen og dannet utgangspunktet for den videre sammenligningen av studiene. Fra hver av de inkluderte primærstudiene har det blitt trukket ut data i form av hovedtema, undertema og resultattekst. Data har blitt gjengitt ordrett for å beholde originaliteten fra hver enkelt studie. Etter hvert som det har blitt trukket ut data fra primærstudiene og inn i matrisen, har resultattekst blitt flyttet rundt fra celle til celle. Plasseringen av tekstelementer har blitt justert etter hvert som det har blitt tatt stilling til hva som er beslektet med hverandre. Dette er i tråd med Malterud (2017b, s. 80) sine anbefalinger. Radene i matrisen representerte etter hvert data som hadde viktige fellestrekk, samtidig som at motsetninger ble synliggjort. Dette lå til rette for neste del av analysen som var å oversette studiene til hverandre. Oversettelse er det norske ordet for Noblit og Hares (1988, s.110) betegnelse «translation». Dette dreier seg ikke om en direkte oversettelse som det gjerne kan snakkes om i dagligtalen, men det handler om en systematisk undersøkelse av likheter og forskjeller mellom uttrykk som forfatterne i de ulike primærstudiene har brukt til å presentere resultatene sine (Malterud, 2017b, s. 77).

Trinn 5 og 6) Oversette studiene til hverandre og syntetisere oversettelsene

Hovedperspektivet for denne oppgaven er en resiprok oversettelse. Dette innebærer en gjensidig oversettelse av ulike uttrykk for beslektede fenomener til hverandre (Malterud, 2017b, s. 78). For å oversette studiene til hverandre, ble hver horisontale rad gjennomgått for å utvikle en overordnet oversettelse som dekket alle temaer og all resultattekst. Basert på min tolkning av hva dette egentlig handlet om, ble det utviklet nye uttrykk. Dette er det som blir omtalt som «undertemaer», **se venstre kolonne i tabell 4**. Videre ble oversettelsene/undertemaene lagt sammen til tredjeordens begreper. Dette er det som kalles for å «syntetisere oversettelsene». Tredjeordens begrepene bygger igjen på min tolkning av hva oversettelsene handler om og blir kalt for temaer i denne oppgaven, **se midterste kolonne i tabell 4**. Jeg har også lagt til ett tredje nivå av analyse hvor jeg har kommet fram til ett overordnet tema som dekker alle temaer og undertemaer, **se høyre kolonne i tabell 4**. All syntese i forskning er ifølge Malterud (2017b, s. 77) fortolkning. Ved å legge primærstudiene ved siden av hverandre, har jeg gitt mening til det jeg har sett. Avslutningsvis ble det skrevet et sammendrag av de inkluderte studienes resultater som inneholdt sitater for å få fram informantenes stemme. En person nummer 2 (veileder) har validert tolkningen av datamaterialet. En oversikt over integrasjonen mellom undertemaer, temaer og overordnet tema er gitt i **tabell 4**.

Tabell 4: Oversikt over undertemaer, temaer og overordnet tema

Undertema	Tema	Overordnet tema
Individuell vs. gruppebasert behandling	Skreddersydd behandlingsopplegg	Se meg som det individet/mennesket jeg er og den lengselen jeg bærer på.
Personlige milepæler		
Det usynlige er vel så viktig som det synlige		
Støttende relasjoner betyr noe	Å utvikle en identitet utenfor selve spiseforstyrrelsen	
Sykdomsorientert vs. personorientert tilnærming		
Aktiviteter utenfor det ordinære behandlingsopplegget		
Kontroll	Å sveve mellom kontroll og mangel på kontroll	

4.0 Forskningsetiske vurderinger

I all forskning innenfor medisin og helsefag, skal etiske, medisinske, faglige, vitenskapelige og personvernmessige forhold ivaretas. Dette gjelder også for forskning som anvender metasyntese som metode (Malterud, 2017b, s. 135). I en metasyntese bygger forskningen på primærstudier som er utført av andre forskere. I slike tilfeller foreligger det ikke noe krav om å søke til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Malterud, 2017b, s. 135). Det er når forskeren behandler personopplysninger, at han eller hun må melde prosjektet inn til NSD (Norsk senter for forskningsdata, u.å.). Opplysninger som samles inn fra artiklene jeg har valgt å inkludere i studiet, skal imidlertid være anonymisert. Når opplysninger ikke kan knyttes til enkeltpersoner, skal det ikke søkes til REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, u.å.). Det har vært viktig å undersøke om forskerne fra de ulike primærstudiene har ivaretatt deltakerne på en etisk forsvarlig måte. Alle 8 primærstudiene har fått etisk godkjenning og har innhentet informert samtykke fra deltakerne sine. Opplysningene som fremkommer i de ulike artiklene er også anonymisert.

Når man utfører en metasyntese, har man også ansvar for å bevare integriteten i de originale forskningsstadiene. I kvalitative studier hvor fortolkning benyttes for å utvikle ny kunnskap, ligger det et etisk ansvar for å forebygge at det som ble sagt og skrevet ikke blir misforstått eller forvrengt (Malterud, 2017b, s. 136-137). I følge Thagaard (2018, s. 21) må forskere utvise redelighet og nøyaktighet i hvordan vi vurderer andre forskeres arbeid og hvordan vi senere presenterer forskningsresultater. I denne sammenhengen er det viktig å unngå å plagiere andre forskeres tekster. Plagiat er et alvorlig brudd på etiske standarder (Thagaard, 2018, s. 21). Studien vil derfor følge retningslinjene til «De nasjonale forskningsetiske komiteer» (NESH, 2021, s. 13) som sier at all forskning skal bygge på god henvisningsskikk. Dette innebærer at forskere må vise respekt, grundighet og etterrettelighet når det bygges videre på andres arbeid. Henvisningene i denne oppgaven skal være spesifikke nok til at innholdet kan finnes igjen, etterprøves og tolkes i sin opprinnelige sammenheng. Dette er anbefalinger fra NESH (2021, s. 13).

5.0 Resultater

Denne delen av oppgaven er det syvende og siste trinnet i metetnografiens analysestrategi, som handler om å formidle syntesen i tekst. Før syntesen formidles vil jeg det bli gitt en kort presentasjon av sentrale kjennetegn ved de inkluderte primærstudiene. Videre vil funn fra analysen og syntesen som bygger på min tolkning av datamaterialet, presenteres.

Presentasjon av inkluderte studier

Det var til sammen åtte studier som møtte inklusjonskriteriene for denne oppgaven. Disse er inkludert i **tabell 3** som gir en oversikt over sentrale kjennetegn ved de ulike artiklene. Studiene kommer fra 6 ulike land, hvor 3 av dem er fra Norge, 2 av dem fra Canada, 1 fra Kina, 1 fra Australia og 1 fra både Australia, New Zealand og United Kingdom. I alle primærstudiene ble kvalitativ metode anvendt. Alle forskerne benyttet seg av semistrukturerte intervju for å samle inn data. I flertallet av forskningsartiklene (n=6) ble tematisk analyse tatt i bruk for å analysere data. I en av studiene ble imidlertid Interpretative phenomenological analysis (IPA) benyttet, og i siste primærstudie kodet forskerne åpne spørsmål/kategorier. Alle artiklene ble vurdert til å ha høy kvalitet basert på spørsmålene i **vedlegg 2**.

Utvalget fra de ulike studiene utgjør til sammen 101 deltakere som har blitt diagnostisert med spiseforstyrrelsen anoreksi. Deltakerne har fått døgntilrettelagt behandling, poliklinisk behandling eller dagbehandling for lidelsen. Utvalget består i all hovedsak av jenter (n= 93). Til sammen var det 8 gutter som deltok som informanter i de inkluderte studiene. Zaitsoff et al. (2016, s. 252) har i sin studie valgt å ekskludere gutter på bakgrunn av at majoriteten av ungdommene som deltar i behandlingsprogram for anoreksi er jenter. Deltakerne er mellom 13 og 27 år og har alle fått behandling for anoreksi i ungdomsårene (13-18år). En spesifikk utfordring har vært at mange av de publiserte studiene inkluderer både ungdommer og voksnes erfaringer og også blander ulike typer spiseforstyrrelser (eksempelvis anoreksi og bulimi). Forskeren har imidlertid fulgt sine inklusjons- og eksklusjonskriterier nøye.

Analysen resulterte i ett overordnet tema, tre hovedtemaer og syv undertemaer, **se tabell 4**.

Overordnet tema: «*Se meg som det mennesket jeg er og de lengslene jeg bærer på*»

Tema 1: «*Skreddersydd behandlingsopplegg*»

I flere av artiklene fremkommer det på ulike måter at ungdommene ønsker en behandling som er tilpasset den enkeltes unike situasjon. Det blir lagt vekt på at de ansatte bør legge til rette for samarbeid og skreddersydd behandlingsopplegget til den unges perspektiv (Nilsen et al., 2019, s. 4). Ganske mange av deltakerne i Nilsen et al. (2019, s. 4) sin studie reflekterte over at det var behov for en mer ungdomsorientert tilnærming og at de ansatte burde være oppmerksom på individuelle forskjeller i behov og sårbarhet, med fleksibilitet i potensielle løsninger. Flere hadde erfaringer med at behandlingstilnærmingen var for forhåndsbestemt: «... *individuality ... ehm ... yes ... be aware that they are different patients ... different disorders ... and different illness histories ... maybe not just do the same thing over and over again ... that it is not always ... it's not always best to go by the book ...*» (Nilsen et al., 2019, s. 4).

Ungdommer fra Zugai et al. (2013, s. 2024) sin studie påpekte at sykepleierne måtte være forsiktig når de anvendte regler i behandlingsprogrammet. Deltakerne forsto at regler var essensielle for å sikre vektøkning, men uttrykte at reglene måtte være både relevante, rettferdige og ikke-restriktive. De ønsket regler for sitt velvære og ikke sin begrensning (Zugai et al., 2013, s. 2024). Det fremkommer også av Nilsen et al. (2019, s. 5) sin studie at reglene burde være mer individuelt tilpasset, slik at hvis et individ ikke hadde et bestemt problem, trengte ikke vedkommende å følge de samme reglene som dem som faktisk slet med et spesifikt problem.

Viktigheten av at behandlingen tilpasses hver unike ungdom og familie, blir tydelig i Nilsen et al. (2021) sin studie som undersøker ungdommers erfaringer med familiebasert døgnbehandling. For flertallet av ungdommene var en slik type behandling positiv i den forstand at det presenterte en mulighet for å dyrke relasjoner og bedre kommunikasjonen i familiene (Nilsen et al., 2021, s. 395). Slik var det imidlertid ikke for alle ungdommene. Noen av ungdommene som hadde fått familiebasert døgnbehandling understreket at de sannsynligvis ville ha fått mer ut av behandlingen hvis de ble innlagt alene. Noen av dem reflekterte tilbake og mente at det ville være tilstrekkelig eller enda bedre å få omsorg og støtte fra helsepersonell, der familien spilte en mer fjern rolle under innleggelsen. En av

ungdommene påpekte at familiebasert døgnbehandling ikke burde være det eneste alternativet (Nilsen et al., 2021, s. 397).

Chubbs-Payne et al. (2021) har i sin forskningsstudie undersøkt hvilke holdninger ungdommer med anoreksi har til fysisk aktivitet som ett komponent av behandlingen. Også her understrekte ungdommene at fysisk aktivitet bør skreddersys for å møte individuelle behov og preferanser. Ungdommenes holdninger til integrering av fysisk aktivitet varierte basert på hvilket behandlingsstadium ungdommen var på, hvem ungdommen var og hvilke historier med tvangstrening ungdommen hadde (Chubbs-Payne et al., 2021, s. 340, 338).

Undertema 1: «Individuell vs. gruppebasert behandling»

Ett sentralt aspekt ved behandling for anoreksi, er om ungdommene bør få tilbud om individuell eller gruppebasert behandling. Det blir trukket fram både fordeler og ulemper med gruppebasert behandling. I Chubbs-Payne et al. (2021, s. 340) blir gruppeaktiviteter trukket fram som mer motiverende, sosialt stimulerende og gøy. Wu og Harrison (2019, s. 5) viser til at gruppebasert behandling med andre jevnaldrende kan være positivt på den måten at det skaper en plattform hvor ungdommene kan snakke fritt om spiseforstyrrelsen deres uten å være bekymret for å bli stigmatisert. En av ungdommene deres uttrykte at han eller hun hadde holdt på en hemmelighet (spiseforstyrrelsen) i lang tid, uten å finne noen å snakke med, men at vedkommende hadde funnet noen å snakke med på avdelingen (Wu & Harrison, 2019, s. 5). Samtidig fremkommer det i flere av studiene at gruppebasert behandling kan bidra til at ungdommene bruker mye tid på å sammenligne seg selv med andre, blant annet når det kommer til hvor mye de andre spiser, går opp i vekt eller trener (Wu & Harrison, 2019, s. 6; Chubbs-Payne et al., 2021, s. 339; Nilsen et al., 2021, s. 396). Ved gruppebasert behandling var det flere deltakere som også påpekte at de lærte ny spiseforstyrret atferd av andre jevnaldrende på avdelingen (Nilsen et al., 2021, s. 396; Wu & Harrison, 2019, s. 6). De hadde blant annet lært hvordan de kunne manipulere vekten ved å fylle kroppen med vann, eller feste vekter til kroppen. Flere hadde også erfaringer med at behandlingsmiljøet var preget av konkurranse og at dette potensielt kunne forsterke spiseforstyrrelsessymptomene (Nilsen et al., 2021, s. 396). En annen ulempe ved gruppebasert behandling som ble trukket fram, var at det var vanskelig å fokusere på egen recoveryprosess, når de for eksempel var vitne til andre som hadde utfordringer med å fullføre måltider (Nilsen et al., 2021, s. 196).

«I was surrounded by girls, who were ... everyone was ill, and we gave each other ideas, and I felt it was kind of a toxic environment, it was really, no, it was no good at all. And it eventually became a struggle between the patients; it was all about who could sneak away most food and it was all this talk about that one should water load as much as possible on the day of weighing, and we gave each other advice on how to attach weights to our clothes and stuff, there were no limits ...» (Nilsen et al., 2021, s. 397).

Ungdommer fra flere av studiene beskrev også positive og negative aspekter ved familiebasert døgnbehandling, hvor familien blir innlagt sammen med ungdommen. For noen av deltakerne i Conti et al. (2021, s. 8) sin studie, oppstod det konflikter og ytterligere stress i sammenheng med at foreldre tok ansvar for spising og vektgjenoppretting. For andre ville det å bli innlagt sammen med familien kunne styrke familierelasjonene. Det vokste fram nye måter å forstå og forholde seg til familiene sine på (Nilsen et al., 2021, s. 395). En ungdom uttrykte:

«We became more strongly attached to each other, because I feel, you kind of slip apart from each other when you get an eating problem and like; “I was in my corner, and she was in hers”, but when we were here together, and did all the things together, and both focusing on the same, then we shared a common ground ... and then, the relationship improved too ... [...] ... I look back and think it was very, very good, for the both of us ...» (Nilsen et al., 2021, s. 396).

Undertema 2: *«Det usynlige er vel så viktig som det synlige»*

Et annet aspekt ved behandling for anoreksi som går igjen i flere av studiene, er at helsepersonell ikke bare bør fokusere på synlige spiseforstyrrelses symptomer, men også fokusere på det som foregår på innsiden. Et manglende fokus på å adressere psykiske vansker var en stor årsak til at informanter i Conti et al. (2021, s. 7) sin studie droppet ut av behandling. I noen tilfeller ville det dominerende fokuset på å forbedre fysisk sykdom gå på bekostning av den psykologiske støtten som deltakerne hadde behov for (Wu & Harrison, 2019, s. 3). I Wu og Harrison (2019) sin studie erfarte deltakerne at det var et avvik mellom det de følte var fokus for intervensjonen de mottok og det de følte at de trengte. Deltakerne oppfattet at døgnbehandlingen hovedsakelig fokuserte på å modifisere spiseatferden deres og å forbedre den fysiologiske tilstanden (ernæringsforbedring og vektøkning), og at ubetydelig oppmerksomhet ble tildelt psykologisk forbedring, som de mente var like viktig, om ikke viktigere (Wu & Harrison, 2019, s. 3). I Zaitsoff et al. (2016, s. 254) sin studie blir det vektlagt at profesjonelle bør prøve å se etter årsaken bak spiseforstyrrelsen og vise interesse

og forståelse for pasientenes følelser. Vektgjenoppretting alene bidrar ikke til å redusere ungdommenes psykiske plager (Conti et al., 2021, s. 7).

For en av ungdommene i Wu og Harrison (2019) sin studie, hadde symptomene blitt verre etter utskrivelse. Deltakeren hevdet at dette var på bakgrunn av at han eller hun hadde gått mye opp i vekt under behandlingen, noe vedkommende ikke klarte å akseptere mentalt (Wu & Harrison, 2019, s. 7). En ungdom fra Conti et al. (2021) sin studie hadde lignende erfaringer: *«Because they never really addressed the underlying problems, it was all so much harder than it probably should have been, because I was still battling with the thoughts and battling with the guilt and all that»* (Conti et al., 2021, s. 7).

Tema 2: *«Å utvikle en identitet utenfor selve spiseforstyrrelsen»*

Undertema 1: *«Støttende relasjoner betyr noe»*

Relasjoner til andre er noe som blir trukket fram i nesten alle studiene. Støtte fra blant annet helsepersonell, familie og venner blir fremhevet som avgjørende i behandling.

Støtte fra familiemedlemmer

Ungdommene i Conti et al. (2021, s. 10, 11) sin studie formidlet at foreldrenes støtte hadde vært betydningsfulle på ulike måter under behandlingen. Implisitt i alle fortellingene var at foreldrene deres forpliktet seg til dem og behandlingen deres, og at dette bidro til håp for fremtiden og en følelse av at livene deres var verdt å redde.

“[...] my parents [...] were always there telling me that I would get through this and that I was a strong person and—and that no one was ever going to give up on me” (Conti et al., 2021, s. 11).

Også i de tilfellene hvor ungdommene avbrøt familiebasert døgntilrettelagt behandling, ble foreldrestøtte trukket fram i form av at foreldrene samarbeidet aktivt med dem for å finne alternative behandlinger for anoreksi som dekket deres behov og preferanser. Dette inkluderte også å finne alternative behandlinger som fokuserte på å håndtere deres psykiske vansker (Conti et al., 2021, s. 10, 11.) Det var mange av ungdommene i Nilsen et al. (2020, s. 6) som mente at støtte fra foreldre og søsken var viktig for å bli bedre. Ganske mange var tydelige på at foreldrestøtte og foreldreinvolvering i behandlingen hadde vært svært viktig for å bli bedre. De understreket imidlertid viktigheten av å åpne opp og aktivt ta imot støtten, framfor å unngå eller motsette seg familiemedlemmenes engasjement og involvering.

Støtte fra profesjonelle

Viktigheten av genuin støtte fra profesjonelle blir fremhevet i blant annet Zaitsoff et al. (2016, s. 254), Zugai et al. (2013, s. 2024, 2025), Conti et al. (2021, s. 8) og Nilsen et al. (2020) sine studier. At de ansatte demonstrerte tro på klientens evne til å endre seg og ga oppmuntring til å fortsette å prøve, ble understreket av mange ungdommer som viktig (Zaitsoff et al., 2016, s. 254). Basert på ungdommenes perspektiver i Zugai et al. (2013, s. 2025) sin studie, var sykepleiere i stand til å inspirere til både motivasjon og etterlevelse, bare ved arten av deres interaksjoner. Måten sykepleierne interagerer på med ungdommene hadde betydelige implikasjoner for både vektøkning og kvaliteten på pasientopplevelsen. En sterk relasjon til sykepleierne forbedret ikke bare pasientopplevelsen, men bidro også til å motivere til etterlevelse og gjorde at recovery virket relevant. I de tilfellene hvor det var en sterk relasjon, ønsket ikke deltakerne å skuffe sykepleierne sine. Relasjonens natur måtte imidlertid være respektfull og tillitsfull og sykepleierne måtte være vennlige, imøtekommende og vise at de brydde seg. Både oppmuntring og støtte ble hyppig nevnt av deltakerne som essensielt (Zugai et al., 2013, s. 2024, 2025).

Samarbeid og klientinvolvering ble trukket fram som viktig i behandling.

Viktigheten av klientinvolvering blir blant annet vektlagt av ungdommer i Zaitsoff et al. (2016) sin studie. Å legge vekt på klientenes egne valg om å endre spiseforstyrrelsesatferd og å presentere endring som et eksperiment, ble ansett som medvirkende til utviklingen av klientinvolvering i behandling (Zaitsoff et al., 2016, s. 253). I tre av studiene blir informasjon fremhevet som viktig. Deltakerne ønsket at de ansatte skulle gi informasjon og overføre kunnskap på meningsfulle måter (Nilsen et al., 2019, s. 6). De ønsket blant annet informasjon om ulike somatiske og psykologiske aspekter ved overdreven trening og det å sulte seg selv (Nilsen et al., 2019 s. 6). Deltakerne i Chubbs-Payne et al. (2021, s. 340) sin studie var interessert i kunnskap om sunn fysisk aktivitet for personer med eller uten anoreksi og ernæringsbehov etter fysisk aktivitet, mens deltakerne i Zaitsoff et al. (2016, s. 254) ønsket ernæringsinformasjon, eksempelvis hvor stor en normal porsjon er. Det var imidlertid viktig at denne informasjonen ble gitt på en samarbeidende og konstruktiv måte, ikke bare som faktainformasjon gjentatte ganger (Nilsen et al., 2019, s. 6). Identiteten deres ble formet av erfaringene de hadde med personlig handlefrihet og stemme gjennom hele behandlingen (Conti et al. 2021, s. 8).

Deltakerne var spesielt opptatt av at de ansatte måtte passe opp for stereotypier og fordommer og satte pris på ansatte som dyrket respekt og nysgjerrighet (Nilsen et al., 2019, s. 5). Det var viktig for deltakerne at terapeutene unngikk antagelser om ungdommenes tanker, følelser og handlinger og at de ikke dømte dem (Zaitsoff et al., 2016, s. 254). En deltaker i Zaitsoff et al. (2016, s. 253) sin studie forklarte at ungdommer trenger profesjonelle hjelpere som ønsker å ha en god relasjon til dem og prøver å bli kjent med dem som person og ikke bare spiseforstyrrelsen. Også i Nilsen et al. (2020, s. 7) fremkommer det at profesjonelle relasjoner betyr noe. Flere ungdommer understreket her at det å være engasjert i terapi og terapeutiske samarbeid kan være avgjørende for at endring skal skje. De reflekterte over viktigheten av å engasjere seg aktivt i relasjonen til helsepersonell og hentydet til at lite eller ingenting ville skje dersom den unge forholder seg taus, for passiv eller til slutt motsetter seg terapeuten (Nilsen et al., 2020, s. 7).

“I now feel that I’ve met the person I can manage to get well together with. 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).

Noen av ungdommene i Conti et al. (2021, s. 8) beskrev erfaringer med terapeuter som talte for dem og som mobiliserte foreldrestøtten deres. Ungdommene uttrykte at dette bidro til å redusere følelsen av å være alene i kampen mot anoreksi.

Relasjoner med jevnaldrende

I tillegg til støtte fra familiemedlemmer og profesjonelle, blir relasjoner med jevnaldrende ansett som betydningsfulle i Nilsen et al. (2020) sin studie. Deltakerne understrekte viktigheten av relasjoner med jevnaldrende for recoveryprosesser. Det var viktig å holde kontakten med venner under behandling og å gjenoppta kontakten med venner dersom vennskap hadde stoppet opp. Ganske mange av ungdommene fra denne studien oppmuntret unge mennesker til å utvikle nye vennskap hvis de følte seg alene. De minnet også om nødvendigheten av å ta initiativ selv (Nilsen et al., 2020, s. 6, 7).

Undertema 2: Sykdomsorientert vs. personorientert

Ungdommene påpekte viktigheten av at profesjonelle unngår å fokusere kun på form, vekt og mat-relaterte problemer (Zaitsoff et al., 2016, s. 254). I Nilsen et al. (2019, s. 5) sin studie var det flere av deltakerne som reflekterte over viktigheten av å ikke miste personen bak den symptomatiske atferden av syne og at de ansatte burde finne en balanse mellom å fokusere på personen og å fokusere på spiseforstyrrelsen. Mange hadde lignende opplevelser som dette:

“I wish that, at least in certain phases of treatment ... that there could have been more focus on me, who I was, and not just how the ED influenced me. I was in pretty bad shape when I was admitted and it became easy, in a way, to not see me ... one only saw what was driving me...” (Nilsen et al., 2019, s. 5).

Ungdommene foretrakk en personsentrert tilnærming hvor fokuset ligger på at pasienten skal tilegne seg en identitet utenfor selve spiseforstyrrelsen (Conti et al. 2021, s. 10). En av ungdommene i Conti et al. (2021, s. 8) sin studie opplevde at når den profesjonelle snakket om ungdommen, istedenfor å snakke til ungdommen, var dette med på å forsterke identitetsfølelsen av å være en byrde for andre. I deres studie var det også flere av ungdommene som erfarte å ha mistet mye av identiteten sin i forbindelse med første fase av behandlingen. Bakgrunnen for dette var blant annet tap av kontroll og at de hovedsakelig ble behandlet som «syk». En av ungdommene formidlet at han eller hun ikke følte seg som en person (Conti et al., 2021, s. 9). For noen av ungdommene var det hjelpsomt at profesjonelle forsøkte å separere personen fra spiseforstyrrelsen ved å få personen til å tenke over om de snakket gjennom stemmen til spiseforstyrrelsen eller om de snakket gjennom sin egen stemme. For andre ungdommer som følte at spiseforstyrrelsen var identiteten deres, ble dette opplevd som mer problematisk (Conti et al., 2021, s. 9).

Undertema 3: Aktiviteter utenfor det ordinære behandlingsprogrammet:

Ifølge deltakere i flere av studiene bør ansatte legge til rette for en endring i fokus ved å tilby aktiviteter som går utover det ordinære behandlingsopplegget. I Nilsen et al. (2019) sin studie trakk en av deltakerne fram ett minne av å ha dratt i fornøylespark og at dette bidro til at deltakerne fikk leve mer som «vanlige mennesker» (Nilsen et al., 2019, s. 7). En av ungdommene i Zugai et al. (2013, s. 2024) sin studie fortalte om at de hadde sett på film og snakket om vanlige ting. Dette hadde bidratt til en følelse av at vedkommende ikke bare var på sykehuset og at livet ikke kun dreide seg om å spise. Ungdommer med anoreksi ønsker å

ha det gøy, som vanlige mennesker (Zugai et al., 2013, s. 2024). Fokus på å ha det gøy blir også trukket fram i Chubbs-Payne et al. (2021, s. 340) sin studie. I deres studie blir det framhevet at fysisk aktivitet kan fungere som et middel for å fordrive tiden og distrahere dem fra negative tanker. Det var imidlertid viktig at ungdommene ikke trente for å gå ned i vekt (Chubbs-Payne et al., 2021, s. 339).

“All we do is sit around and think all day...but if we get moving, our eating disorder can go away for a little bit and we can concentrate on something else” (Chubbs-Payne et al., 2021, s. 339).

Undertema 4: Personlige milepæler (fremtidsfokus)

Et annet viktig aspekt ved behandling var å fokusere på personlige mål. Ifølge Nilsen et al. (2019, s. 5) kunne det å utforske og jobbe med personlige mål, styrke ungdommens egen motivasjon for recovery. Det er imidlertid viktig at målene ikke er for store eller for raske (Zaitsoff et al., 2016, s. 254). Nilsen et al. (2020, s. 6) fant i deres studie at det å fokusere på ting som virkelig betyr noe, kan hjelpe i prosessen med å gi slipp på spiseforstyrrelsen og bli bedre. En av deltakerne i deres studie påpekte at det var nyttig å flytte fokus fra kropp og mat til å jobbe med personlige milepæler. Det hadde vært avgjørende å for eksempel fullføre videregående skole og å få bilsertifikatet. Å ha slike personlige milepæler hadde forsterket håp, motivasjon og selvrespekt (Nilsen et al., 2020, s. 6).

«Try to find something in your everyday life that is positive for you and that you really have an urge to accomplish, and if you have a goal you really long for, go for it, because when you accomplish it, that joy!» (Nilsen et al., 2020, s. 7).

Tema 3: «Å sveve mellom kontroll og mangel på kontroll»

Ett sentralt funn i denne metasyntesen er at ungdommene erfarer en ambivalens knyttet til kontrollaspektet i behandling for anoreksi. I den tidlige fasen av behandlingen, hvor noen andre tok over kontrollen over spisingen deres, var det ungdommer som uttrykte at de «følte seg liten» eller omtalte seg selv som en «ape i ett bur» (Conti et al., 2021, s. 8, 9). En av ungdommene fra Nilsen et al. (2019, s. 5) sin studie formidlet at spiseforstyrrelsen hadde fungert som en overlevelsesteknikk, og at det derfor var svært smertefullt når noen andre tok dette fra vedkommende (Nilsen et al., 2019, s. 5). Selv om mange syntes at reglene var vanskelige, var det imidlertid flere som ga uttrykk for at de forstod verdien av reglene i

ettertid (Zugai et al., 2013, s. 2023; Conti et al., 2021, s. 5, 6). I Conti et al. (2021, s. 6) sin studie tok foreldrene over kontrollen over spisingen deres i forbindelse med familiebasert terapi. Selv om dette var et stressende moment for de fleste, ble dette også opplevd som en lettelse for noen av dem.

«[...] cause there was part of me that was, obviously I was fighting it but there was part of me that was like, “Oh thank god” like “I can’t get away with it. I just have to like sit and eat this» (Conti et al., 2021, s. 6).

Til tross for at fraskrivelsen av kontroll var vanskelig, var det flere ungdommer som påstod at dette hadde reddet livene deres (Conti et al., 2021, s. 5, 6). En av ungdommene formidlet takknemlighet for at noen kunne være øynene til vedkommende der og da. Personen påstod at han eller hun ikke hadde vært her den dag i dag, hvis ikke noen hadde tatt over kontrollen (Conti et al., 2021, s. 6). At det ble konsekvenser ved å bryte reglene, var for noen av ungdommene en motivasjon til å spise og trene som foreskrevet (Zugai et al., 2013, s. 2023).

6.0 Diskusjon

Strukturen på denne delen av oppgaven bygger på Aveyard (2019, s. 155) sine anbefalinger om hva diskusjonsdelen i en litteraturstudie bør inneholde. Aveyard (2019, s. 155) hevder at en diskusjonsdel først bør inneholde en oppsummering og diskusjon av funnene man har kommet fram til. Dette fremkommer i resultatdiskusjonen, se punkt. 6.1. Resultatene fra metasyntesen blir her diskutert i lys av teori og tidligere forskning. I diskusjonsdelen bør forskeren også diskutere styrker og svakheter ved studien, samt reflektere over egen rolle som forsker (Aveyard, 2019, s. 155). Dette fremkommer i metodediskusjonen, se punkt 6.2. Avslutningsvis anbefaler Aveyard (2019, s. 161) at forskere identifiserer noen klare anbefalinger for praksis. Dette blir presentert i konklusjonsdelen, sammen med anbefalinger for videre forskning.

6.1 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne masteroppgaven har vært å kritisk granske og systematisere evidens om hva ungdommer med anoreksi opplever som viktige faktorer i egen bedringsprosess. Studiens review spørsmål var: *«hvilke aspekter ved behandling for anoreksi erfarer ungdommer at fremmer bedring?»*. Ungdommene som deltok i de ulike primærstudiene har tatt for seg flere aspekter ved behandling som de erfarer som viktige for recoveryprosessen. I det følgende vil hvert tema blir presentert før det enkelte tema diskuteres opp mot teori og tidligere forskning. Funnene diskuteres i samme rekkefølge som de ble presentert i resultatdelen. Det er hovedsakelig det overordnede temaet og temaene som diskuteres i denne delen.

Overordnet tema: *«Se meg som det mennesket jeg er og de lengslene jeg bærer på.»*

Det overordnede temaet i denne metasyntesen baseres på en tolkning av hva de ulike funnene fra studien egentlig handler om. Temaet illustrerer et behov ungdommene har for at profesjonelle skal se dem som de menneskene de er. Dette bygger på en forståelse av at ingen mennesker er like og at det derfor ikke finnes en spesifikk behandlingsform som vil passe alle. Bak en spiseforstyrrelse befinner det seg et menneske med en unik bakgrunn og unike drømmer og interesser. Med andre ord har ungdommene behov for at profesjonelle ser dem bak den symptomatiske spiseforstyrrelsesatferden. Temaet representerer også den betydningen det har at profesjonelle ser den lengselen som individet bærer på. Den betydningen det har for unge at helsepersonell viser interesse i dem som individer blir også

framhevet i tidligere forskning (Williams et al., 2021, s. 12). Dette skaper muligheter for ungdommene til å ta tak i de psykologiske og fysiske utfordringene ved anoreksi og å jobbe mot recovery (Williams et al., 2021, s. 13).

Tema 1: «Skreddersydd behandlingsopplegg»

Noe som går igjen i flere av forskningsartiklene er at ungdommene ønsker skreddersydde behandlingsopplegg. Med «skreddersydde behandlingsopplegg» menes her at ungdommene har behov for at behandlingen de får er tilrettelagt og tar hensyn til hver unike ungdom og deres individuelle situasjon (jf. Nilsen et al., 2019, s. 4). Dette står i kontrast til behandlingstilnærminger som er forhåndsbestemt ut ifra en antagelse om at spiseforstyrrelsen best kan behandles på en spesifikk måte. En forutsetning for å gi ungdommene skreddersydde behandlingsopplegg, er at de profesjonelle samarbeider med ungdommene, fremfor å gjøre antagelser om hva de trenger.

Den betydningen det har at profesjonelle er villige til å anerkjenne pasientenes synspunkter og preferanser om hva som er nyttig hjelp og å fleksibelt utforme tjenester etter den individuelle pasientens behov, blir også framhevet i tidligere forskning (Borg, 2007, s. 32). I psykologisk behandling er en samarbeidende form, der pasienten selv er med på å bestemme mål for behandlingen og får delta aktivt i endringsarbeidet, å foretrekke (Øverås, 2018, s. 35). Det å få bestemme over eget liv er en grunnleggende menneskelig drivkraft (Øverås, 2018, s. 34) og Empowerment er blitt identifisert som ett viktig komponent i recoveryprosessen (Leamy et al., 2011, s. 2). Sett fra et recoveryperspektiv er det personen selv som sitter med den beste kunnskapen om hva som er hjelpsomt for personen og ikke (Karlsson & Borg, 2017, s. 11). Derfor bør samarbeid og brukervedvirkning være grunnholdninger i behandlingen av anoreksi. Brukervedvirkning er en lovfestet rettighet i Norge. I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) står det blant annet at pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Dette betyr at helsepersonell ikke kan ta avgjørelser uten å involvere brukeren. Brukervedvirkning er positivt i den forstand at det bidrar til økt innflytelse og likestilling ved at brukeren betraktes som en likeverdig partner i avgjørelser som angår han eller henne (Helsedirektoratet, 2014, s. 17). Flere ungdommer fra denne metasyntesen hadde imidlertid erfaringer med at behandlingstilnærmingen var for forhåndsbestemt (Nilsen et al., 2019, s. 4) og at de i første fase av behandlingen kjempet om handlefrihet og stemme (Conti et al., 2021, s. 8). Det er grunn til å stille spørsmål ved hvorfor

disse ungdommene hadde erfaringer med manglende handlefrihet, når brukermedvirkning står såpass sterkt i dagens psykiske helsevern.

En mulig forklaring kan være at helsepersonell ikke alltid er enig i, eller har tro på brukerens mål og på hvilken måte de skal nås (Almvik & Borge, 2014, s. 316). Det kan også vekke både frykt og redsel i behandlere når de er vitne til at noen ikke spiser opp maten eller er mer aktiv enn det som er forsvarlig. Slik redsel kan ofte føre til at profesjonelle tar overilte beslutninger (Hage et al., 2020, s. 315). Almvik og Borge (2014, s. 317) hevder imidlertid at profesjonelle noen ganger må tåle å ta et steg tilbake og stå i usikkerheten dersom brukeren skal ha mulighet til reell medvirkning. En annen forklaring kan dreie seg om forsvarlighet. Selv om brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, er det også nedfelt i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) at brukere har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og *forsvarlige* behandlingsmetoder. «Forsvarlig» er her et sentralt begrep. Behandlingsalternativer må alltid ligge innenfor rammen av det som profesjonelle finner forsvarlig (Almvik & Borge, 2014, s. 19). Samtidig som helsepersonell og andre hjelpere skal sikre den enkeltes deltakelse, skal de også sikre gode bedringsforhold (Beyene, 2020, s. 49). Behandlere har for eksempel et ansvar for å sikre at pasienten ikke utvikler somatiske tilstander som kan medføre store helseskader eller død (Øverås, 2018, s. 39). Funn fra denne studien tyder på at det kan ha vært noe uenigheter mellom noen av ungdommene og behandlerne deres. Det var ungdommer som ga uttrykk for at de ikke likte reglene i behandlingen. I ettertid var det imidlertid flere som uttalte at disse reglene hadde vært helt nødvendige (Conti et al., 2021, s. 5, 6; Zugai et al., 2013, s. 2023) og at dette hadde reddet livene deres (Conti et al., 2021, s. 5, 6). Dette illustrerer ett viktig poeng. Selv om pasienter har rett til å medvirke i egen behandling, er det også viktig at profesjonelle stiller noen krav til dem. Det er ikke alle valg som skal være opp til pasienten alene (Øverås, 2018, s. 39). Ungdommene formidlet imidlertid at reglene måtte være relevante, rettferdige, ikke-restriktive (Zugai et al., 2013, s. 2024) og individuelt tilpasset (Nilsen et al., 2019, s. 5)

Behandlingstilbudet bør så langt det er mulig og forsvarlig, utvikles i samarbeid med ungdommen. Både tidligere forskning (Williams et al., 2021, s. 12) og erfaringer fra denne studien (Zaitsoff et al., 2016, s. 254) viser at det er viktig for ungdommene at helsepersonell ikke gjør antagelser om dem. Når behandlere skal skreddersy behandlingen til den enkelte, bør det derfor gjøres vurderinger sammen med ungdommen. Det må blant annet gjøres en vurdering av om vedkommende skal behandles alene eller sammen med andre.

Erfaringene fra denne studien viser at det kan være både fordeler og ulemper med å bli behandlet for anoreksi sammen med andre. I metasyntesen kommer det fram at gruppebasert behandling med andre likesinnede kan skape en plattform hvor ungdommene kan snakke fritt om egen spiseforstyrrelse, uten å bekymre seg for å bli stigmatisert (Wu & Harisson, 2019, s. 5). På den andre siden var det mange av ungdommene som ga uttrykk for at de lærte hverandre ny spiseforstyrret atferd og at de brukte mye tid på å sammenligne seg selv med andre (Nilsen et al., 2021; Wu & Harrison, 2019; Chubbs-Payne et al., 2021). Dette er evidens som går igjen i tidligere forskning.

Både Bezance og Holliday (2013) og Westwood og Kendal (2012) identifiserte mange av de samme positive og negative erfaringene med gruppebasert behandling. Også i deres kunnskapsoppsummeringer hadde pasientene erfaringer med å få støtte og aksept fra likesinnede, samtidig som det ble gitt uttrykk for at flere lærte negative mestringsstrategier av andre og sammenlignet seg selv med de andre (Bezance & Holliday, 2013, s. 354; Westwood & Kendal, 2012, s. 503). Relatert til det som har kommet frem i denne studien og tidligere forskning, er det mulig å argumentere for at selv om mange vil nyttiggjøre seg av gruppebasert behandling (Helsedirektoratet, 2017), er det viktig at de profesjonelle gjør vurderinger ut ifra ungdommenes individuelle behov og sårbarhet. Noen miljøer og relasjoner kan være støttende for recoveryprosessen, mens andre kan fungere som barrierer (Helsedirektoratet, 2014, s. 32). Funnene fra denne studien og fra tidligere forskning kan tyde på at selv om gruppebasert behandling kan fremme bedring for noen, kan det også være hemmende for noen.

En annen vurdering som bør gjøres i samarbeid med ungdommen er om han eller henne skal bli innlagt og få behandling sammen med familien sin. Familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser er den behandlingsformen som anbefales for barn og unge med en spiseforstyrrelse (Rø et al., 2020, s. 35; Holm et al., 2020, s. 25). Bakgrunnen for dette er at hele familien vil bli berørt når en ungdom får en spiseforstyrrelse. Familien er også ofte ungdommens viktigste ressurs og støtteapparat (Helsedirektoratet, 2018). Funnene fra denne studien viser imidlertid at familiebasert behandling ikke bør være det eneste alternativet (Nilsen et al., 2021, s. 397). Selv om flertallet av ungdommene hadde positive erfaringer med at behandlingen dannet muligheter for å bedre relasjoner og kommunikasjonen innad i familien, var det også noen som mente at de ville fått mer ut av behandlingen hvis de ble innlagt alene (Nilsen et al., 2021, s. 395, 397). Disse funnene viser til individuelle forskjeller

knyttet til hvilke behandlingsformer som fungerer for hver enkelt. Slike individuelle forskjeller krever individuelt tilpassede behandlingsopplegg. Selv om familiebasert behandling har vist seg å ha bedre effekt enn individuell behandling for ungdommer med anoreksi (Couturier et al., 2013, s. 3), betyr ikke dette nødvendigvis at familiebasert behandling er den riktige behandlingsformen for alle ungdommer. Profesjonelle må gjøre vurderinger av om det foreligger kontraindikasjoner, for eksempel om konfliktnivået mellom foreldre er så stort at foreldrene ikke kan samarbeide om behandlingen (Helsedirektoratet, 2017). Dette understreker betydningen av at profesjonelle ser hver unike ungdom og deres unike behov.

Undertema 2: «*Det usynlige er vel så viktig som det synlige*»

Temaet «det usynlige er vel så viktig som det synlige» handler om ungdommenes behov for at deres psykiske utfordringer blir anerkjent, så vel som deres fysiske utfordringer. Det usynlige illustrerer det som foregår på innsiden, det som øyet ikke kan se. Det er de fysiske utfordringene som blant annet undervektighet og oppkast som fanges opp av helsepersonells øyne. De psykiske utfordringene er vanskeligere å legge merke til fordi de skjuler seg bak de fysiske symptomene. Ungdommenes erfaringer tilsier imidlertid at helsepersonell bør gi større oppmerksomhet til det usynlige, fordi det usynlige kan fungere som vedlikeholdende faktorer til spiseforstyrrelsen.

Ungdommene fra denne studien hadde erfaringer med at fokus i behandling hovedsakelig var å modifisere spiseatferd og sørge for vektøkning. Ubetydelig oppmerksomhet ble tildelt psykologisk forbedring som flere av ungdommene mente var like viktig, om ikke viktigere (Wy & Harrison, 2019, s. 7). Selv om det var ungdommer som gikk opp i vekt, betydde ikke dette nødvendigvis at de følte seg bedre. Vektgjenopprettingen bidro ikke til å redusere ungdommenes psykiske plager (Conti et al., 2021, s. 7). Funnene fra denne studien kan tyde på at profesjonelle i større grad jobber i tråd med klinisk recovery når de behandler ungdommer for anoreksi. Dette til tross for at det i retningslinjer for psykisk helse blir vektlagt at profesjonelle skal gi støtte til personlig recovery (Slade, 2017, s. 12). Tidligere forskning viser imidlertid at det å kun se på recovery som å gjenopprette vekt, vil føre til rask nedgang når behandling er avsluttet (Benzane & Holliday, 2013, s. 357). Dette samsvarer med funnene i Wu & Harrison (2019, s. 7) sin studie hvor det kommer frem at forbedringer knyttet til atferd var kortvarig og at dette skyldtes at deres psykologiske velvære ble neglisjert. En av ungdommene i Nilsen et al (2019, s. 5) påpekte at selv om vedkommende hadde gjenopprettet

vekt under innleggelsen, følte ikke personen at han eller hun hadde blitt bedre i å tenke annerledes ved utskrivelse.

Ungdommenes uttalelser kan tyde på at de savner støtte til personlig recovery i behandlingssammenheng. Det kan stilles spørsmål ved hvorfor praksisutøvelsen ikke samsvarer med retningslinjenes anbefalinger om å gi støtte til personlig recovery. En mulig forklaring dreier seg om at behandlere først og fremst er forpliktet til å tilby den behandlingen som er mest virksom. Profesjonelle har et ansvar for å gi pasienter den type behandling som har størst sannsynlighet til å gi et ønsket utfall (Torsteinsson & Hage, 2020, s. 101). En annen forklaring kan være at mange som jobber med denne pasientgruppen bekymrer seg for at pasientene deres skal få varige skader eller i verstefall dør (Torsteinsson & Hage, 2020, s. 106). Dødsrisikoen ved anoreksi er ikke ubetydelig (Reneflot et al., 2018, s. 63). Dette kan føre til at profesjonelle syntes at endringen må skje raskere enn hva den enkelte kjenner seg klar for (Torsteinsson & Hage, 2020, s. 106). Spesielt i akutte behandlingssituasjoner kan det tenkes at det kan være utfordrende å jobbe recoverorientert. Når det står mellom liv og helse kan det være vanskelig å skulle lene seg tilbake og innta en undrende rolle (Øverås, 2018, s. 36). Det kan være vanskelig å bli enig med pasienten om nødvendigheten av å redusere spiseforstyrrelsessymptomer, når vedkommende strever med dårlig selvfølelse og sosial utrygghet som for den det gjelder kan oppleves som viktige og opprettholdende faktorer (Torsteinsson & Hage, 2020, s. 106). Å møte pasientenes unike psykologiske og emosjonelle behov, sammen med deres fysiske helsebehov byr på en stor utfordring for profesjonelle (Williams et al., 2021, s. 13).

Tema 2: «Å utvikle en identitet utenfor selve spiseforstyrrelsen»

Temaet «å utvikle en identitet utenfor selve spiseforstyrrelsen» springer ut ifra en tolkning av at ungdommene har behov for å identifisere seg med noe annet enn spiseforstyrrelsen sin. Dette forutsetter at hverdagen ikke kun dreier seg om mat og vektgjenoppretting. Det vil også være av betydning at profesjonelle klarer å skille personen fra spiseforstyrrelsen sin.

Identitet er identifisert som et av flere sentrale elementer i recoveryprosessen (Leamy et al., 2011, s. 2) og en tid hvor det er viktig å definere egen identitet, er ungdomstiden (Bezance & Holliday, 2013, s. 357). Erikson (2000, s. 299) hevder at ungdommer er opptatt av hvem og hva de er, sett gjennom øynene til en økende krets av viktige mennesker, sammenliknet med

hva de selv opplever seg som. Ut ifra dette kan det tenkes at en ungdoms identitet utvikles i samspill med andre og at de menneskene man har rundt seg vil kunne spille en viktig rolle i identitetsutviklingen. Funnene fra denne studien tyder blant annet på at hvordan profesjonelle forholder seg til ungdommene, vil kunne ha betydning for hvordan de ser på seg selv. I denne studien blir det blant annet trukket fram at identiteten til noen av ungdommene ble formet av de erfaringene de hadde med personlig handlefrihet og stemme gjennom hele behandlingen (Conti et al., 2021, s. 8). En av ungdommene formidlet at når profesjonelle snakket om ungdommen, istedenfor til ungdommen, bidro dette til å forsterke identitetsassosiasjonen av å være en byrde for andre (Conti et al., 2021, s. 8). Det var flere ungdommer som opplevde å ha mistet mye av identiteten sin i forbindelse med første fase av behandlingen. Bakgrunnen for dette var blant annet at noen tok over kontrollen deres og at de hovedsakelig ble behandlet som «syk». En av ungdommene formidlet at han eller hun ikke følte seg som en person (Conti et al., 2021, s. 9). For noen av ungdommene var det hjelpsomt at profesjonelle forsøkte å separere personen fra spiseforstyrrelsen ved å få personen til å tenke over om de snakket gjennom stemmen til spiseforstyrrelsen eller om de snakket gjennom sin egen stemme. For andre ungdommer som følte at spiseforstyrrelsen var identiteten deres, ble dette opplevd som mer problematisk (Conti et al., 2021, s. 9).

For mange ungdommer er spiseforstyrrelsen en integrert del av ungdommenes vesen og spiseforstyrrelsen kan være avgjørende for hvordan ungdommene ser på seg selv og oppfører seg (jf. Williams et al., 2021, s. 12). En viktig del av bedringsprosessen er å finne ut hvem man er uten spiseforstyrrelsen (Øverås, 2018, s. 42). I slike tilfeller er det viktig at profesjonelle hjelpere prøver å bli kjent med dem som person og ikke bare deres spiseforstyrrelse (Zaitsoff et al., 2016, s. 253). Det å etablere et tydelig skille mellom person og sykdom kan imidlertid tenkes å by på noen utfordringer for de profesjonelle. I Bezance og Holliday (2013, s. 357) sin studie var det blant annet tilfeller hvor spiseforstyrrelsen ble sett på som en del av deres personlighet og livsstil. Recovery var vanskelig å se for seg for disse ungdommene, fordi dette ville innebære ett tap av seg selv (Bezance & Holliday, 2013, s. 357). Utfordringen blir å omtale spiseforstyrrelsen som noe annet enn personen, samtidig som at personen ikke opplever at profesjonelle forneker eller ikke vil forholde seg til det personen opplever som sentrale elementer i sitt perspektiv på egen situasjon (Hage et al., 2020, s. 314).

Når en ungdom er i svært dårlig form, kan det være lett å se spiseforstyrrelsen og hva som driver personen, framfor å se ungdommen bak spiseforstyrrelsen (Nilsen et al., 2018, s. 5).

Ungdommene har likevel et behov for at profesjonelle finner en balanse mellom å fokusere på personen og å fokusere på symptomene (Nilsen et al., 2019, s. 5). Pasientene er mer enn bare spiseforstyrrelsen deres (Williams et al., 2021, s.12; Øverås, 2018, s. 42). De er søsken, barn, kjærester, venner og har egne interesser, talenter og drømmer. Det er dessverre slik at disse egenskapene ofte blir skjøvet i bakgrunnen av spiseforstyrrelsen, og når behandlere fokuserer på kostlister, vekt og reduksjon av symptomer, kan dette bidra til å støtte opp om dette (Øverås, 2018, s. 42). Flere av ungdommene i denne metasyntesen uttalte at de foretrekker at profesjonelle har en personsentrert tilnærming i behandlingssammenheng, hvor fokuset ligger på at ungdommene skal tilegne seg en identitet utenfor selve spiseforstyrrelsen (Conti et al., 2021, s. 10). Dette kan kalles for aidentifikasjon. Aidentifikasjon fra spiseforstyrrelsen blir også trukket fram som et viktig aspekt i tidligere forskning (Wetzler et al., 2020, s. 1198). Dette handler om å gjenoppbygge en identitet og et liv atskilt fra spiseforstyrrelsen (Wetzler et al., 2020, s. 1198).

Behandling av spiseforstyrrelser handler dermed ikke bare om å fjerne symptomer, men det handler også om å tilføre noe nytt eller å finne tilbake til noe som har gått tapt (Øverås, 2018, s. 41). I prosessen hvor pasienten skal finne ut hvem han eller hun er uten spiseforstyrrelsen, er det viktig å tilføre annet innhold (Øverås, 2018, s. 42). Ett sentralt aspekt ved recoveryprosessen er å finne mening med livet (Leamy et al., 2011, s. 2; Wetzler et al., 2020, s. 1199). Å leve og oppleve livet med en følelse av hensikt, beskrives som å finne formål utenfor spiseforstyrrelsen (Wetzler et al., 2020, s. 1199). Dette er forskningsfunn som samsvarer med funn fra denne metasyntesen. Et viktig aspekt ved behandling som ungdommene trakk fram, var blant annet å fokusere på personlige mål. Det å flytte fokus fra kropp og mat, til å fokusere på ting som virkelig betydde noe, kunne fremme bedring (Nilsen et al., 2020, s. 6) og styrke ungdommens egen motivasjon for recovery (Nilsen et al., 2019, s. 5). For å unngå en følelse av at livet bare handlet om å spise (Zugai et al., 2013, s. 2024), var det viktig at profesjonelle endret fokus ved å tilby aktiviteter som gikk utover det ordinære behandlingsprogrammet (Nilsen et al., 2019, s. 7). Ungdommene ønsket å ha det gøy, som vanlige ungdommer (Zugai et al., 2013, s. 2024). I Borg (2007) sin doktorgradsavhandling blir slike hverdagslige aktiviteter trukket fram som hjelpsomme for recovery. Også her trakk informantene fram viktigheten av å kunne føle seg som folk flest (Borg, 2009). Aktiviteter som gir livet mening og formål, kan fungere som personlig medisin i recoveryprosessen (Deegan, 2005, s. 7).

Når ungdommer får gruppebasert behandling vil de også tilbringe mye tid sammen med andre likesinnede. Det kan derfor tenkes at jevnaldrende på avdelingen også vil kunne spille en rolle i ungdommenes identitetsutvikling. Funn fra denne studien og fra tidligere forskning viser at noen av ungdommene som ble behandlet for anoreksi sammen med andre jevnaldrende, brukte mye tid på å sammenligne seg selv med de andre på avdelingen (Wu & Harrison, 2019, s. 6; Chubbs-Payne et al., 2021, s. 339; Nilsen et al., 2021, s. 396; Bezance & Holliday, 2013, s. 354). Bang og Dahlgren (2020, s. 83) hevder at alle mennesker sammenligner seg selv med andre, men at tenårene er en særlig sensitiv periode på grunn av de mange forandringene som skjer både mentalt, kroppslig og sosialt. Det kan tenkes at ungdommenes selvfølelse vil kunne bli påvirket av måten de sammenligner seg selv med de andre på avdelingen.

Undertema 1: «*Støttende relasjoner betyr noe*»

Dette temaet representerer en tolkning av at ungdommer som behandles for anoreksi, finner det betydningsfullt å ha mennesker rundt seg. Det er imidlertid viktig at relasjonene har en støttende karakter.

Selv om veien mot recovery er individuell og dette er noe individet selv opplever og jobber mot, er støttende relasjoner svært viktige (Slade, 2017, s. 10). Dette kommer tydelig fram av både funnene fra denne metasyntesen, teori om recovery og tidligere forskning på feltet. Støtte fra blant annet helsepersonell, familie og jevnaldrende blir i denne studien fremhevet som avgjørende i behandling. Foreldrestøtte og foreldreinvolvering hadde for mange av ungdommene vært svært viktig for å bli bedre (Nilsen et al., 2020, s. 6). Foreldrenes forpliktelse til dem og behandlingen deres bidro til både håp for fremtiden og en følelse av at livene deres var verdt å redde (Conti et al., 2021, s. 11). Sterke relasjoner til profesjonelle førte til blant annet forbedrede pasientopplevelser, motivasjon til etterlevelse og gjorde at recovery virket relevant (Zugai et al., 2013, s. 2024, 2025). Relasjoner til jevnaldrende blir også ansett som betydningsfulle (Nilsen et al., 2020, s. 6). Disse funnene er i tråd med tidligere forskning om recovery fra spiseforstyrrelser. Det er derfor viktig å ikke undervurdere betydningen sosiale faktorer og støtte (Borg et al., 2013, s. 12) har for recoveryprosessen. Støttende relasjoner er et av de seks komponentene til recovery som Wetzler et al. (2020, s. 1197) fant i deres studie. Forskningsfunnene bidrar til større evidens knyttet til forståelsen av recovery som en sosial prosess, så vel som en personlig prosess (jf. Borg et al., 2013, s. 12).

Ungdommenes perspektiver gir en pekepinn på hvilken type støtte de ønsker å få fra profesjonelle. Det å bli involvert i den behandlingen som gis, blir blant annet trukket fram som ett viktig aspekt ved behandling for anoreksi (Zaitsoff et al., 2016, s. 253). I et recoveryperspektiv kjennetegnes relasjonen mellom pasient og den profesjonelle av likeverdighet (Helsedirektoratet, 2014, s. 32). Ut ifra et slikt perspektiv tenker man at ingen personer kan forandres utenifra og at personen selv må lede an i arbeidet om recovery (Karlsson & Borg, 2017, s. 11). Ungdommene ga uttrykk for at de ønsker at profesjonelle skal gi informasjon og overføre kunnskap om blant annet konsekvenser ved overdreven trening og sulting (Nilsen et al., 2019, s. 6), om sunn fysisk aktivitet (Chubbs-Payne et al., 2021, s. 340) og hvor stor en normal porsjon med mat er (Zaitsoff et al., 2016, s. 254). Det var imidlertid viktig at de profesjonelle overførte kunnskap på en samarbeidende måte (Nilsen et al., 2019, s. 6). Det var noen ungdommer i denne metasyntesen som opplevde god klientinvolvering, men det var også en del ungdommer som formidlet at de kjempet for å forhandle personlig handlefrihet og stemme i behandlingen, spesielt i første fase av behandlingen (Conti et al., 2021, s. 8). I flere av uttalelsene til ungdommene fremkommer det at de mislikte at de profesjonelle tok fra dem kontrollen (Conti et al., 2021, s. 8, 9; Nilsen et al., 2019, s. 5, Zugai et al., 2013, s. 2023). Når profesjonelle tar over ansvaret for spisingen deres, vil dette bidra til en asymmetrisk maktrelasjon.

Tema 3: «Å svinge mellom kontroll og mangel på kontroll»

Den iboende betydningen av temaet «å svinge mellom kontroll og mangel på kontroll» baseres på to forskjellige tolkninger. Det ene handler om at ungdommer må gi fra seg noe av kontrollen når de skal inn i behandling for anoreksi. Målet senere er at de skal gjenoppta kontrollen over eget liv. Temaet bygger også på en tolkning av at ungdommer med anoreksi kan ha mistet fotfestet. For en del ungdommer vil spiseforstyrrelsesatferd, som for eksempel å sulte seg eller å kaste opp, være en mestringsstrategi for å overdøve følelseslivet og gi en pause fra et indre kaos (Øverås, 2018, s. 33). Ungdommene får da en følelse av å ha kontroll over noe. Samtidig kan det tenkes at spiseforstyrrelsen også til en viss grad har kontroll over ungdommen. Den stemmen i hodet som forteller ungdommen at han eller hun må trene og sulte seg, er spiseforstyrrelsen som har kontroll over ungdommen.

Et sentralt aspekt ved behandling for anoreksi som er blitt identifisert i denne metasyntesen er kontrollaspektet. Ungdommer med anoreksi står i en pågående intern kamp mellom lysten til å spise og resistansen mot å gjøre det (Williams et al., 2021, s. 12). Funnene fra denne studien

viser at ungdommene generelt var ambivalente til å gi fra seg kontrollen. Noen av ungdommene i denne studien erfarte ytterligere stress når foreldrene tok over ansvaret for spisingen deres, mens andre opplevde en stor lettelse (Conti et al., 2021, s. 6, 8). Det er også et viktig funn at flere av ungdommene som var ambivalente til å gi fra seg kontrollen, anså dette som en livreddende del av behandlingen i ettertid (Conti et al., 2021, s. 6). Disse forskningsfunnene er i tråd med funn fra Westwood og Kendal (2012) sin studie. Westwood og Kendal (2012, s. 503) hevder at den egosyntonske karakteren til anoreksi kan bidra til at pasienter ikke alltid er i stand til å oppfatte seg selv som syk eller at de har behov for behandling. Funn fra denne metasynthesen og fra tidligere forskning tyder på at ungdommer med spiseforstyrrelsen anoreksi kan ha vanskeligheter med å ta avgjørelser om hva som er det beste for en. Dette illustrerer ett viktig poeng og utfordrer forståelsen av personlig recovery. Personlig recovery presenterer en forståelse av at det er personen selv som sitter med den beste kunnskapen om hva som er hjelpsomt eller ikke og at personen selv må lede an i arbeidet om recovery (Borg, 2017, s. 11). I noen tilfeller kan det imidlertid tenkes at brukere av psykiske helsetjenester trenger hjelp til å realisere det som er det beste for en. Dette blir tydelig i en av ungdommene fra Conti et al. (2021, s. 6) sine utsagn. Ungdommen formidlet at hun eller han var takknemlig for at noen kunne være øynene til vedkommende, og hevdet at hun eller han ikke ville vært her den dag i dag, hvis ikke noen hadde tatt fra vedkommende kontrollen.

6.2 Metodediskusjon

I denne delen av oppgaven diskuteres både styrker og svakheter ved forskningsprosessen og de metodevalgene som er blitt gjort. Videre reflekterer jeg over min egen rolle som forsker og hvordan dette kan ha påvirket datamaterialet i denne studien. Det er viktig å erkjenne styrker og svakheter ved litteraturstudier fordi dette gjør det mulig å sette resultatene i en sammenheng (Aveyard, 2019, s. 156).

6.2.1 Styrker og svakheter med metoden som er anvendt:

Denne masteroppgaven er en systematisk kunnskapsoppsummering av eksisterende forskningslitteratur som omhandler ungdommers erfaringer med å bli behandlet for anoreksi. En systematisk kunnskapsoppsummering er en kunnskapskilde som ligger høyt oppe i kunnskapshierarkiet (Nortvedt et al., 2012, s. 45). Den metoden som er anvendt er metasyntese og syntesetilnærmingen som ble benyttet er metaetnografi. Dette er den metoden som er mest brukt for systematiske kunnskapsoppsummeringer som inkluderer kvalitative studier (Berg & Munthe-Kaas, 2013, s. 135). Metasyntese vurderes til å være en velegnet metode for å besvare denne oppgavens reviewspørsmål. Det finnes imidlertid både styrker og svakheter ved å anvende metasyntese som metode. En styrke er at den gir verdifull oversikt over eksisterende forskningsfunn, samt ny innsikt rundt temaet (Edwards & Kaimal, 2016, s. 34). Helsepersonell har et ansvar for å utøve en praksis som er kunnskapsbasert (Nortvedt et al. 2012, s. 5). Valg av råd og tiltak i helsetjenesten bør i størst mulig grad baseres på forskningsbasert kunnskap, noe som innebærer å holde seg oppdatert, etterspørre og bruke oppsummert forskningsbasert kunnskap når dette foreligger (Nortvedt et al., 2012, s. 16). Denne metasyntesen har slått sammen primærstudier som tar for seg ungdommers erfaringer med behandling for anoreksi og hva de opplever at fremmer bedring. Ved å slå sammen flere enkeltstudier på denne måten, bidrar det til at eksisterende forskning blir mer oversiktlig og lettere tilgjengelig for ansatte som jobber med denne brukergruppen (Aveyard, 2019, s. 4). Dersom ansatte leser enkeltstudier alene, kan dette risikere at de ikke får et komplett bilde av det fenomenet som studeres (Aveyard, 2019, s. 4). Dersom det utvikles flere kunnskapsoppsummeringer om samme tema og funnene fra ulike litteraturstudier sammenlignes, kan dette bidra til validering av forskningsresultater (Atkins et al., 2008, s. 9).

Metaetnografi som syntesetilnærming kjennetegnes av en analysestrategi som består av syv ulike trinn (Noblit & Hare, 1988, s. 110-113). Det kan anses som en styrke at metoden gir en

systematisk fremgangsmåte for både analyse og syntese og at denne er beskrevet i ulike trinn. For uerfarne forskere som skal i gang med systematiske kunnskapsoppsummeringer, vil det være hensiktsmessig med en oversikt over hva som skal gjøres og i hvilken rekkefølge. Noen forskere hevder imidlertid at syntesetilnærmingen er noe mangelfullt beskrevet. Atkins et al. (2008) er blant dem som har identifisert noen av svakhetene ved å benytte metaetnografi som forskningsmetode. Ifølge dem gir ikke metoden en robust guide for hvordan forskere skal velge ut studier som skal inkluderes i metasyntesen (Atkins et al., 2008, s. 8). Dette synspunktet støtter France et al. (2014, s. 2) i deres systematiske kunnskapsoppsummering. De hevder at metaetnografi som metode ikke gir veiledning for hvordan forskere skal vurdere artikler som skal inkluderes i en studie (France et al., 2014, s. 2). En annen svakhet som ble identifisert av Atkins et al. (2008, s. 8-9) er at det er noe uklart hvordan forskere skal forholde seg til å oversette primærstudier til hverandre, spesielt når det er et stort antall studier inkludert. Selve synteseprosessen i metaetnografi blir ikke beskrevet i detalj (France et al., 2014, s. 2). Når en fremgangsmåte er mangelfullt beskrevet, gir dette rom for tolkning av hvordan forskeren skal gå fram.

6.2.2 Styrker og svakheter knyttet til troverdighet, overførbarhet og refleksivitet

I denne delen av metodediskusjonen vil både styrker og svakheter knyttet til studiens troverdighet, overførbarhet og refleksivitet diskuteres. Først diskuteres studiens troverdighet før forskningsfunnenes overførbarhet blir diskutert. Avslutningsvis reflekterer jeg over hvordan egen forskningsrolle kan ha påvirket datainnsamling, analyse og tolkning av primærdata (refleksivitet).

6.2.2.1 Troverdighet

For at kvalitativ forskning skal kunne bedømmes som troverdig, må forskere ha opparbeidet seg tillit fra leserne sine (Polit & Beck, 2017, s. 570). Tillit kan blant annet opparbeides ved åpenhet om den kvalitetsforbedrende innsatsen som forskeren har lagt ned (Polit & Beck, 2017, s. 570). Dette innebærer å synliggjøre de prosessene som har dannet grunnlaget for studiens resultater. Jeg har forsøkt å gjøre denne metasyntesen så transparent som mulig ved å gi grundige beskrivelser av de ulike stegene jeg har gjennomført for å finne forskningsartikler som kunne gi svar på studiens review spørsmål. Det første steget har vært å gjennomføre systematiske søk i aktuelle databaser. En systematisk søkeprosedyre er med på å forebygge

skjevheter i utvelgelsen av primærstudier (Malterud, 2017a, s. 177). Dette innebærer at forskeren må formulere gode og gjennomtenkte søkeord. For å utvikle en god søkestrategi, har jeg fått bistand fra en erfaren forskningsbiblioteker ved Universitetet i Stavanger. Dette er i tråd med Malterud (2017a, s. 178) sine anbefalinger. For å gjøre det tydelig hvordan jeg har kommet fram til primærstudiene som ble inkludert i denne metasyntesen, har jeg gitt en oversikt over hvilke databaser jeg har søkt i, hvilke søkeord jeg har anvendt, samt eventuelle avgrensninger, **se tabell 1**. Det har også blitt utviklet tydelige inklusjons- og eksklusjonskriterier for studien. Disse er presentert i **tabell 2**. Polit & Beck (2017, s. 89) understreker betydningen av å synliggjøre kriterier for å inkludere eller ekskludere aktuelle studier. De hevder at en god litteraturstudie kjennetegnes av at den er reproduserbar. At en studie er reproduserbar innebærer at en annen forsker skal kunne bruke de samme kriteriene og komme fram til lignende konklusjoner om evidens (Polit & Beck, 2017, s. 89). I den forbindelse har det også blitt laget et flytskjema som viser hvor mange treff jeg fikk i aktuelle databaser og årsaken til at forskningsartikler har blitt ekskludert, **se figur 1: PRISMA FLOW DIAGRAM**.

En systematisk oversikt skal ifølge Nortvedt et al. (2012, s. 137) basere seg på den «beste tilgjengelige forskningen». En viktig styrke ved denne metasyntesen er at det har blitt gjort kritiske vurderinger av kvaliteten ved det empiriske materialet som er blitt inkludert i studien. Først og fremst har det vært ett krav at alle aktuelle primærstudier skal være fagfellevurdert. At en artikkel er blitt fagfellevurdert innebærer at den har blitt vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet (Dalland, 2012, s. 78). Det har også blitt anvendt en anerkjent sjekkliste for kvalitetsvurdering av kvalitative forskningsartikler som er utviklet av CASP (Critical Appraisal Skills Programme, 2018). Alle inkluderte primærstudier ble vurdert til å ha høy kvalitet, **se vedlegg 2 og 3**. Det ble også besluttet at forskningsartikler som er publisert for mer enn ti år siden, ikke skulle inkluderes i denne studien. Dalland (2012, s. 76-77) hevder at kunnskap innenfor fagområder som er i stadig utvikling fort kan bli utdatert. Tidspunktet for når en forskningsartikkel er skrevet kan derfor være avgjørende for om den har verdi som kilde. Ett tidsperspektiv på ti år kan tenkes å bidra til å redusere risikoen for å inkludere forskningsfunn som «er gått ut på dato».

Det har blitt utformet tabeller som viser sentrale kjennetegn ved både inkluderte og ekskluderte studier, **se tabell 3 og vedlegg 4**. Dette skaper gjennomsiktighet i den forstand at beslutningene jeg har tatt knyttet til aktuelle primærstudier synliggjøres. Det skal være tydelig

for andre om primærstudiene som ble inkludert i denne metasyntesen er relevante i forhold til studiens review spørsmål og inklusjonskriterier. Det skal også være tydelig hvorfor aktuelle primærstudier ikke ble inkludert i metasyntesen, for eksempel lite datamateriale, ingen informasjon om etisk godkjenning eller feil målgruppe. Når det gjelder analyse og syntese, har jeg etterstrebet gjennomsiktighet ved å tydeliggjøre hvordan temaer ble utviklet med utgangspunkt i det opprinnelige datamaterialet, **se vedlegg 5: Matrise for analyse og syntese**. Dette er i tråd med Polit og Beck (2017, s. 570) sine anbefalinger. Det har blitt lagt ved direkte sitater fra ungdommenes erfaringer for å styrke evidensen. En styrke med analyseprosessen er at det har vært en person nummer 2 (veileder) som har validert tolkningen av resultatene i forbindelse med analysen. Dette kan bidra til å styrke påliteligheten ved studien.

Til tross for at jeg etter beste hensikt har forsøkt å etterstrebe høy kvalitet og gjennomsiktighet, er det viktig å understreke at jeg ikke er en erfaren forsker. Metaetnografi som metode blir ifølge Aveyard (2019, s. 138) omtalt som en avansert forskningsmetode. Hun hevder at dette er en kompleks og omfattende metode som krever ferdighetene til en erfaren forsker. Som nybegynner kan dette ha bidratt til at identifisering, kritisk vurdering og sammenstillingen av forskningslitteratur, ikke har vært så grundig som det ville vært for en mer erfaren forsker (Averyard, 2019, s. 95). I forbindelse med søkestrategi og kvalitetsvurdering av aktuelle forskningsartikler, kan det diskuteres om det har vært mulig å holde blikket tilstrekkelig skjerpet til å beholde en forsvarlig og relevant nøyaktighetsgrad i gjennomgangen av primærstudier (Malterud, 2017b, s. 113). Jeg har imidlertid lest gjennom primærstudiene gjentatte ganger for å forsikre meg om at tolkningene mine stemmer overens med data fra forskningsartiklene.

I metodelitteratur for systematiske oversikter blir det understreket at både gjennomgang og vurdering av resultatene fra litteratursøket skal gjennomføres av flere forskere, uavhengig av hverandre (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 36, 38, 40, 44). Dette gjelder også for datauttrekk og analyse av resultater fra primærstudiene som inkluderes i metasyntesen (Malterud, 2017b, s. 114). Når flere forskere samarbeider om avgjørelser knyttet til analyse og tolkning, kalles det for triangulering (Polit & Beck, 2017, s. 566). Det overordnede formålet med slik triangulering er å konvergere til sannheten. Triangulering gir mulighet til å sortere ut «ekte» informasjon fra irrelevant eller særegen informasjon ved å ta i bruk flere perspektiver. Dette kan redusere risikoen for bias (Polit & Beck, 2017, s. 566), som er uønskete eller utilsiktede

skjevheter i forskningen (Malterud, 2017b, s. 114). En svakhet ved denne metasyntesen er at søkeprosessen og utvelgelsen av aktuelle primærstudier har blitt gjennomført av kun en person. Dette svekker påliteligheten av studien. Sjansen for å gå glipp av verdifulle primærstudier eller å inkludere forskningsartikler med svak kvalitet eller relevans, er mindre dersom det er flere forskere som går gjennom aktuelle forskningsartikler. I denne metasyntesen ble det for eksempel under analyse og syntese tydelig at en av forskningsartiklene skilte seg ganske mye fra de andre primærstudiene. Forskningsartikkelen til Chubbs-Payne et al. (2021) tar i motsetning til de andre primærstudiene kun for seg ett aspekt ved behandling for anoreksi som omhandler trening. Den har et mindre rikt datamateriale sammenlignet med de andre primærstudiene. Det blir likevel vurdert at forskningsartikkelen har en viss relevans knyttet til studiens review spørsmål.

Når forskningsresultatene troverdighet diskuteres er det også sentralt å poengtere at alle primærstudiene som ble inkludert i denne metasyntesen er skrevet på engelsk. Språk kan muligens ha vært en kilde til feiltolkning, misforståelser eller tap av informasjon.

6.2.2.2 Overførbarhet:

Det er viktig å presisere at man ikke kan snakke om eksakte eller objektive funn i forskning som har kvalitative design. Årsaken til dette er at forskningstemaene som regel er komplekse og kontekstspesifikke og at utvalget er begrenset (Brottveit, 2018c, s. 68). Selv om forskningsresultater fra kvalitative studier vanligvis ikke er ment å være generaliserbare (Edwards & Kaimal, 2016, s. 31), er det likevel høyst relevant å vurdere om funnene har overføringsverdi (Brottveit, 2018c, s. 68). Overførbarhet handler om i hvilken grad funn kan overføres til eller ha anvendbarhet i andre settinger eller grupper (Polit & Beck, 2017, s. 560). Brottveit (2018c, s. 68) hevder at en kvalitativ undersøkelse alene ikke vil gi tilstrekkelig grunnlag for å si noe allment om et bestemt fenomen. Hun påstår imidlertid at resultatene kan ha overføringsverdi til andre fagfelt dersom flere undersøkelser tenderer i samme retning eller kan vise lignende resultater (Brottveit, 2018c, s. 68). I denne metasyntesen er det tydelig at noen av ungdommenes erfaringer går igjen i flere av primærstudiene og at disse funnene også samsvarer med tidligere forskning. At flere av funnene er i tråd med funn fra tidligere forskning er med på å styrke evidensen til forskningsfunnene.

Sentralt i diskusjonen om overføringsverdi er hvorvidt forskningsfunnene kan ha relevans for andre grupper eller i andre kontekster. En styrke med de inkluderte primærstudiene fra denne

metasynthesen er at de belyser erfaringer fra ulike kontekster. Deltakerne har blitt behandlet enten ved dag, døgn eller polikliniske avdelinger. Studiene er også gjennomført i 6 ulike land, både vestlige og ikke-vestlige land. At funn fra ulike kontekster tenderer i samme retning kan tyde på at funnene vil kunne ha gyldighet utover det opprinnelige utvalget. Kulturelle forskjeller og ulikheter i behandlingstilbud vil imidlertid kunne påvirke overføringsverdien. Det er også viktig å presisere at det som fremkommer i metasynthesen er deltakernes subjektive erfaringer. Slike subjektive erfaringer vil variere fra individ til individ og det finnes dermed ikke en sannhet eller virkelighet som gjelder for alle.

Det er viktig å sette søkelys på at det generelt finnes lite publisert forskning som omhandler ungdommer mellom 13 og 18 år og deres erfaringer med behandling for anoreksi. Det ble derfor besluttet å også inkludere forskningsartikler som tar for seg voksnes erfaringer med å bli behandlet for anoreksi i ungdomsårene. Dette kan potensielt ha bidratt til at noen av deltakerne har glemt viktige erfaringer med behandlingen, eller at de husker ting annerledes enn det faktisk var. Deltakerne kan også ha modnet, og vil som følge av dette kunne se ting fra et annet perspektiv enn de kanskje ville gjort som ungdom. Det kan derfor tenkes at ikke alle resultatene vil være like relevant for ungdommer mellom 13 og 18 år som har spiseforstyrrelsen anoreksi. Det er også et sentralt poeng i diskusjonen om overførbarhet, at majoriteten av deltakerne i denne metasynthesen er jenter (n=93). Det var kun 8 av deltakerne fra de ulike primærstudiene som var gutter. Det er rimelig å anta at resultatene fra denne metasynthesen ikke vil dekke guttenes virkelighet.

6.2.2.3 Refleksivitet

Refleksivitet er ett viktig verktøy som kan bidra til å forbedre kvaliteten på studien (Polit & Beck, 2017, s. 164). Refleksivitet innebærer å kritisk vurdere hvordan egen rolle som forsker og egne erfaringer kan ha påvirket forskningsprosessen (Busso, 2018, s. 124). Polit og Beck (2017, s. 741) definerer refleksivitet som kritisk selvrefleksjon om ens egne skjevheter, preferanser og forforståelser. Ut ifra et hermeneutisk vitenskapssyn vil forskerens forforståelse kunne påvirke måten forskeren samler, leser og tolker data på (Malterud, 2017a, s. 44). Til tross for at jeg har forsøkt å gjøre denne metasynthesen så gjennomsiktig som mulig slik at andre forskere skal ha mulighet til å følge de samme prosedyrene og komme fram til lignende konklusjoner om evidens (jf. Polit & Beck, 2017, s. 89), representerer denne metasynthesen min tolkning av forskningsresultatene i de ulike primærstudiene. Det er rimelig

å anta at andre forskere som innehar andre perspektiver enn meg, vil kunne ende opp med andre konklusjoner enn det jeg har gjort i denne metasyntesen. Ulike forskere kan blant annet bite seg merke i forskjellige nyanser av samme fenomen, når de leser ett og samme materiale (Malterud, 2017a, s. 25).

Selv om forforståelse er viktig (jf. Brottveit, 2018d, s. 130), kan dette noen ganger overdøve budskapet fra det empiriske materialet (Malterud, 2017a, s. 45). Dersom forskerens person blir tydelig til stede i materialet, blir kunnskapen mindre gyldig eller pålitelig (Malterud, 2017a, s. 42). Malterud (2017a, s. 42) hevder at det vil være en fordel å arbeide sammen med flere forskere for å hindre et slikt utfall. At en annen person gjennomgår materialet vil være hensiktsmessig for å kunne identifisere egne blinde flekker (Malterud, 2017a, s. 42). Jeg har imidlertid ikke hatt mulighet til å samarbeide med andre på denne oppgaven. For å unngå at egen forforståelse skulle overdøve budskapet i denne masteroppgaven, har jeg derfor forsøkt å ha et aktivt og bevisst forhold til egen forforståelse. Før det ble gjennomført systematiske litteratursøk svarte jeg på noen spørsmål for å avklare egen forforståelse knyttet til det aktuelle temaet:

1) *Hvilken erfaring har jeg med emnet jeg vil utforske?*

Svar: Jeg har lite arbeidserfaring bak meg og ingen erfaringer med emnet som skal utforskes. Jeg jobber selv med ungdommer, men har ikke arbeidserfaring med ungdommer som har anoreksi. Arbeidserfaringen min er miljøterapeutisk oppfølging og jeg har ikke jobbet på en behandlingsinstitusjon tidligere. Generelt vet jeg lite om spiseforstyrrelser fra før og hva som fremmer bedring blant denne gruppen pasienter. At jeg ikke har erfaringer med denne pasientgruppen, ser jeg på som en fordel i forbindelse med utarbeiding av masteroppgaven. Jeg tror dette kan bidra til at jeg i større grad klarer å forholde meg nøytral i tolkningen av primærstudiene. Jeg har imidlertid noe kunnskap om recoverybegrepet og recoveryorienterte praksiser som er tilegnet gjennom masterprogrammet i rus- og psykisk helsearbeid.

2) *Hvilke forventninger har jeg til hva jeg kan finne*

Svar: På bakgrunn av at jeg ikke har erfaringer med denne pasient gruppen, har jeg ingen konkrete forventninger til hvilke resultater jeg vil få. Likevel har jeg noen tanker om hva jeg kan finne som baseres på den kunnskapen jeg har tilegnet meg om

Recovery og den arbeidserfaringen jeg har med ungdommer. Jeg ser for meg at det er knyttet mye ambivalens til behandlingen av anoreksi. Det kan også tenkes at relasjonsbygging er et avgjørende aspekt for bedringsprosessen. Samtidig ser jeg for meg at tvang i behandling for anoreksi kan virke hemmende for relasjonsbygging og for bedringsprosessen.

3) *Hva er mitt faglige perspektiv og ståsted?*

Jeg har en bachelorgrad i sosialt arbeid og har arbeidserfaring med oppfølging av barn og unge som er i kontakt med barneverntjenesten. Som sosialarbeider er det viktig for meg å se den enkeltes ressurser fremfor begrensninger.

I tråd med Malterud (2017a, s. 46) sine anbefalinger, har jeg hentet frem igjen svarene på disse spørsmålene for å sammenligne dem med funnene som er blitt presentert i denne metasyntesen. Noen av forskningsfunnene fra metasyntesen har likhetstrekk med mine forventninger til hva jeg kunne finne før jeg startet forskningsprosessen. Det var blant annet mange av ungdommene fra de ulike primærstudiene som var ambivalente til behandlingen for anoreksi. Dette var noe jeg på forhånd hadde en antagelse om basert på erfaringer jeg har tilegnet meg gjennom arbeid med barn og ungdom. Funnene fra denne metasyntesen illustrerer imidlertid en utvidet forståelse av min forforståelse. Etter syntese og drøfting av resultater, har jeg fått større innsikt i den ambivalensen ungdommene kan føle på. For en av ungdommene viste det seg for eksempel at spiseforstyrrelsen hadde fungert som en overlevelsesteknikk. At noen tok fra vedkommende denne mestringsstrategien ble opplevd som svært smertefullt (Nilsen et al., 2019, s. 5). Jeg har også tilegnet meg kunnskap om at ungdommer med anoreksi erfarer en intern kamp mellom lysten til å spise og resistansen mot å gjøre det (Williams et al., 2021, s. 12). Selv om mange av ungdommene ikke likte at andre tok fra dem ansvaret, var det flere som anså dette som en livreddende del av behandlingen (Conti et al., 2021, s. 6). Den hermeneutiske spiral gjenspeiler seg i denne metasyntesen ved at jeg har utviklet ny innsikt og forståelse gjennom å ha lest primærstudiene gjentatte ganger. Forståelsen av temaet har videre utviklet seg og endret seg etter hvert som jeg har analysert og syntetisert resultattekst fra de ulike artiklene.

7.0 Konklusjon og implikasjoner for praksis

Intensjonen med denne masteroppgaven har vært å avdekke hva ungdommer med anoreksi erfarer som hjelpsomme aspekter ved behandling. Ungdommene fra de ulike primærstudiene trakk fram flere aspekter ved behandling for anoreksi som kan bidra til å fremme bedring. At ungdommer har behov for at profesjonelle skal se dem som de menneskene de er, er ett av de viktigste aspektene som blir trukket fram. Fordi ingen individer er like, finnes det ikke en behandlingsform som vil passe alle. Behandlingsopplegg bør tilpasses til hver unike ungdom og deres individuelle situasjon. Selv om familiebasert behandling har vist seg å ha god effekt og mange vil nyttiggjøre seg av gruppebasert behandling, viser funn fra denne studien at det er viktig at profesjonelle gjør vurderinger ut ifra ungdommenes individuelle behov og sårbarhet. Ett annet sentralt aspekt som blir framhevet er ungdommenes behov for at profesjonelle anerkjenner deres psykiske utfordringer, så vel som deres fysiske utfordringer. Psykiske vansker var for noen av ungdommene en vedlikeholdende faktor for spiseforstyrrelsen. Vektgjenoppretting alene bidro ikke til å redusere ungdommenes psykiske plager.

Identitetsutvikling blir framhevet som et annet viktig aspekt ved behandling for anoreksi. For flere av ungdommene i denne studien var spiseforstyrrelsen en del av identiteten deres. Resultater fra analysen tyder på at ungdommene har behov for å identifisere seg med noe annet enn spiseforstyrrelsen sin. Hvordan profesjonelle forholder seg til ungdommene vil kunne ha betydning for hvordan de ser på seg selv. Det er viktig at profesjonelle finner en balanse mellom å fokusere på personen og å fokusere på spiseforstyrrelsessymptomer. Det å flytte fokus fra kropp og mat til å fokusere på ting som virkelig betydde noe, kunne fremme bedring. Profesjonelle bør blant annet tilby aktiviteter som går utover det ordinære behandlingsprogrammet. Generelt blir støtte fra profesjonelle, familie og venner trukket fram som betydningsfullt. Ett siste aspekt som blir trukket fram er kontrollaspektet. Funn fra studien viste at ungdommer generelt var ambivalente til å gi fra seg kontrollen, men at flere så verdien av det i ettertid. Noen hevdet at det å gi fra seg kontrollen hadde vært livreddende.

Implikasjoner for praksis

Denne masteroppgaven har bidratt til økt forskningsbasert kunnskap om bedringsprosesser for ungdommer med anoreksi. Økt kunnskap om hva ungdommer med anoreksi erfarer at fremmer bedring, kan bidra til å utvikle bedre behandlingstilbud for denne brukergruppen. Funn fra denne studien tyder på at profesjonelle i stor grad jobber i tråd med klinisk recovery når de behandler ungdommer for anoreksi. I retningslinjer for psykisk helse blir det imidlertid fremhevet at profesjonelle skal gi støtte til personlig recovery. Dette representerer et skille mellom retningslinjenes anbefalinger og profesjonsutøvelsen i praksis. Ungdommenes uttalelser tyder på at de ønsker at profesjonelle skal gi støtte til personlig recovery og at vektgjenoppretting alene ikke er nok. Dette representerer ett behov for endring i praksis. Funnene fra denne studien er særlig relevante for profesjonelle som er ansatt ved dag-, døgn eller polikliniske avdelinger som tilbyr behandling for ungdommer med spiseforstyrrelsen anoreksi. På bakgrunn av at flere av funnene fra denne metasyntesen er i tråd med funn fra tidligere forskning, kan det tenkes at forskningsresultatene også vil kunne ha en viss overføringsverdi til andre kontekster. Det kan tenkes at funnene kan være relevante for profesjonelle som jobber med brukergruppen på andre arenaer. For eksempel kan ungdommenes beskrivelser av hvordan de ønsker å bli møtt av profesjonelle, ha overføringsverdi til andre profesjonelle som møter brukergruppen. Det er imidlertid viktig å understreke at det ikke finnes en fasit. Erfaringene fra denne metasyntesen, representerer nettopp erfaringer. Disse kan variere mellom hver unike ungdom.

Behov for videre forskning

Det finnes generelt lite forskning om ungdommer med anoreksi og deres erfaringer med hva som fremmer bedring i behandlingssammenheng. Mesteparten av forskningen som er publisert, tar for seg voksnes erfaringer. Det anbefales derfor videre forskning på feltet som tar for seg kun ungdommers erfaringer med behandling for anoreksi og recovery. På bakgrunn av at eksisterende forskning i stor grad bygger på jenters erfaringer med behandling for anoreksi, anbefales det også å gjennomføre kvalitativ forskning som omhandler gutter som blir behandlet for spiseforstyrrelsen. Dette vil kunne gi et bredere og mer solid kunnskapsgrunnlag. Det kan også være interessant å forske videre på hva ungdommer legger i begrepet «recovery» og hva de anser som å være «frisk» fra anoreksi.

8.0 Litteraturliste

- Almvik, A. & Borge, L. (2014). *Å sette farger på livet. Helhetlig psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget.
- Anthony, A. W. (1993) Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-21. DOI: 10.1037/h0095655
- Atkins, S., Lewin, S., Smith, H., Engel, M., Fretheim, A. & Volmink, J. (2008). Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: Lessons learnt. *BMC Medical Research Methodology*, 8(1) 21-21. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-21>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*. Open University Press.
- Bang, L. & Dahlgren, C. L. (2020). Kulturen som en risikofaktor for spiseforstyrrelser. I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W. Torsteinsson (Red.), *Spiseforstyrrelser. Forståelse og behandling. En håndbok* (s. 82-88). Fagbokforlaget.
- Berg, R. C., & Munthe-Kaas, H. (2013). Systematiske oversikter og kvalitativ forskning. *Norsk epidemiologi*, 23(2), 131-139.
- Beyene, L. S. (2020). *The meaning of Shared Decision-Making in Mental Care – A Hermeneutical Study*. [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Stavanger.
- Bezance, J. & Holliday, J. (2013). Adolescents with Anorexia Nervosa Have Their Say: A Review of Qualitative Studies on Treatment and Recovery from Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*. 21(5), 352-360. DOI: 10.1002/erv.2239.
- Bjørlykhaug, K. I., Karlsson, B., Hesook, S. K. & Kleppe, L. C. (2021). Social support and recovery from mental health problems: a scoping review, *Nordic Social Work Research*, (1-32). <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1080/2156857X.2020.1868553>

- Borg, M. (2007). *The Nature of Recovery as Lived in Everyday Life: Perspectives of individuals recovering from severe mental health problems*. [Thesis for the degree philosophiae doctor]. Norwegian University of Science and Technology.
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling* (Rapport nr. 4/2013). Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).
<https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Borg, M & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Kommuneforlaget.
- Brottveit, G. (2018a). Om vitenskapsteoretiske begreper og grunnsyn. I G. Brottveit (Red.), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder. Om å arbeide forskningsrelatert* (s. 16-31). Gyldendal Akademisk.
- Brottveit, G. (2018b). Hermeneutikk og vitenskap. I G. Brottveit (Red.), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder. Om å arbeide forskningsrelatert* (s. 32-45). Gyldendal Akademisk.
- Brottveit, G. (2018c). Om forskningsdesign. I G. Brottveit (Red.), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder. Om å arbeide forskningsrelatert* (s. 62-73). Gyldendal Akademisk.
- Brottveit, G. (2018d). Analyse av kvalitative materialer i et vitenskapsteoretisk perspektiv. I G. Brottveit (Red.), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder. Om å arbeide forskningsrelatert* (s. 129-153). Gyldendal Akademisk.
- Busso, L. D. (2018). Å bli en etisk forsker. I G. Brottveit (Red.), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder. Om å arbeide forskningsrelatert* (s. 118-128). Gyldendal Akademisk.

- Chubbs-Payne, A., Lee, J., Isserlin, L., Norris, M., Spettigue, W., Spece, K. & Longmuir, P. E. (2020). Attitudes toward physical activity as a treatment component for adolescents with anorexia nervosa: An exploratory qualitative study of patient perceptions. *The International Journal of Eating Disorders*, 54(3), 336-345. DOI: 10.1002/eat.23411
- Conti, J., Joyce, C., Natoli, S., Skeoch, K. & Hay, P. (2021). "I'm still here, but no one hears you": a qualitative study of young women's experiences of persistent distress post family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00496-4>
- Couturier, J., Kimber, M. K. & Szatmari, P. (2013). Efficacy of Family-Based Treatment for Adolescents with Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 3-11. DOI:[10.1002/eat.22042](https://doi.org/10.1002/eat.22042)
- Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP Checklist (CASP Qualitative Studies Checklist). <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Deegan, P. (2005). The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(66), 29-35. DOI: 10.1080/14034950510033345.
- Edwards, J. & Kaimal, G. (2016). Using meta-synthesis to support application of qualitative findings in practice: A discussion of meta-ethnography, narrative synthesis, and critical interpretive synthesis. *The Arts in Psychotherapy*, 51, 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2016.07.003>
- Erikson, E. H. (2000). *Barndommen og samfunnet* (K. v. Krogh, Overs.). Gyldendal Akademisk. (Opprinnelig utgitt 1950).
- Folkehelseinstituttet (2018). *Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Folkehelseinstituttet*. Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/slik-oppsummerer-vi-forskning-2018v2-endret-2021.pdf>

France, E. F., Ring, N., Thomas, R., Noyes, J., Maxwell, M. & Jepson, R. (2014). A methodological systematic review of what's wrong with meta-ethnography reporting. *BMC Medical Research Methodology*, 14(1), 119. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-119>

Gadamer, H-G. (2012). *Sannhet og metode* (L. Holm-Hansen, Overs.). Pax forlag. (Opprinnelig utgitt 1960).

Hage, T. W, Torsteinsson, V. W. & Rø, Ø. (2020). Utfordringer i behandlerrollen. I I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W. Torsteinsson (Red.), *Spiseforstyrrelser. Forståelse og Behandling. En håndbok* (s. 309-317). Fagbokforlaget.

Hallgren, A. & Skogstrøm, L. (2022, 24. mars). De er flere enn før. De er sykere enn før. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/norge/i/0GOpe6/de-er-flere-enn-foer-de-er-sykere-enn-foer>

Haug, E., Robson-Wold, C., Helland, T., Jåstad, A., Tosheim, T., Fismen, A-S., Wold, B. & Samdal, O. (2020). *Barn og unges helse og trivsel: Forekomst og sosial ulikhet i Norge og Norden* (HEMIL-rapport 2020). Universitetet i Bergen. https://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/hevas_rapport_v10.pdf

Helsebiblioteket (2016a, 03. juni). *Systematisk oversikt*. Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/systematisk-oversikt>

Helsebiblioteket (2016b, 03.juni). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsebiblioteket (2016c, 03. juni). *PICO*. Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsedirektoratet (2014, 28. februar). *Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne.*
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

Helsedirektoratet (2017, 25. april). *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser.*
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>

Helsedirektoratet (2018, 02. desember). *Pakkeforløp ved spiseforstyrrelser hos barn og unge under 23 år.* <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/spiseforstyrrelser-hos-barn-og-unge>

Helsenorge (2019). *Anoreksi – til deg som sliter.*
<https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/spiseforstyrrelser/anoreksi/>

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* (s. 34-38). Fagbokforlaget.

Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser.* Gyldendal Akademisk.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
Doi:10.1192/bjp.bp.110.083733

Malterud, K. (2017a). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.) Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2017b). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag.* Universitetsforlaget.

NAPHA (2010, 12. august). *Recovery*. <https://napha.no/content/13883/recovery>

National Institute for Health Research (u.å.). *About PROSPERO*. PROSPERO. International prospective register of systematic reviews.

<https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/#aboutpage>

NESH (2021, 16. desember). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. De nasjonale forskningsetiske komiteene.

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

Nilsen, J-V., Hage, T. W., Rø, Ø., Halvorsen, I. & Oddli, H. W. (2019). Minding the adolescent in family-based inpatient treatment for anorexia nervosa: a qualitative study of former inpatients' views on treatment collaboration and staff behaviors. *BMC Psychology*, 7(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0348-2>

Nilsen, J-V., 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*, 8(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00293-5>

Nilsen, J-V., Hage, T. W., Rø, Ø., Halvorsen, I. & Oddli, H. W. (2021). Family-based inpatient treatment for adolescent anorexia nervosa: a thematic analysis of former patients' post-treatment reflections. *The Journal of Treatment & Prevention*, 29(4), 390-407. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1656469>

Noblit, G. W. & Hare, R. D. (1988). *Meta-Ethnography. Synthesizing Qualitative studies*. SAGE Publications Inc.

Norsk senter for forskningsdata (u.å.). *Fyll ut meldeskjema for personopplysninger*.

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2.utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999 07-02-63). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Pedersen, A. (2017). Recovery som fagperspektiv og praksisfelt. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Å sette farger på livet. Helhetlig psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10.utg). Wolters Kluwer.

Price-Robertson, R., Obradovic, A. & Morgan, B. (2016). Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach, *Advances in Mental Health*, 15(2), 108-120.

<https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1080/18387357.2016.1243014>

PRISMA (2020). PRISMA Flow Diagram. Hentet fra

<http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (u.å.). *Om å søke REK*.

https://rekportalen.no/#hjem/s%C3%B8ke_REK

Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra:

<https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>

Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press.

Slade, M. (2017). *100 råd som fremmer recovery. En veiledning for psykisk helsepersonell* (2.utg.) (NAPHA rapport 2/2017). Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <https://www.napha.no/multimedia/7492/rapport-2-2017-nett.pdf>

Slade, M. & Logden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*, 15. DOI 10.1186/s12888-015-0678-4

- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder* (5.utg). Fagbokforlaget.
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J. & Boutillier, C. L. (2012). Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence. *British Journal of Social Work*, 42(3), 443-460. Doi:10.1093/bjsw/bcr076
- Topor, A., Denhov, A., Bülow, P. & Andersson, G. (2018). The Many Dimensions of Recovery. Definitions, Problems and Possibilities, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 21(1-2), 141-166. <https://www.muse.jhu.edu/article/759950>.
- 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* (s. 157-174). Fagbokforlaget.
- 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. En Håndbok* (s. 99-109). Fagbokforlaget.
- Ukom. (2022). *To år med pandemi – status for det psykiske helsetilbudet for barn og unge*. <https://ukom.no/rapporter/to-ar-med-pandemi--status-for-det-psykiske-helsetilbudet-til-barn-og-unge/bakgrunn>
- Van Weeghel, J., van Zelst, C., Boertien, D., & Hasson-Ohayon, I. (2019). Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(2), 169-181. <http://dx.doi.org.ezproxy.uis.no/10.1037/prj0000356>
- Westwood, L. M. & Kendal, S. E. (2012). Adolescent client views towards the treatment of anorexia nervosa: a review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 19(6), 500-508. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01819.x

Wetzler, S., Hackmann, C., Peryer, G., Clayman, K., Friedman, D., Saffran, K., Silver, J., Swabrick, M., Magill, E., Furth, E. F. & Pike, K. M. (2020). A framework to conceptualize personal recovery from eating disorders: A systematic review and qualitative metasynthesis of perspectives from individuals with lived experience. *The international journal of eating disorders*, 53(8), 1188-1203.

<https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1002/eat.23260>

Williams, R., Smith, M. & Wright, D. (2021). Anorexia: a literature review of young people's experiences of hospital treatment. *Nursing Children and Young People*, 33(2), 10-17.
doi: 10.7748/ncyp.2020.e1313

World Health Organization (2022). *International statistical classification of diseases and related health problems. Mortality and morbidity Statistics (11th ed.)*

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/263852475>

Wu, Y. & Harrison, A. (2019). «Our daily life was mainly comprised of eating and sitting:» a qualitative analysis of adolescents' experiences of inpatient eating disorder treatment in China. *Journal of eating disorders*, 7(1), 20.

<https://doi.org/10.1186/s40337-019-0250-6>

Zaitsoff, S., Pullmer, R., Menna, R. & Geller, J. (2016). A qualitative analysis of aspects of treatment that adolescents with anorexia identify as helpful. *Psychiatry research*, 238, 251-256. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.045>

Zugai, J., Stein-Parbury, J. & Roche, M. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. *Journal of clinical nursing*, 22(13-14), 2020-2029. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/jocn.12182>

VEDLEGG

Vedlegg 1: PICO skjema

P	I	Co
Populasjon/problem	(Phenomenon of) Interest	Context
Hvilken populasjon eller hvilket problem dreier det seg om?	Hvilken aktivitet, erfaring, opplevelse eller prosess dreier det seg om	Hvilken kontekst eller setting dreier det seg om
<i>Ungdommer (13-18år) med spiseforstyrrelsen anoreksi</i>	<i>Hva ungdommer med anoreksi erfarer som hjelpsomt i egen recoveryprosess</i>	<i>Behandling (inpatient or outpatient)</i>
Adolescents, anorexia nervosa	<i>Experiences, qualitative, Recovery</i>	Treatment

Helsebiblioteket (2016c, 03. juni). *PICO*. Helsebiblioteket.no.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Vedlegg 2: Sjekkliste

Sjekkliste for kritisk vurdering av forskning
1. Er formålet med studien klart formulert?
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?
7. Er etiske forhold vurdert?
8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?
9. Er funnene klart presentert?
10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Helsebiblioteket (2016b, 03.juni). *Sjekklistene*. Helsebiblioteket.no.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>

Vedlegg 3: Sjekkliste for vurdering av kvalitet på inkluderte studier

Sjekkliste for vurdering av kvalitet på inkluderte studier												
Nr.	Forfattere	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vurdering
1.	Chubbs-Payne et al. (2021)	J	J	J	J	J	N	J	J	J	J	Resultatene er til å stole på. Høy kvalitet.
2.	Conti et al. (2021)	J	J	J	J	J	N	N	J	J	J	Studien har fått etisk godkjenning, men forskerne har ikke diskutert etiske forhold. Høy kvalitet.
4.	Nilsen et al. (2019)	J	J	J	U	J	J	J	J	J	J	Får ikke informasjon om hvordan deltakerne ble rekruttert og hvorfor 21 valgte å ikke delta. 4 av intervjuerne har vært direkte involvert i behandlingen. Forskerne har imidlertid gjort rede for at dette kan ha påvirket data. Høy kvalitet.
5.	Nilsen et al. (2020)	J	J	J	U	U	J	J	J	J	J	Fikk ingen informasjon om hvordan deltakerne ble rekruttert og hvorfor noen valgte å ikke delta. En svakhet er at spørsmålene i intervjuguiden dekket et bredt spekter av spørsmål som handler om deltakernes behandlingserfaringer og er ikke spesifikt rettet mot forskningsspørsmålet som handler om «viktige faktorer for recoveryprosessen». Høy Kvalitet.
6.	Nilsen et al. (2021)	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	Resultatene er til å stole på. Høy kvalitet.

7.	Wu & Harrison (2019)	J	J	J	J	J	U	J	J	J	J	Resultatene er til å stole på. Forskerne har skrevet en refleksjonsdel som omhandler bakgrunn og interesse for temaet, men har ikke skrevet noe om relasjonen til deltakerne. Høy kvalitet.
8.	Zaitsoff et al. (2016)	J	J	J	J	J	N	J	J	J	J	Forskerne har ikke kritisk vurdert hvordan egen rolle kan ha påvirket data. Høy Kvalitet.
9.	Zugai et al. (2013)	J	J	J	J	J	N	J	N	J	J	Forskerne har ikke kritisk vurdert hvordan egen rolle kan ha påvirket data. Det er noe uklart hvordan temaene ble trukket ut fra data. Høy kvalitet.
Svaralternativer: Ja (J), Nei (N), Uklart (U). Hvert svaralternativ (J) = 1 poeng. Høy kvalitet= 8-10 poeng, middels kvalitet= 5-7 poeng, lav kvalitet < 5 poeng og ekskluderes.												

Helsebiblioteket (2016b, 03.juni). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>

Vedlegg 4: Oversikt over ekskluderte artikler

Review spørsmål: «Hvilke aspekter ved behandling for anoreksi, erfarer ungdommer at fremmer bedring?»						
Forfattere (år), land	Studiens hensikt	Datainnsamlingsmetode	Deltagere	Analysemetode	Hovedresultater opp mot hensikten av studiet	Studiens kvalitet, CASP* og årsak til eksklusjon
<p><u>1. Baumas et al.</u></p> <p>Frankrike 2021</p> <p>Patients and Parents' Experience of Multi-Family Therapy for Anorexia Nervosa: A Pilot Study</p>	<p>Å identifisere ulike observerte endringer som et resultat av behandling (Multi familierterapi), men også faktorer som ledet til disse endringene fra familiens perspektiv</p>	<p>Kvalitativ metode. Fokusgruppe intervju.</p>	<p>3 deltakere.</p>	<p>Tematisk analyse.</p>	<p>Både ungdommer og foreldre hadde utfordringer med å relatere endringene de hadde observert det siste året til MFT, men kunne likevel si at gruppesamholdet hadde flere positive effekter og at familiedynamikken hadde blitt bedre. Selv om både ungdommene og foreldene hadde observert forbedringer i symptomer på anoreksi og familieinteraksjoner det siste året, var det ikke klart om de mente at MFT hadde ført til disse endringene.</p>	<p>Middels høy kvalitet. (Forskerne har ikke kritisk vurdert hvordan egen rolle har påvirket resultatene, lite utvalg, ikke representativt for resten av populasjonen)</p> <p>Ekskludert fordi den ikke gir nok resultater opp mot review spørsmål</p>
<p><u>2. Berends et al.</u></p> <p>Nederland 2018</p> <p>Relapse prevention in anorexia nervosa: Experiences of</p>	<p>Undersøker hvordan pasienter og deres foreldre erfarte å jobbe med en retningslinje for å forebygge tilbakefall av anoreksi og beskrive faktorer</p>	<p>Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju</p>	<p>29 deltakere. (7 ungdommer).</p>	<p>Tematisk analyse.</p>	<p>Pasienter og familiemedlemmer var generelt fornøyd med støtten de fikk fra retningslinjen. Det bidro til en bedre forståelse av den personlige prosessen med tilbakefall. Pasientene og familiene verdsatte å kunne holde kontakten</p>	<p>Middels høy kvalitet. (Forskerne har ikke beskrevet om deltakerne ga informert samtykke og om de fikk muligheten til å trekke seg når som helst, men er etisk godkjent av komite).</p>

patients and parents	som støtter eller hindrer vellykket anvendelse av retningslinjen				med sin profesjonelle etter programmet. Retningslinjen forebygger tilbakefall.	Ekkludert fordi den inneholder erfaringer til ikke bare ungdommer, lite resultat – kun 4 sitat fra ungdommer.
3. Nilsen et al. Norge 2021 «Family members' reflections upon a family-based inpatient treatment program for adolescent anorexia nervosa: a thematic analysis»	Å undersøke familiemedlemmers perspektiver etter et familiebasert døgnterapiprogram for anoreksi hos ungdom og å diskutere implikasjoner for behandlere.	Kvalitativ metode. Intervju.	31 deltakere.	Tematisk analyse.	Resultatene understreker behovet for mer kunnskap om hvordan optimalisere døgnterapi, samt viktigheten av å sørge for mye overganger mellom omsorgsmiljøer.	Middels høy kvalitet: (Forskerne har ikke beskrevet noe om relasjonen mellom intervjuere/forskerne og deltakerne. Står heller ikke noe om hvorfor 2 fedre ikke deltok). Ekkludert fordi den inneholder ikke bare ungdommers erfaringer
4. Piot et al. Frankrike (2020) “Personal recovery of young adults with severe anorexia nervosa during adolescence: a case series”	Øke forståelsen av recovery fra anoreksi. Forskningsspørsmål: «Hvordan opplever og forstår personer som ble innlagt på sykehus i ungdomsårene for	Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju.	3 deltakere.	Interpretative phenomenological analysis (IPA)	Det personlige recoveryparadigmet kan gi en ny tilnærming til omsorg, komplementært til det medisinske paradigmet. Fant 4 nye recovery stadier.	Middels høy kvalitet: (Det var ingen tydelig konklusjon ved studien, få deltakere.)

	alvorlig anoreksi, recovery?»					Ekkludert fordi det var voksne som ble intervjuet (20-30 år)
5. Ramjan & Gill Australia 2012 An inpatient program for adolescents with anorexia experienced as a metaphoric prison	Hensikten med studien var å utforske erfaringene til ungdom som var innlagt i et atferdsprogram for behandling av anoreksi, så vel som sykepleierne som tok seg av dem. Studien hadde et spesielt fokus på effekten av programmets atferdsmodifikasjonsprinsipper på relasjonen mellom pasient og sykepleier.	Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju.	20 deltakere. (10 ungdommer og 10 sykepleiere).	Tematisk analyse.	Funnene viser utfordringer sykepleiere og pasienter møter i relasjonsbyggingen innenfor et miljø som pasienten ofte opplever som et fengsel, hvor sykepleierne tar en rolle som fengselsvakter. Dette hadde negativ påvirkning på relasjonsbyggingen.	Middels kvalitet: (Forskerne har ikke forklart hvorfor noen valgte å ikke delta i studien. En av intervjuerne har jobbet deltid på behandlingsstedet – kan ha bidratt til skjevhet. Kort analysedel.) Ekkludert fordi den inneholder ikke bare ungdommers erfaringer
6. Sibeoni et al. Frankrike 2020 Obstacles and facilitators of therapeutic alliance among adolescents with	Hensikt å utforske erfaringer med terapeutisk allianse i en døgntilrettelagt behandling for ungdommer med anoreksi, deres foreldre og deres psykiatere. Forskningsspørsmål	Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju.	41 deltakere (15 tenåringsjenter, 18 foreldre og 8 psykiatere).	Tematisk analyse.	Deltakerne beskrev 4 tilretteleggere for terapeutisk allianse: 1) Menneskelige kvaliteter og relasjonsferdigheter hos helse og omsorgsgivere 2) Å ha en aktiv rolle i behandlingen	Middels høy kvalitet: (Forskerne har ikke beskrevet hvorfor noen valgte å ikke delta i studien, de har heller ikke kritisk vurdert hvordan egen rolle kan ha påvirket data.)

<p>anorexia nervosa, their parents and their psychiatrists: A qualitative study</p>	<p>ål: Hva legger til rette for en allianse i behandling og hva hindrer en allianse i behandlingen.</p>				<p>3) Ta tid 4) Ta vare på hele familien og å forbedre familierelasjoner</p> <p>Deltakerne beskrev fire hindringer for terapeutisk allianse:</p> <p>1) Å være for nær eller for fjern 2) Fokus på vekt 3) Kontroll og begrensninger 4) psykiatrering</p>	<p>Ekkludert fordi den inneholder ikke bare ungdommers erfaringer</p>
<p>7. Thabrew et al.</p> <p>New Zealand 2019</p> <p>Young people's experiences of brief inpatient treatment for anorexia nervosa</p>	<p>Å: (i) forstå erfaringene til unge mennesker med anoreksi innlagt på sykehus for kortere opphold; og (ii) informere utformingen av moderne døgnbehandling for å bedre passe deres behov.</p>	<p>Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju.</p>	<p>9 deltakere.</p>	<p>Tematisk analyse.</p>	<p>Ungdom innlagt for kortvarig døgnbehandling for anoreksi opplever mange av de samme fordelene og utfordringene som ved lengre døgnbehandling, innvirkningen på visse problemer kan imidlertid bli forsterket på grunn av kort tidsramme. Større oppmerksomhet bør rettes mot å sikre at unge mennesker føler seg godt støttet og inkludert i den kritiske fasen av behandling for å legge til rette for recovery.</p>	<p>Lav kvalitet: (Ikke skrevet noe om etisk godkjenning).</p> <p>Ekkludert fordi det mangler informasjon om at studien har fått etisk godkjenning.</p>
<p>*Critical Appraisal Skills Programme</p>						

Vedlegg 5: Matrise for analyse og syntese med utgangspunkt i likheter og sammenhenger mellom studiene

Review spørsmål: «Hvilke aspekter ved behandling for anoreksi, erfarer ungdommer at fremmer bedring?»										
<u>Nilsen et al. (2019)</u>	<u>Chubbs-Payne et al. (2021)</u>	<u>Conti et al. (2021)</u>	<u>Nilsen et al. (2020)</u>	<u>Nilsen et al. (2021)</u>	<u>Wu & Harrison (2019)</u>	<u>Zaitsoff et al. (2016)</u>	<u>Zugai et al. (2013)</u>	<u>Under temaer</u>	<u>Temaer</u>	<u>Overordnede temaer</u>
Main-theme 1: There are no ready-made solutions. Staff should facilitate collaboration by tailoring treatment toward the young person's perspectives Sub-theme 3: Managing the balance between flexibility and firmness	Individualized Progressive Implementation Resultattekst: (Physical activity should be tailored to meet individual needs and preferences.)			Sub-theme 2b: Family-based inpatient treatment should not be the only option. If I could stay here by myself.			Sub-theme: Rules for my well-being, not my restriction	Behandlingsstilnærming	Skreddersydd behandlingsopplegg	Se meg som det mennesket jeg er, med den lengselen jeg bærer på
Sub-theme 5: addressing and working with covert ED* behaviors at the ward: be	Group activities as more motivating, socially stimulating, and enjoyable.			Main-theme 2: Enhancing or maintaining negative power dynamics	Master-theme 2: Peer influence. Resultattekst: Both positive and		«The thing that helps is that you eat with other people...because usually people don't eat alone.»	Individuell vs. gruppebasert behandling	Skreddersydd behandlingsopplegg	Se meg som det mennesket jeg er, med den lengselen jeg bærer på

attentive and preventive	Sub-theme 2: Competitive behavior			Sub-theme A: Negative peer influence. Potentially nurturing the eating disorder (N = 15)	<p>negative aspects of social interactions with their peers.</p> <p>Resultattekst ; Positive peer influence: Being amongst peers with a similar illness provided a platform to freely talk about ED* without worrying about being stigmatized.</p> <p>Restultattekst: Negative peer influence: spending significant amounts of time comparing food intake and who gained</p>					
--------------------------	-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

					weight faster (or slower).					
Sub-theme 2: exploring and working with personal goals: strengthening the young person's own motivation for recovery			Sub-theme 2: Connect with your future self: be future and goal-oriented. (Reaching new personal milestones had reinforced hope, motivation and self-respect.)	Providing safe transitions (moving in – moving out) The necessity of adequate follow-up after discharge.	Subordinate-theme 3: Confidence in controlling disordered eating in the future	Avoiding Un- realistic Goals (i.e., goals that are too big or too fast) in therapy.		Personlige milepæler	Skreddersydd behandlingssopplegg	Se meg som det mennesket jeg er og den lengselen jeg bærer på
		Sub-theme 1a: Focus on the visible (ED symptoms) Sub-theme 1b: Focus on the invisible (psychological distress) Resultattekst : (An absence of focus on addressing			Subordinate-theme 1: Discrepancies between the dominant focus of physical improvement at the expense of the psychological support desired by participants Subordinate-theme 2: Inadequate	Express interest and demonstrate understanding of clients' feelings Resultattekst : Try to see the reasons behind the eating disorder		Det usynlige er vel så viktig som det synlige	Skreddersydd behandlingssopplegg	Se meg som det mennesket jeg er, og den lengselen jeg bærer på

		<p>emotional distress and interpersonal struggles was cited as a major contributor to the decision of dropping out of treatment.)</p> <p>Resultattekst : (Prioritizing of physical safety meant that psychological safety was obscured with the implicit meaning taken from what was “going on inside” did not matter.)</p> <p>Resultattekst : (The “old wounds” were opened and not healed)</p>			<p>professional psychological support.</p> <p>Resultattekst : (In spite of the physical improvement achieved through their hospitalization, they continued to experience heightened fear of gaining weight and other ED cognitions)</p>					
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

		Resultattekst : Nutritional and weight restoration alone did not reduce their psychological distress								
Sub-theme 3: providing information and transferring knowledge in meaningful ways Sub-theme 1: Beware of stereotypes and prejudice: cultivating respect and curiosity	Main-theme 4: Psychoeducation with structured physical activity is preferred Resultattekst: Staff supervision (e.g., physician, nurse) would be imperative during physical activity Judgments	Resultattekst : A loss of voice Sub-theme 2b: Life is worth saving – “no one was ever going to give up on me” Resultattekst : FBT therapists advocating for them and mobilizing their parental support The importance of parental support in AN treatments.	Main-theme 2: Being involved in important relationships Sub-theme 1: Ensure support from family members Sub-theme 2: Reconnect or get new friends. Peer relationships matter. Sub-theme 3: Try to collaborate with your therapist. Professional relationships matter.	Sub-theme 1: Being in it together. Joining forces. Main-theme 4: Sibling relationships and different ways of involvement		Category Alliance: Demonstrate interest in person not just their ED* Category Client involvement: Emphasize client’s choice to change Provide choices Present change as an experiment. Category: Assumptions : Resultattekst : The importance of the	Main-theme 3: The nursing relationship Sub-theme 3a: “The best nurses cared” Sub-theme 3b: “My nurse; my motivator” Resultattekst : (Encouragement and support as an important part of nursing interactions)	Støttende relasjoner betyr noe.	Å utvikle en identitet utenfor selve spiseforstyrrelsen	Se meg som det mennesket jeg er, og den lengselen jeg bærer på

						<p>therapist avoiding Assumptions regarding the clients' thoughts, feelings, and actions as well as avoiding Judgments</p> <p>Category Provide information: Health information</p> <p>The importance of genuine Support (i.e., demonstrating belief in the clients' ability to change and providing encouragement to keep trying)</p>				
Sub-theme 2: Managing the balance between the symptoms and the person		Sub-theme 2(a): Negotiating personal agency and voice				Avoid focusing exclusively on shape, weight, or food-related issues		Sykdomsorientert vs. Personorientert tilnærming	Å utvikle en identitet utenfor selve spiseforstyrrelsen	Se meg som det mennesket jeg er, og den lengselen jeg bærer på

		(Preference for a person-centred approach where the practice of externalization was focused on the person's identity outside of the AN)								
Sub-theme 4: enabling a shift of focus by providing activities (Activities beyond the ED-focused treatment schedule)	Main-theme 2, category 4: Physical activity as a means to pass time.				Sub-theme 2: Confidence in 'normal' living and eating	Category: Provide information: Nutritional Information (i.e., what is a normal amount of food)	Sub-theme 2b: Having fun, like a regular person	Aktivitetene utenfor ordinære behandlingsaktiviteter	Å utvikle en identitet utenfor selve spiseforstyrrelsen	Se meg som det mennesket jeg er, og den lengselen jeg bærer på
		Parents took responsibility for their eating, was experienced as a relief, albeit it was also a distressing experience.	The necessity of letting go of the ED or ED behaviors in order to recover, focusing on things that really matter can aid this process.				Relinquishing control. Nurses implementing strict rules in order to ensure adherence to prescribed eating and exercise patterns.	Kontroll	Å sveve mellom kontroll og mangel på kontroll	Se meg som det mennesket jeg er, og den lengselen jeg bærer på

			<p>Main-theme 1: «Realizing you have a problem»</p> <p>Sub-theme 3: Acknowledge that you need to do the work. Connect with your willpower and determination (N = 23)</p> <p>Main-theme 3: Giving treatment a real chance</p> <p>Sub-theme 1: Try to connect with recommended treatment goals. Opt in, not out, of treatment (N = 21)</p>							
*ED=Eating Disorder										

