

”Jag ville bara så förtvivlat gärna att någon skulle förstå hur sjuk hon var”

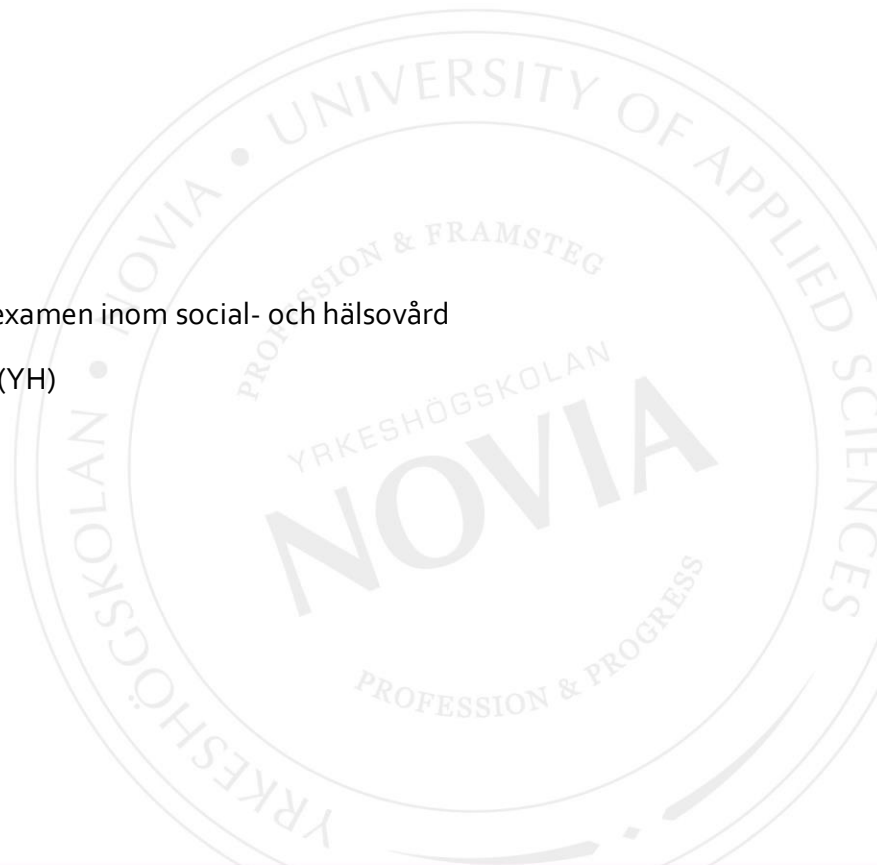
**En kvalitativ studie om hur närstående till personer med en
ätstörning beskriver ätstörningsvården i Finland**

Simone Gustafsson

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Hälsovårdare (YH)

Vasa 2020



EXAMENSARBETE

Författare:	Simone Gustafsson
Utbildning och ort:	Hälsovårdare, Vasa
Handledare:	Marie Hjortell

Titel: "Jag ville bara så förtvivlat gärna att någon skulle förstå hur sjuk hon var" - En kvalitativ studie om hur närstående till personer med en ätstörning beskriver ätstörningsvården i Finland

Datum: 8.5.2020	Sidantal: 45	Bilagor: 0
-----------------	--------------	------------

Abstrakt

Syftet med detta examensarbete är att undersöka hur närstående till personer med en ätstörning beskriver vården av ätstörningar i Finland. Även vilka upplevelser närstående haft av vården undersöks. Genom att få kunskap om vilka styrkor och svagheter som för tillfället finns i vården kan den utvecklas. Att få kunskap om vad närstående uppskattar i vården gör att även enskilda vårdare kan utveckla sina förmågor och sitt bemötande av ätstörningspatienter.

Studien är en kvalitativ studie där självbiografiska böcker läses för att få material att analysera. Analysen av materialet sker med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Som teoretisk utgångspunkt används Halldórsdóttirs (1996) teori om vårdande och icke-vårdande bemötanden.

Resultaten visar att närstående upplever att vården, dess uppbyggnad och de metoder som används delvis är olämpliga för att vårda ätstörningar, samt att vården av en eller annan orsak ibland blivit otillräcklig. Det finns också resultat om hur vårdpersonalens bemötande av insjuknade och närstående uppfattas och hur detta påverkar vården och tillfrisknandet. Med hjälp av den kunskap som nås kan vården utvecklas så att personer med ätstörningar får vård tidigare än förut och att tillfrisknandet bättre underlättas.

Språk: Svenska	Nyckelord: ätstörningar, vård, närstående
----------------	---

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä:	Simone Gustafsson
Koulutus ja paikkakunta:	Terveydenhoitaja, Vaasa
Ohjaaja:	Marie Hjortell

Nimike: "Halusin vain, että joku ymmärtäisi, miten sairas hän on" – Laadullinen tutkimus siitä, miten syömishäiriöpotilaan läheinen kuvailee syömishäiriöiden hoitoa Suomessa.

Päivämäärä: 8.5.2020 Sivumäärä: 45

Liitteet: o

Tiivistelmä

Tutkielman tavoitteena on selvittää, miten syömishäiriöstä kärsivän läheiset kuvailevat syömishäiriöiden hoitoa Suomessa. Lisäksi selvitetään, miten läheiset ovat kokeneet syömishäiriöiden hoidon. Tietoisuus tämänhetkisen hoidon vahvuuksista ja heikkouksista mahdollistaa sen kehittämisen. Saamalla lisätietoa siitä, mitä läheiset arvostavat hoidossa, myös yksittäiset hoitajat pystyvät kehittämään taitojaan syömishäiriöpotilaan kohtaamisessa.

Tutkimus on laadullinen, ja analysoitavana materiaalina käytetään omaelämäkerrallista kirjallisuutta. Laadullisen sisällön analyysia käytetään data-analyysiin. Teoreettisena lähtökohtana on Halldórsdóttirin (1996) teoria huolehtivasta ja epähuolehtivasta kohtelusta.

Tulokset osoittavat, että omaiset kokevat hoidon, sen rakenteen sekä käytetyt menetelmät osittain sopimattomiksi syömishäiriöiden hoitoon tai joiltain osin riittämättömiksi. Tulokset osoittavat, miten hoitajien kohtaaminen potilaan ja läheisen kanssa voi vaikuttaa hoitoon ja paranemiseen. Saavutetun tutkimustiedon avulla hoitoa voidaan kehittää siten, että potilaat saavat hoitoa entistä aikaisemmassa vaiheessa ja paranemista edistetään.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: syömishäiriöt, hoito, läheiset

BACHELOR'S THESIS

Author:	Simone Gustafsson
Degree Programme:	Public Health Nursing, Vaasa
Supervisor:	Marie Hjortell

Title: "I desperately wanted someone to understand how sick she was" - A qualitative study on how relatives to people with an eating disorder describe the care of eating disorders in Finland

Date: 8.5.2020	Number of pages: 45	Appendices: 0
----------------	---------------------	---------------

Summary

The aim of this Bachelor's Thesis is to investigate how relatives to people with an eating disorder describe the care of eating disorders in Finland. The relatives' experiences of the care is also investigated. The care can be developed by receiving knowledge of its strengths and limitations. Individual care providers can develop their nursing skills and their approach to people with an eating disorder through obtaining knowledge about what relatives appreciate in the care.

The study is a qualitative study in which autobiographical books are used to receive material for the study. The data-analysis is done by qualitative content analysis. Halldórsdóttir's (1996) theory about caring and uncaring encounters in nursing and health care is used as a theoretical basis.

The results show that relatives experience the care, its structure and its used methods as somewhat inappropriate for the treatment of eating disorders, and it's also described that the care occasionally for one reason or another is insufficient. It is also presented how the approach of the patient and the relatives is perceived, as well as how this affects the care and the recovery from the illness. By means of the received knowledge, the care can be developed in order to give people with an eating disorder care earlier than previously and to facilitate the recovery.

Language: Swedish	Key words: eating disorders, care, relatives
-------------------	--

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställningar.....	3
3	Bakgrund	4
3.1	Ätstörningar	4
3.1.1	Anorexia nervosa.....	5
3.1.2	Bulimia nervosa.....	6
3.1.3	Andra ätstörningar	7
3.2	Tillfrisknandet.....	8
3.3	Att vara närstående till någon med en ätstörning	10
3.4	Tidigare forskning	11
4	Teoretisk utgångspunkt	14
4.1	Möten mellan vårdare och vårdtagare	14
4.2	Ett möte som uppfattas som vårdande	15
4.3	Ett möte som uppfattas som icke-vårdande.....	16
5	Metod.....	17
5.1	Kvalitativ metod	17
5.2	Datainsamlingsmetod och urval	17
5.3	Kvalitativ innehållsanalys	18
5.4	Praktiskt genomförande.....	19
5.5	Etiska överväganden	20
6	Resultat	21
6.1	Lämpligheten hos vården	21
6.1.1	De diagnostiska kriteriernas påverkan på tillfrisknandet	22
6.1.2	Vårdens uppbyggnad	22
6.1.3	Lämpligheten hos vårdmetoderna	24
6.2	Tillräckligheten hos vården.....	25
6.2.1	De diagnostiska kriteriernas påverkan på vårdens tillräcklighet	25
6.2.2	Tillgängligheten hos vården.....	26
6.2.3	Att ta ansvar	27
6.2.4	Kunskap om sjukdomen	28
6.3	Bemötandet.....	29
6.3.1	Att bemöta den insjuknade.....	29
6.3.2	Att bemöta närstående	30
7	Diskussion.....	32
7.1	Metoddiskussion	32

7.2	Resultatdiskussion	35
7.2.1	Lämpligheten hos vården	35
7.2.2	Tillräckligheten hos vården	37
7.2.3	Bemötandet.....	39
7.3	Slutledning	41
8	Källförteckning	43

1 Inledning

En ätstörning är en psykisk sjukdom som tar sig i uttryck i ett onormalt förhållande till mat och ätande. Till de vanligaste ätstörningarna hör anorexia nervosa, bulimia nervosa och hetsättningsstörning (binge eating disorder). Sjukdomarna är vanligast hos flickor och unga vuxna kvinnor. (Institutet för Hälsa och Välfärd (THL), 2015).

Anorexi kännetecknas av en stor rädsla för att gå upp i vikt, och de som drabbas blir ofta undernärda. Vid bulimi har personen perioder av hetsätning där hen förlorar kontrollen. För att förhindra viktuppgång använder hen sig därefter av olika metoder som exempelvis att kräkas. Bulimiker är ofta normalviktiga. Det finns också andra typer av ätstörningar. (ibid.).

Ätstörningar är ett ämne som länge har intresserat mig. I början av mina tonår hade jag en vän som insjuknade i anorexia nervosa. Sedan dess har jag haft ett speciellt intresse för ätstörningar, och i min ungdom har jag läst många självbiografier och tittat på filmer om ätstörningar. Att skriva mitt examensarbete om detta ämne känns därför väldigt intressant och viktigt.

Min vän tillfrisknade så småningom, men där och då förstod vi inte riktigt hur det skulle gå till. Jag minns särskilt väl hur hon ville bli frisk, men hade ingen motivation till den terapi hon fick. Detta har hon själv också medgett efter tillfrisknandet. Behandlingen kändes inte betydelsefull för hennes sjukdom. Detta har intresserat mig. Varför upplevde min vän att hon inte fick en betydelsefull behandling?

Föräldrar till ungdomar som insjuknat i en ätstörning är mycket involverade i sjukdomsprocessen och har ofta en stark önskan om att deras barn ska få en bra vård och kunna tillfriskna. Jag kommer därför i mitt examensarbete undersöka närståendes, och då främst föräldrars, uppfattning av ätstörningsvården. Syftet är att beskriva de närståendes upplevelse av vårdens möjlighet att hjälpa och stödja personer som insjuknat. Hur upplevs den behandling som ges? Känner de att den är betydelsefull? Känner de att de får tillräckligt med hjälp eller skulle de vilja ha mer hjälp?

Som blivande hälsovårdare intresserar detta mig eftersom det kan ge mig mera kunskap om hur jag skall bemöta skolungdomar och deras familjemedlemmar på bästa sätt. Även

vid exempelvis mödrarådgivningsbesök eller i företagshälsovården kan man stöta på personer med en ätstörning. Med tanke på den bakgrund jag har i detta ämne är det särskilt viktigt för mig att komma ihåg att göra denna studie objektivt och med ett öppet sinne. Det är viktigt att jag beaktar olika uppfattningar, även de som skiljer sig från min väns uppfattning.

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med detta examensarbete är att få mera kunskap om hur närstående till personer med en ätstörning upplever ätstörningsvården i Finland. Upplever de att vården har möjlighet att hjälpa och stöda patienterna? Jag kommer att ta reda på vilka möjligheter och utmaningar de ser i vården. Att få information om detta kommer att hjälpa oss att kunna utveckla vården. Enskilda vårdare kan också lära sig hur man skall bemöta dessa patienter på bästa sätt. Skol- och studerandehälsovårdaren kan av detta arbete förhoppningsvis lära sig hur hen borde bemöta ungdomarna men också hur och när föräldrarna bör involveras och även hur de bör bemötas.

Frågeställningar:

Hur beskriver närstående till personer med en ätstörning den finländska ätstörningsvårdens möjligheter att hjälpa och stöda personer som har en ätstörning och deras anhöriga?

Vilka upplevelser har närstående till personer med en ätstörning haft av den finländska ätstörningsvården?

3 Bakgrund

I detta kapitel beskrivs vad som upprätthåller ätstörningar och vad som kännetecknar dem, varför de uppkommer och hur många som drabbas. De vanligaste ätstörningarna och vad som skiljer dem åt beskrivs också. Det redogörs för hur ätstörningarna diagnosticeras. Till slut redogörs det för hur behandlingen i Finland går till, hur det är att vara närstående till någon med ätstörningsproblematik och vilken tidigare forskning som gjorts kring närståendes upplevelser av ätstörningsvården. Detta kapitel ger en grund till att förstå syftet med studien samt varför detta är ett betydelsefullt ämne.

3.1 Ätstörningar

En ätstörning är inte enbart något som syns på utsidan, på hur mycket man väger eller hur mycket man äter. Däremot är det en sjukdom där tankevärlden styr ätandet och den insjuknades förhållande till sin egen kropp. Ätandet får en så central del i livet att vardagen störs. Att ha kontroll över ätandet har en betydelse; det kan ge en känsla av kontroll eller vara ett sätt för personen att hantera andra problem i livet. (Syömishäiriöliitto, u.å.). Gemensamt för anorexi och bulimi är att man har en felvriden kroppsuppfattning. Man uppfattar sig som överviktig trots att omgivningen har en annan uppfattning. (Eriksson & Karlsson, 2001, s. 9).

Enligt en undersökning av Institutet för hälsa och välfärd har 6 % av kvinnorna i åldern 20 - 35 i Finland någon gång haft en ätstörning. Av dessa hade en tredjedel fortfarande kvar sin sjukdom. Hos män i samma ålder är andelen endast 0,3%. Mörkertalet är dock stort. En stor del av de drabbade har en ätstörning som inte når upp till de diagnostiska kriterierna. Dessa sjukdomar begränsar ändå deras vardag, och de skulle också vara i behov av behandling för att må bättre. (THL, 2015). Det är osäkert om incidensen av ätstörningar har ökat under de senaste 30 - 40 åren. Man vet dock att incidensen av anorexi i Sverige ökar med 4,7 - 7,7 nya fall varje per 100 000 invånare varje år. (Svenska psykiatriska föreningen, 2015, s. 17, 18).

Man kan inte helt klart säga vad som orsakar en ätstörning. Alla som insjuknar har en unik kombination av faktorer som har orsakat deras sjukdom. Det går alltså inte att förutse vem som kommer insjukna i en ätstörning, och ingen kan beskyllas för detta. Man har dock hittat vissa faktorer som kan påverka insjuknandet. Något som tydligtvis är en

nödvändighet för att utveckla en ätstörning är att personen är missnöjd med sin egen kropp. Faktorer som att ha låg självkänsla, negativa känslor, perfektionism, genetiska anlag och att få höra kommentarer om vikt kan också ha del i insjuknandet. Sociokulturella faktorer såsom kroppsideal verkar endast ha en liten påverkan, alla som konfronteras av dessa insjuknar inte. (Polivy & Herman, 2002).

Ätstörningar utgör en utmaning för vården. Patienterna har ofta en allvarlig fysisk sjuklighet, kombinerat med en ovilja till behandling. Dessutom kan patienterna ha andra psykiska symtom. (Svenska psykiatriska föreningen, 2015, s. 22, 23). Dödligheten är förhöjd vid ätstörningar. Vid anorexi är dödlighetsrisken 6 gånger större än hos resten av befolkningen, och vid bulimi är motsvarande siffra 3. (Syömishäiriöt: Käypä hoitosuositus, 2014).

3.1.1 Anorexia nervosa

Anorexi börjar ofta med en önskan om att leva hälsosammare. Sjukdomen debuterar vanligtvis i 13 - 15 års ålder. Vid viktnedgång leder detta till en viljemässig bantning. Tankarna börjar mer och mer kretsa kring mat, vikt och utseende, och detta förvärras med sjunkande vikt. Personen försöker också kompensera för de måltider hen har ätit, genom exempelvis överdriven fysisk aktivitet. Måltiderna är förknippade med ångestkänslor. Personen kan hoppa över måltider och säga att hen "redan har ätit". En del döljer gärna sitt sjukdomstillstånd. (Svenska psykiatriska föreningen, 2015, s. 29, 30).

Självkänslan blir för personen, till skillnad från friska individer, direkt kopplad till hur man klarar av att kontrollera ätandet och vikten. När personen klarar av att avstå från mat trots hunger känner hen sig nöjd med sig själv. Personen blir ofta självupptagen, tvångsmässig och socialt isolerad. Om någon stör de tvångsmässiga rutinerna blir personen irriterad. (ibid.).

Avmagringen som medföljer leder till en rad fysiska symtom. Ämnesomsättningen sänks och kroppstemperaturen blir låg. Med många lager kläder kan personen dessutom dölja sin sjukdom för omgivningen en längre tid. Hjärtfrekvensen sänks och blodtrycket blir lågt. Huden blir blåfärgad och sår läks dåligt. Amenorré är också ett symtom vid viktnedgång. Anorektikern kan ha en störd kroppskänsla, vilket kan innebära att hen inte känner av trötthet eller fysisk utmattning. (Eriksson & Karlsson, 2001, s. 18, 19). Sjukdomen medför

också många allvarliga sociala konsekvenser såsom utanförskap och få sociala relationer, oförmåga att arbeta eller studera och svårigheter i att bygga upp en familj. (Svenska psykiatriska föreningen, 2015, s. 31).

I Tabell 1 finns de kriterier som bör uppfyllas för att erhålla diagnosen anorexia nervosa, enligt det diagnostiska systemet ICD – 10. Alla kriterier bör uppfyllas för att få diagnosen. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014).

Tabell 1. Diagnostiska kriterier som bör uppfyllas för att erhålla diagnosen anorexia nervosa.	
A)	Vikten skall vara minst 15% under normal vikt för längd, ålder och kön eller BMI högst 17,5 kg/m ² .
B)	Viktminskningen har orsakats genom att undvika viss mat. Kan också förekomma överdriven motion eller andra metoder för att undvika viktuppgång.
C)	Patienten är enligt sin egen uppfattning för tjock och är rädd för att gå upp i vikt. Önskar sig ha en vikt som är under sin nuvarande vikt.
D)	Man kan konstatera en endokrin störning i hypotalamus, hypofysen och könskörtlarna, vilket gör att kvinnor får amenorré, och män förlorar det sexuella intresset och potensen försvagas.
E)	Kriterierna A och B för bulimia nervosa uppfylls inte.

(Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014).

3.1.2 Bulimia nervosa

Vid bulimia nervosa har man samma fixering vid vikt och mat som vid anorexi. Också rädslan för att gå upp i vikt styr bulimikerns tankar och självkänsla. Men personen har inte samma förmåga att kontrollera sin hunger som en anorektiker har, och då denna kontroll förloras vräker personen i sig stora mängder mat under en kort tid. Efteråt upplevs hetsätandet som ett misslyckande, och en intensiv ångest uppstår. Även känslor av skam och maktlöshet kan vara inbegripna. Då känner personen sig tvungen att göra sig av med

maten på något sätt, och gör detta genom exempelvis kräkningar eller laxerande medel. Intensiv fysisk aktivitet förekommer också. Detta förlopp kan ske med allt från några dagars mellanrum upp till flera gånger dagligen. (Svenska psykiatriska föreningen, 2015, s. 32).

Personens självbild blir negativ då den är starkt förknippad med ätandet, och personen kan ha känslor av misslyckande. Depression är också vanligt. Sjukdomen har också sociala följder eftersom den leder till hemlighetsmakeri och social isolering. Personen har svårt att klara av att arbeta eller studera, och precis som vid anorexi kan personen få relationsproblem. Missbruk förekommer också. De fysiska symtomen är inte lika allvarliga som vid anorexi eftersom personen oftast har en normal vikt. Personen kan exempelvis få mag- och tarmproblem. (Svenska psykiatriska föreningen, 2015, s. 32). Tänderna kan få frätskador vid kräkningar, och personen kan få metabolisk alkalos och hypokalemi som kan leda till rytmrubbningar och hjärtstillestånd (Eriksson & Karlsson, 2001, s. 20).

I Tabell 2 finns de kriterier som bör uppfyllas för att erhålla diagnosen bulimia nervosa, enligt det diagnostiska systemet ICD-10. Alla kriterier bör uppfyllas för att få diagnosen. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014).

Tabell 2. Diagnostiska kriterier för att erhålla diagnosen bulimia nervosa	
A)	Har upprepade hetsättningsperioder (minst 2 gånger/vecka i minst 3 månaders tid).
B)	Tankarna styrs av ätande och har ett starkt behov av att äta.
C)	Patienten försöker förhindra viktuppgång efter att ha ätit stora mängder mat, till exempel genom laxerande medel eller fasta.
D)	Uppfattar sig själv som för tjock, och är rädd för att bli tjock.

(Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014).

3.1.3 Andra ätstörningar

Hetsätningstörning (*Binge Eating Disorder*) innebär att den drabbade förlorar kontrollen över sitt matintag och äter mer än vanligt under en kort period. Precis som vid andra

ätstörningar kretsar tankarna kring mat, vikt och kroppsutseende. Personen mår psykiskt dåligt och får känslor av nedstämdhet, skam och misslyckande. Vid denna ätstörning kompenseras inte matintaget vilket leder till viktuppgång. (Svenska psykiatriska föreningen, 2015, s. 32, 33).

Om en person har symtom på anorexi, men inte uppfyller alla kriterier för diagnosen, erhålls diagnosen atypisk anorexia nervosa (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014). Om en person har symtom på bulimi, men dessa inte förekommer så ofta eller inte har förekommit så länge, erhålls diagnosen bulimia nervosa med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet. En person som inte har haft symtom på en hetsättningsstörning tillräckligt länge eller inte hetsäter tillräckligt ofta får diagnosen hetsättningsstörning med låg frekvens och/eller begränsad duration. Dessa tre diagnoser uppfattas som lindrigare sjukdomsformer, men det är viktigt att komma ihåg att de kan innebära lika mycket lidande för patienten som de andra ätstörningsdiagnoserna. (Svenska psykiatriska föreningen, 2015, s. 33).

3.2 Tillfrisknandet

Tillfrisknandet är en utmaning. Patienternas ambivalens, låga motivation att tillfriskna och rädsla för förändring ställer stora krav på vårdaren och förutsätter ett ständigt motivationsarbete under en lång tid. Patienterna behöver en förtroendefull relation till vårdaren för att kunna tillfriskna. Det är således viktigt att förmedla trygghet, respekt och förståelse. Man behöver vara erfaren för att kunna vårda ätstörningspatienter, men även om specialistkunskaper krävs räcker det oftast med att patienterna vårdas inom öppenvården. Vid svåra fysiska tillstånd behövs heldygnsvård. (Svenska psykiatriska föreningen, 2015, s. 56, 58).

I en svensk studie om patienters upplevelse av tillfrisknandet nämns flera faktorer som gjort att de tillfrisknat. Alla informanter kunde komma ihåg en *turning point*, en vändpunkt, som exempelvis någon speciell händelse eller kommentar som påbörjade tillfrisknandet. Detta kunde exempelvis vara någon annans död, som gjorde att de ville välja livet istället för döden. Informanterna berättade också om vad som var särskilt viktigt för deras tillfrisknande. För många var det stödjande föräldrar, men vänner var också en viktig faktor. De kunde se att vännerna kunde njuta av livet, vilket gav dem motivation till

att tillfriskna. För många var det också då de valde att ändra sitt tänkesätt som de kunde tillfriskna. Den behandling de fick var den viktigaste faktorn för tillfrisknandet enligt 31% av informanterna. (Nilsson & Hägglöf, 2006).

Behandlingen börjar inom primärvården. Där hittas de flesta ätstörningarna, och lindriga ätstörningar kan också behandlas där. Om vikten sjunker hastigt eller om situationen inte förändras efter några besök kontaktas specialistsjukvården. Det är viktigt att vården börjar i god tid. De mest centrala målen är att åtgärda ätstörningssymtom och symtom som hotar den fysiska hälsan, och att lindra och behandla psykiska symtom. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014).

För att vården skall lyckas måste patienten ha en önskan att tillfriskna och att förändra sitt beteende. Psykoedukation bör ingå i vården. Det innebär att man undervisar patienten om sjukdomen, om ätande och om konsekvenser av svält. Detta gör man bland annat för att hjälpa patienten att bli av med felaktiga uppfattningar som orsakat ätstörningen. Undervisningen ger personen en bättre möjlighet att ta sig ur ätstörningen. Man använder sig också av motiverande samtal som hjälper patienten att vilja göra en förändring. (ibid.).

Man använder sig av näringsterapi för att behandling av undervikt. Vikten skall gå upp så mycket att BMI når upp till minst 18,5 kg/m² och menstruationen kommer igång igen. Man kan använda sig av sondmatning vid svåra undernäringstillstånd, men detta bör helst undvikas. Sätt att hantera ångest lärs ut, och fysioterapi och viloterapi används också. (ibid.).

Det finns olika terapiformer för att behandla ätstörningar. Vid familjebaserad terapi (FBT) används familjen som en resurs för att behandla sjukdomen. Vid kognitiv beteendeterapi (KBT) försöker man hitta skadliga uppfattningar som den insjuknade har och ersätta dem med andra tankebanor som stöder tillfrisknandet. Vid interpersonell psykoterapi åtgärdar man relationsproblem som kan ha gett upphov till ätstörningen. Detta gör man för att hjälpa personen att hantera problem på andra sätt än genom ätstörningssymtomen. I dialektisk beteendeterapi (DBT) lärs olika förmågor ut, som att exempelvis hantera sina känslor och att växelverka med andra. Man använder sig också av psykodynamisk psykoterapi, som är en terapiform där man försöker hitta händelser tidigare i livet som omedvetet påverkat det psykiska måendet. Man medvetandegör patienten om dessa. Vid anorexi har ingen terapiform visat sig vara bättre än någon annan. (ibid.).

3.3 Att vara närstående till någon med en ätstörning

En närstående kan vara en förälder, ett syskon, en vän eller en partner. Då sjukdomen uppenbaras kan det ge personerna i den sjukes omgivning en chock, och det händer också att de har svårt att acceptera problemet och förnekar omfattningen av det. (Viljanen, et. al., 2011, s. 46, 66). Närstående till en person med en ätstörning kan lätt bli bekymrade eller oroliga. Det kan också hända att de blir arga, ledsna eller rädda. De närstående kan också känna sig hjälplösa om den sjuke förnekar sina problem, vägrar prata om dem, kommer med undanflykter och ljuger. (Holmér, 2017).

Det kan vara svårt för närstående att se en snäll och vänlig flicka eller pojke förändras och bli lättretlig, omedgörlig och så vidare. Den sjuke kan sända ut motstridiga signaler och ängsligt be om hjälp samtidigt som hen motsätter sig hjälpen. Det kan vara lättare att förstå detta om de närstående har tillräckligt med kunskap om sjukdomen och om de förstår hur den påverkar personen. Även om personen har obefogade rädslor eller säger saker som upprör, är det bäst att inte säga emot personen eller ta förolämpningarna personligt. (Viljanen, et. al., s. 107 - 110).

Det är svårt för en närstående att vara ett stöd om personen själv bär på tunga känslor av exempelvis oro och rädsla. Därför behöver de närstående själva stöd. Att prata med andra kan hjälpa. Efter en tid kan känslorna övergå till frustation och irritation. Det kan göra att personen till slut känner att hen inte längre orkar bry sig. Personen kan "stänga av" sina känslor för att klara av vardagen, och försöker på så sätt bli fri från jobbiga känslor. Att en närstående gör detta betyder dock inte nödvändigtvis att personen inte längre bryr sig. Föräldrar kan också känna skuld-känslor i tron att de gett upphov till ätstörningen. (Holmér, 2017). En förälder har i boken *Jag har redan ätit* berättat om att hen ständigt grubblade över vad som hade orsakat sjukdomen och gick igenom olika händelser och situationer i sitt barns liv. Hon berättar att hon jämförde sin familj med andras och undrade om hon hade gjort eller sagt något felaktigt. Men hon konstaterade att hennes funderingar inte förbättrade situationen, men att de däremot var energikrävande. I boken ges rådet att överloppsenergi används bättre om man satsar på att vara ett gott stöd för sitt barn istället för att grubbla över vad som orsakat sjukdomen. (Viljanen, et. al., 2011, s. 47, 48).

Familjelivet påverkas på flera olika sätt av att en familjemedlem blir sjuk. Föräldrarna till ett barn med en ätstörning använder mycket av sin tid och energi till att ta hand om den

sjuke. Ibland kan det hända att syskonen inte får tillräckligt med uppmärksamhet av sina föräldrar under denna period. Syskon till en person med en ätstörning reagerar för övrigt väldigt individuellt på sjukdomen. Även om de är oroliga klarar de för det mesta bra av att hantera sina egna liv. Situationen kan också vara tärande för föräldrarnas förhållande till varandra. Föräldrarna kan ha olika syn på hur sjukdomen skall tas itu med. Olika syn på saken kombinerat med en stark oro hos föräldrarna kan orsaka gräl. Ofta är en förälder starkare än den andra i att hantera situationen. (Viljanen, et. al., 2011, s. 193, 194).

En del familjer väljer att berätta öppet om sjukdomen åt släkt och vänner, medan andra väljer att hålla den för sig själva. Om de väljer att berätta om situationen får de oftast det stöd de behöver och mera förståelse. De dock kan välja att inte vara öppna med sjukdomen om de upplever exempelvis skam, skuld känslor och obehag av detta. Om familjen väljer att hålla problemet för sig själva är det viktigt att de söker professionell hjälp för att få stöd. (Viljanen, et. al., 2011, s. 194, 195).

3.4 Tidigare forskning

Det finns ett antal artiklar om närståendes uppfattningar av ätstörningsvården. Respondenten har valt att redogöra för artiklar om föräldrars uppfattningar av vården, eftersom arbetet mestadels fokuserar på uppfattningen av vården hos föräldrar till barn med en ätstörning. Målet har varit att redogöra för enbart nordiska artiklar, men artiklar från andra länder kommer även att behandlas.

Med en sökning i EBSCO och CINAHL med sökorden *parent perspective, eating disorder* och *treatment* hittades 12 träffar då sökningen begränsades till artiklar med *peer reviews*. En av dessa artiklar var en metasyntes gjord av Sibeoni et. al. (2017). Metasyntesen handlar om synen på behandlingen av anorexia nervosa hos ungdomar som insjuknat, föräldrar och vårdpersonal. Genom några exklusions- och inklusionskriterier hittades 32 artiklar som kunde användas i metasyntesen.

Resultaten av metasyntesen delades upp i två teman: synen på målen med vården och synen på förhållandet mellan vårdaren och den insjuknade. Det visade sig att vårdarna mestadels fokuserade på de fysiska symtomen och beteendet vid sjukdomen, medan både ungdomarna och föräldrarna upplevde att psykiska och sociala symtom skulle behöva få mer fokus. Föräldrarna och ungdomarna önskade sig att vården skulle vara individuell, och

att de skulle bli sedda som personer och inte endast som en sjukdom. De önskade också att hela familjen skulle få hjälp. (ibid.).

Alla tre grupper insåg att ett vårdande förhållande var nödvändigt för tillfrisknandet. Det fanns dock olika hinder som kunde göra att detta förhållande inte skapades. Att tillit inte skapades kunde exempelvis handla om att vårdarna inte kunde lita på ungdomar som inte ville ha behandling och tillfriskna. Ungdomarna kunde uppleva att vårdarna saknade empati och förståelse, hade fördomar eller en negativ attityd mot dem. Föräldrarna i sin tur önskade att de skulle få bli stödda, involverade och informerade för att tillit skulle kunna skapas mellan dem och vårdarna. (ibid.).

I samma artikelsökning hittades en irländsk studie gjord av McArdle (2019). Studien var en kvalitativ studie om föräldrars upplevelser av behandlingen vid ätstörningar. 15 föräldrar deltog i studien. Sju föräldrar deltog i fokusgrupper och åtta föräldrar deltog i semi-strukturerade individuella intervjuer. En ämnesguide användes för både fokusgruppsintervjuerna och de semi-strukturerade intervjuerna. Den innehöll frågor om exempelvis vad som var mest hjälpsamt med vården samt vad som hjälpte minst. Resultaten analyserades med hjälp av tolkande temaanalyser.

Resultaten visade att det första mötet med hälsovården ofta upplevdes som negativt. De vårdarna var inte specialiserade på ätstörningar och kunde inte ge dem den information de behövde och förväntade sig. De upplevde att de skulle ha behövt få mera information både om olika behandlingsalternativ och om hur de skulle ta hand om sitt barn. Eftersom kommunikationen var bristfällig var en del av föräldrarna inte förberedda på ätstörningens längd och natur. De upplevde också att de skulle ha behövt få någon bekräftelse på hur utgången av sjukdomen och vården skulle bli, och ekonomiska och logistiska problem fanns också. (ibid.).

Negativa möten med vårdare förvärrade upplevelsen av att ha ett barn med en ätstörning. Föräldrarna kunde uppleva att vårdarna ansåg att det var föräldrarnas fel att barnen hade fått ätstörningen. Det fanns också vårdare som försäkrade föräldrarna om att detta inte stämde. Då diagnosen gavs upplevde föräldrarna förnekelse och chock. De kunde under sjukdomsförloppet uppleva osäkerhet och oro. En orsak till detta var att de inte helt förstod sig på hur behandlingen skulle gå till. Även om föräldrarna försökte hålla hoppet uppe, kunde det vara svårt då sjukdomen hade pågått länge. I studiens diskussionsdel

framhävs betydelsen av att stöda positiva förväntningar, och att vårdpersonalen vid osäkra utfall försäkrar föräldrarna om att man kommer göra allt man kan för att få barnet att tillfriskna. Som sammanfattning betonade resultaten från dessa intervjuer betydelsen av kommunikation, information och stöd samt att föräldrarnas känslor och svårigheter blir bekräftade. (ibid.).

Med en artikelsökning i EBSCO och CINAHL med sökorden *parent experience or parent perception, eating disorder* och *treatment* hittades 56 träffar då endast artiklar med *peer reviews* inkluderades. En av dessa var en norsk studie gjord av Halvorsen och Heyerdahl (2007). Det är en kvantitativ studie om patienters och föräldrars uppfattningar av vården av anorexi som börjat i ungdomen. 46 flickor, 33 mödrar och 26 fäder deltog i studien. Flickorna blev intervjuade med diagnostiska intervjuer för att man skulle kunna bedöma hur mycket ätstörningssymtom de hade kvar. Uppfattningen av vården blev bedömd genom frågeformulär.

Resultaten av frågeformulären visade att föräldrarna mestadels hade en positiv uppfattning av vården, medan de före detta patienterna hade en något sämre uppfattning av den. Att ha fler familjeterapisessioner var förknippat med en mer positiv uppfattning av vården hos patienterna, medan en äldre ålder hos patienten vid behandlingsstarten var förknippat med en mer positiv syn av vården hos mödrarna. Tack vare de diagnostiska intervjuerna som gjordes kunde man utreda om uppfattningen av vården hade något samband med patienternas tillfrisknande. Det visade sig att föräldrarnas uppfattning av vården inte hade något samband med detta, och att patienternas uppfattning av vården endast hade ett litet samband med hur de hade tillfrisknat. (ibid.).

Föräldrarna uppgav att de var nöjda med personalens omsorg, kompetens och samarbete, medan de uppgav att de inte hade fått tillräckligt med stöd och information. Detta trots att stödet till föräldrarna hade betonats under behandlingarna. Föräldrarnas behov av stöd underskattas lätt. Enligt alla familjemedlemmar var den faktor som uppfattades som viktigast för tillfrisknandet patientens egen viljestyrka och önskan att bli frisk. (ibid.).

4 Teoretisk utgångspunkt

Respondenten har valt att använda Sigríður Halldórsdóttirs teori *Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health Care* som utgångspunkt i detta arbete. Eftersom syftet är att få mera kunskap om hur vården av ätstörningar upplevs, är det lämpligt att använda en teori som beskriver hur en god vård skall vara och vad som gör ett bemötande vårdande samt icke-vårdande. (Halldórsdóttir, 1996, s. 31).

Teorin är uppbyggd från sex studier gjorda av Halldórsdóttir. Hälften av studierna handlar om patienters upplevelser av vårdande och icke-vårdande möten med vårdare, och den andra hälften om patienters upplevelse av sig själva och sin egen kontext. Teorin baserar sig också på dessa grundantaganden: 1. Varje människa är jämlik andra med tanke på respekt och personliga rättigheter, 2. Alla har ett fullständigt värde, men en person kommer inte uppleva syfte och mening i livet om de inte får uppleva att de har detta fullständiga värde, 3. Som människor är vi *interdependent*, vi är beroende av varandra och har ett ansvar för andra och 4. Lidande uppstår då våra grundläggande behov inte är uppfyllda. Dessa antaganden baserar sig delvis på Erikssons (1993) och Martinsens (1993) tankar. (Halldórsdóttir, 1996, s. 22, 31).

4.1 Möten mellan vårdare och vårdtagare

Två centrala begrepp i teorin är *the bridge* och *the wall*. Dessa kan översättas med bron och muren. Bron står för ett möte mellan vårdtagaren och vårdaren som uppfattas som vårdande samt att vårdtagaren upplever att kommunikationen är öppen och upplever att anknytning sker. Muren står för ett möte som uppfattas som icke-vårdande och som består av en negativ eller obefintlig kommunikation, en dålig anknytning och avsaknad av en vårdande relation. En mur gör att patienten mister sin tillit till vårdaren och att det byggs upp ett ömsesidigt undvikande. Vårdaren är antigen ovillig eller kan inte skapa anknytning till patienten vilket bygger upp en mur. (Halldórsdóttir, 1996, s. 31, 32).

Om ett möte uppfattas som vårdande eller icke-vårdande beror också på vårdtagaren. Man behöver se på hur mötet uppfattas utgående från vad personen går igenom. Vid ett sjukdomstillstånd kan personen exempelvis uppleva osäkerhet och sårbarhet, vilket påverkar uppfattningen av möten med andra. Om man känner sig sårbar kan man vara mer känslig för vårdande och icke-vårdande bemötanden. Uppfattningen av hälsa och

välbefinnande hos en person behöver alltså ses på i kontexten av personens liv. Teorin betonar vikten av att man ser på en person i hans kontext. (Halldórsdóttir, 1996, s. 37, 38).

4.2 Ett möte som uppfattas som vårdande

Vårdande innebär att man är öppen och lyhörd. Det innebär att man är genuint intresserad av patienten, som både patient och person, att man tar moraliskt ansvar, är närvarande för patienten och att man är dedikerad i sitt arbete och vågar involvera sig. Att ha kompetens innebär att man vet hur man ska styrka patienten, bygga upp relationer, undervisa patienten, göra kliniska bedömningar, utföra sina arbetsuppgifter och agera för andra. Det är kombinationen av vårdande och kompetens som skapar känslan av tillit och som påbörjar anknytningsprocessen. (Halldórsdóttir, 1996, s. 31, 33, 34).

Anknytningsprocessen består av fem steg; 1. *To reach out*, att man ger ut av sig själv för att nå ut till den andra personen, 2. Att man lär känna personen, man tar alltså bort en del av anonymiteten, 3. Att patienten blir medveten om bron och känner en anknytning, 4. professionell intimitet och 5. Förmedling av vård, vilket innebär att vårdaren kan förstå patienten och kan se saker ur hans perspektiv, och att vårdaren arbetar med patienten för att patienten ska få bättre hälsa och välmående. (Halldórsdóttir, 1996, s. 34).

I professionellt vårdande ingår alltså vårdande och kompetens, samt anknytning mellan vårdaren och vårdtagaren. Den anknytningen uppkommer vid en professionell intimitet medan man behåller ett professionellt avstånd. Den professionella intimiteten innebär att man är involverad i patientens nuvarande tillstånd samt hur personen känner för det. Dit ingår också information som vårdaren behöver ha för att ge personen vård enligt dennes behov. Professionellt avstånd innebär att man håller ett bekvämt avstånd till patienten av respekt och medlidande. "Brobyggandet" involverar dessa två komponenter; professionell intimitet med ett professionellt avstånd. (Halldórsdóttir, 1996, s. 31, 34, 35).

Då ett möte uppfattas som vårdande av vårdtagaren ger det honom eller henne en stärkt känsla av välmående och hälsa. Detta kallas i Halldórsdóttirs teori för *empowerment*. Hennes studier visade att patienterna som blev bemötta med professionellt vårdande kände att de fick en starkare känsla av säkerhet och välmående, fick en bättre självbild, kände sig accepterade samt upplevde en inre läkande känsla. Då vårdaren var vid deras

sida kände de solidaritet och att de fick en större känsla av kontroll. De kände lättnad, trygghet, bekvämlighet och att de fick vara sig själva. (Halldórsdóttir, 1996, s. 35).

4.3 Ett möte som uppfattas som icke-vårdande

Personer som beskrivs som icke-vårdande uppfattas av patienter som personer med negativa personlighetsdrag, som att de exempelvis är ovänliga och burdusa. Patienten upplever att vårdaren inte bryr sig om honom eller henne som person och patient. Vårdaren uppfattas som okänslig, respektlös, ointresserad av patienten och hänsynslös. Om det finns inkompetens kan det förefalla som att vårdaren inte bryr sig om detta. Denna inkompetens kan handla om att vårdaren uppfattas som att hen är ovarsam vid vårdåtgärder, är dålig på att kommunicera, tar initiativ för sällan och att hen inte respekterar patientens behov av information, instruktioner och positiv feedback. Vårdaren saknar förståelse för vad patienten går igenom, kommer endast till patienten då patienten ber om det och tar sig inte ens då tid för patienten. (Halldórsdóttir, 1996, s. 32, 35, 36).

Muren byggs upp då vårdaren som sagt inte kan eller inte vill skapa anknytning till patienten. Muren kan vara av olika storlekar och former beroende på hur negativt bemötandet uppfattas. Halldórsdóttir har definierat fyra olika stadier av likgiltighet, räknade från den minsta till den största: ointresse, okänslighet, kylighet och omänsklighet. (Halldórsdóttir, 1996, s. 36).

Som resultat av att en relation upplevs som icke-vårdande får vårdtagaren det som teoretikern kallar för *discouragement*, vilket står för en minskad känsla av hälsa och välbefinnande. I hennes studier visade det sig att patienterna upplevde en känsla av att bli förkastade. De upplevde osäkerhet, obekvämlighet, att de var under ett stort tryck, att de fick ett minskat självförtroende och en minskad känsla av kontroll. Första reaktionen på ett sådant bemötande var ofta att patienterna inte trodde på beteendet och att de försökte bortförklara det. Men bemötandet ledde senare till bland annat ångest, osäkerhet och rädsla. Patienterna i studien kände sig misslyckade. (Halldórsdóttir, 1996, s. 36, 37).

5 Metod

I detta kapitel beskrivs vilket närmelsesätt som används för att få svar på studiens frågeställningar, hur datainsamlingen görs och vilket urval som används. Vilken analysmetod som används och hur analysen genomförs kommer även att beskrivas. Till slut görs några etiska överväganden.

5.1 Kvalitativ metod

Att använda sig av kvalitativ forskningsdesign innebär att man studerar personers erfarenheter av ett fenomen. Man vill skapa kunskap om ett fenomen så som det tolkas och erfars, samt vilken mening människor tillskriver fenomenet. Man vill beskriva, förstå eller tolka personers upplevelse av ett fenomen. Informationen som samlas in är inte numerisk, utan består av ord. Berättelsen blir ett föremål för tolkning. Eftersom detta examensarbete skall studera personers upplevelse av ätstörningsvården är det lämpligt att använda sig av ett kvalitativt närmelsesätt. Respondenten vill förstå och beskriva deras upplevelse av detta "fenomen". (Henricson & Billhult, 2012, s. 130 - 133).

Forskaren behöver vara flexibel, foglig och förhålla sig öppet mot forskningsfältet vid användning av kvalitativ metod. Detta tillämpas exempelvis vid datainsamling och dataanalys. Vissa ställningstaganden görs dock, som exempelvis studiens syfte och metodologiska ansats. Vid användning av kvalitativ metod bör forskaren begrunda sin egen erfarenhet inom området som skall studeras och även över sin egen förförståelse. Forskaren utgår från sitt paradigm, sin syn på världen och sin kunskapssyn, då studien designas, och därför kan det indirekt påverka studiens resultat. (ibid.).

5.2 Datainsamlingsmetod och urval

För att samla in kvalitativ data kan man använda sig av exempelvis intervjuer, berättelser och observation. Deltagarna väljs inte ut slumpmässigt, utan man väljer deltagare som har erfarenhet av det fenomen som studeras. Man tar hellre med få deltagare med olika erfarenheter än många deltagare med likadana erfarenheter. (Henricson & Billhult, 2012, s. 133, 134).

Respondenten har valt att analysera två självbiografiska böcker för att få material till studien. Dessa två böcker, "Hungrig" av Sofia Torvalds (2013), och "Ta livet av mig, mamma!" av Marianne Käcko (2008), är skrivna av två mödrar till flickor med ätstörningar. Dessa två böcker har valts eftersom de båda två är skrivna av finlandssvenska författare. Att använda självbiografier har valts eftersom personerna har beskrivit sina känslor, åsikter och upplevelser, det som vill nås, och de har tänkt igenom detta grundligt före skrivandet av böckerna. Om man istället skulle samla in data genom att exempelvis intervjua personer skulle det finnas en risk att de inte kommer ihåg allt eller att de känner sig obekväma.

Torvalds (2013) har intervjuat personer med ätstörningar och deras föräldrar. Hennes egen dotter insjuknade i en ätstörning. Hon har också tagit med egna erfarenheter och behandlar i sin bok hur det är att ha en ätstörning, hur det är att leva med någon som har en ätstörning, den finländska vården och tillfrisknandet från sjukdomen. Hon har även intervjuat sakkunniga. Käcko (2008) har detaljerat beskrivit tiden före, under och efter hennes dotter hade anorexi. Hennes bok visar vilken påfrestning det är att vara förälder till ett barn med en ätstörning och hur hon och hela familjen blev påverkade. I boken kan man också läsa om hur mycket familjen behövde kämpa för att hitta ett lämpligt vårdalternativ. I Käckos bok kan man läsa mera om den personliga upplevelsen av att vara förälder till någon med en ätstörning än i Torvalds bok. Torvalds har beskrivit fenomenet detaljerat, men gjort det genom att bland annat skriva om andras och egna åsikter om vården istället för att beskriva den egna upplevelsen om den.

5.3 Kvalitativ innehållsanalys

För att analysera självbiografier behövs en metod som kan hantera omfattande textmaterial. Därför har respondenten valt att använda kvalitativ innehållsanalys för att analysera materialet. Denna metod används för tolkning av texter. Man kan göra en innehållsanalys utifrån en deduktiv eller induktiv ansats. Jag kommer i min studie göra en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Vid induktiv ansats utgår man från innehållet i texten och gör en granskning av den utan förutsättningar. (Lundman & Graneheim, 2008, s. 159, 160).

Tolkningen av texten kan vid innehållsanalys göras på olika nivåer. I det första skedet av innehållsanalysen beskriver man budskapet som finns i själva texten, det manifesta budskapet. Senare kan man även göra en djupare tolkning av texten och på så sätt komma åt den underliggande innebörden, det latent budskapet. (Danielsson, 2012, s. 336). Man fokuserar på att hitta variationer och likheter i texten för att kunna uttrycka dessa i underkategorier, kategorier och teman. När man skapar dessa behöver man komma ihåg kontexten. Den text man plockar ut kan inte förstås utan den text som kommer före och efter den och kan inte ryckas lös hur som helst. (Lundman & Graneheim, 2008, s. 162).

Vid användningen av denna metod stöter man på en del begrepp. Ett av dessa är *analysenhet*. Detta är det dokument som analyseras. I denna studie är de böcker som analyseras två olika analysenheter. I texten hittas olika *meningsenheter*, som är delar av en text som hör ihop. Dessa får inte bli för stora, eftersom de då kan innehålla flera olika betydelser, men de får inte heller vara för små eftersom de då kan bli lösryckta ur sitt sammanhang. Dessa meningsenheter *kondenseras*, görs kortare, och *abstraheras*, görs mer logiska. Dessa kondenserade och abstraherade meningsenheter kan då få *koder*, så kallade etiketter som beskriver innehållet. Koderna kan då föras ihop till olika *underkategorier* och *kategorier*. Innehållet i en kategori ska höra ihop samtidigt som det skall vara annorlunda än innehållet i en annan kategori. Kategorierna ska vara uttömmande, men utesluta varandra. *Teman* binder samman kategorierna. Eftersom detta är en liten studie kommer den endast bestå av ett tema. (Lundman & Graneheim, 2008, s. 162, 163).

5.4 Praktiskt genomförande

Datainsamlingen har genomförts genom att sidor och stycken som handlat om vården har blivit antecknade under genomläsningen av böckerna. Dessa sidor har efteråt skannats in för att analyseras. Alla citat om vården som hittats i dessa sidor har blivit inskrivna i en tabell. Dessa citat har senare kondenserats, abstraherats och fått koder. Likheter och olikheter i dessa koder har hittats, och koderna har då blivit satta i underkategorier. Underkategorierna har sedan sammanförts till kategorier.

5.5 Etiska överväganden

När man gör ett vetenskapligt arbete måste man ta ställning till en del etiska överväganden inför och under arbetets genomförande. Etiken är alltså med i hela processen, man har inte avklarat den då man exempelvis har prickat av en checklista för etisk granskning. Man måste kunna göra en etisk motivering av en studie. (Kjellström, 2017, s. 58, 64).

För att en studie skall vara etiskt godtagbar bör det man studerar vara väsentligt, och studien behöver ha en god vetenskaplig kvalitet och genomföras på ett etiskt sätt. (Kjellström, 2017, s. 64). Det valda ämnet är väsentligt – kunskapen som nås kan användas för att utveckla vården. Man bör försöka nå kunskap på ett sätt som kräver så lite resurser och så lite medverkan av personer som möjligt. (Kjellström, 2017, s. 65). Genom den valda datainsamlingsmetoden behövs ingen medverkan av utomstående. För att arbetet skall ha en god vetenskaplig kvalitet bör man välja en design som besvarar forskningsfrågan. Man bör vara väl förtrogen med olika metoder och teorier för att lyckas med detta, men också ha tillräckligt med kunskap om empirin. (Kjellström, 2017, s. 65).

När man genomför en studie bör man tänka på att undvika oredlighet. Det innebär att man inte förfalskar information eller utelämnar någonting. Man ska inte heller feltolka resultaten. Det är också viktigt att undvika plagiat. Under hela arbetets gång bör respondenten tänka på att inte utelämna något väsentligt som finns i informationskällorna, och att inte heller återge resultaten på ett felaktigt sätt. (Kjellström, 2017, s. 76). Böckerna som analyseras är publicerade för offentligheten. När man använder offentlig kommunikation för att få material till en studie behövs inget samtycke från personen som publicerat materialet. Respondenten behöver således inte skaffa något tillstånd för att få använda materialet. (Ali & Skärsäter, 2017, s. 226).

6 Resultat

Vid analysen av det insamlade materialet kunde man hitta tre kategorier och nio underkategorier. I detta kapitel kommer dessa presenteras, och stycken ur boken kommer citeras för att belysa resultatet från analysen. Målet med analysen var att hitta både föräldrarnas åsikter om vården och deras upplevelser av den. Vården har beskrivits på olika nivåer. De närståendes beskrivningar har berört allt från hela sjukvårdens uppbyggnad till enskilda individers handlande som påverkat vården. Kategorierna som kunde hittas var *lämpligheten hos vården, tillräckligheten hos vården och bemötandet*. I Tabell 3 har kategorierna och underkategorierna åskådliggjorts.

Tabell 3. Resultatet i kategorier och underkategorier.	
Kategori	Underkategori
Lämpligheten hos vården	De diagnostiska kriteriernas påverkan på tillfrisknandet Vårdens uppbyggnad Lämpligheten hos vårdmetoderna
Tillräckligheten hos vården	De diagnostiska kriteriernas påverkan på vårdens tillräcklighet Tillgängligheten hos vården Att ta ansvar Kunskap om sjukdomen
Bemötandet	Att bemöta den insjuknade Att bemöta närstående

6.1 Lämpligheten hos vården

Vid analysen kunde man se att närstående beskrev en del vård som olämplig. En del vård kunde ha en svag verkan, och ibland motarbetade den till och med sitt eget syfte. Det fanns också tillfällen då vården varit fungerande och haft en god verkan. De underkategorier som hittats kring lämpligheten hos vården är *de diagnostiska kriteriernas påverkan på tillfrisknandet, vårdens uppbyggnad och lämpligheten hos vårdmetoderna*.

6.1.1 De diagnostiska kriteriernas påverkan på tillfrisknandet

De diagnostiska kriterierna för de olika ätstörningarna beskrivs som olämpliga, eftersom de påverkar patientens inställning till sin sjukdom negativt. Diagnosen anorexi blir för den med en ätstörning ett mål att uppnå. Anorexidiagnosen beskrivs som att den är en medalj för ett väl utfört arbete, det vill säga som en belöning för att personen klarat av att gå ner i vikt tillräckligt mycket.

”När det gäller ätstörningar är de diagnostiska kriterierna sällsynt olämpliga ... när det gäller att bearbeta patientens egen inställning till sjukdomen. Den som klarat av att minimera matportionerna och ignorera hungern tar emot diagnosen anorexi som en medalj för väl utfört arbete.” (Torvalds, 2013, s. 72).

De som har en annan typ av ätstörning än anorexi skäms över den och önskar att de också vore lika kontrollerade som anorektiker. Att de diagnostiska kriterierna för anorexi är väldigt konkreta bidrar också till detta. Det beteende som de diagnostiska kriterierna ger upphov till påverkar inte endast patientens inställning till sin sjukdom negativt, utan det kan rent av försämma sjukdomsförloppet. Att inte vara ”tillräckligt sjuk” för att få en diagnos kan skapa frustration hos personen, och således stärka sjukdomsbeteendet.

”Anorexidiagnosen är dessutom övertygande konkret ... Den som hetsäter och spy/svälter/laxerar/tränar skäms för sin bulimi och sneglar längtansfullt och bittert mot de tunnare, mer kontrollerade.” (Torvalds, 2013, s. 72).

”Ingen blir friskare av att höra hur många diagnostiska kriterier hon uppfyller. Det kan, som sagt, snarare göra henne sjukare.” (Torvalds, 2013, s. 74).

”Om fallet inte varit fysiskt mycket svårt kan föräldern förklara att dottern inte hade en ”riktig” ätstörning. Den förklaringen gör föräldern nöjd och lättad... De som själva varit sjuka och säger att de inte haft en ”riktig” ätstörning är snarare frustrerade.” (Torvalds, 2013, s. 76).

6.1.2 Vårdens uppbyggnad

Kvalitén på vården påverkas av hur vården är organiserad och uppbyggd. En ätstörning är både en fysisk och en psykisk sjukdom, men vårt sjukvårdssystem bygger på tanken att en patient har antingen eller. Det leder till att vården av ätstörningar splittras upp.

”Det tråkiga är att ätstörningen inte verkar höra hemma på ett ställe i vården utan splittras upp på en mängd olika ställen och en mängd olika vårdare.” (Torvalds, 2013, s. 89).

Problemen som uppstår när vården inte är enhetlig kan vara allvarliga. Det kan vara så att patienten inte får den hjälp som hen behöver, eller att vården får fel fokus. Fysiskt kan en person må bra även om ätstörningsbeteendet är mycket starkt. Om patienten får vård

inom somatiken kan det hända att vårdbehovet förbises, eftersom man inte hittar några fysiska sjukdomstecken. Att patienten får höra att hen inte behöver vård kan också förvärra sjukdomen.

”Han gick noggrant igenom alla prov och förklarade ingående de fysiska konsekvenserna. Det fanns inga provsvar som visade att Katarina just nu behövde sjukhusvård.” (Käcko, 2008, s. 80).

”Läkaren tänker bara på en sak: att kontrollera att patienten rent kroppsligt är i sådant skick att hon kan vara hemma ... Om blodproven ser bra ut frågar läkaren kanske patienten om hon mår bra. Jag mår fint! svarar den sjuka och ser strålande ut. I bakgrunden sitter en orolig mor och opponerar sig... Läkaren påstår sig vara nöjd. Patienten är också nöjd: hon visste väl att det som mamma sa inte stämde.” (Torvalds, 2013, s. 90).

Inom somatiken har man sällan tillräckligt med kunskap om den psykiska hälsan för att kunna vårda ätstörningar. En person som vårdats vid en sådan avdelning kan vara självmordsbenägen, eftersom hen inte fått hjälp med att hantera sina tankar. Men det är inte heller oproblematiskt att vårda en ätstörning inom psykiatrin. Man har inte alltid tillräckligt med resurser för att vårda ätstörningar vid psykiatriska avdelningar, och personalen har ibland bristfälliga kunskaper om ätstörningar.

”de vet inte tillräckligt om psykoterapi och hur man bearbetar de tvångstankar som patienterna kämpar med. De som blir utskrivna från somatiska sjukhusavdelningar efter ätstörningsvård kan vara fysiskt i tämligen gott skick men vara självmordsbenägna eftersom de inte fått hjälp med sina tankar.” (Torvalds, 2013, s. 94).

”Allmänna psykiatriska avdelningar Personalen har inte alltid tillräckliga kunskaper om ätstörningsvård och det finns inte tillräckligt med personal” (Torvalds, 2013, s. 94).

En närstående önskar att alla vårdåtgärder skulle höra till samma vårdhelhet. Allt kunnande inom ätstörningsvård borde enligt henne vara samlat till ett ställe inom öppenvården. (Torvalds, 2013, s. 109). På samma sätt som sjukdomen är en helhet borde vården vara en helhet. Inte endast de fysiska eller psykiska symtomen, utan också beteendet, behöver åtgärdas.

”Mätning och blodprov borde vara en del av en vårdhelhet som inbegriper att man äter tillsammans och diskuterar de negativa tankemönstren.” (Torvalds, 2013, s. 92).

”Att enbart vårda de fysiska eller psykiska besvären ... utan att åtgärda grundproblematiken – beteendet – tycker jag är vansinne. På samma sätt som ätstörningen är en helhet inuti den sjuka borde vården vara en helhet” (Torvalds, 2013, s. 91).

En vård som är välorganiserad och enhetlig fungerar väl. I analysen kunde man även hitta beskrivningar om en välfungerande vård. Det som gör en enhetlig vård välfungerande är

att personalen har tillräckligt med kunskap om ätstörningar. Vården behöver även vara individuell.

”Den specialiserade, individuella vårdens styrka är att det går att anpassa vården till patienten. En av hörmstenarna i arbetet är att personalen är förtrogen med hur den som är sjuk tänker” (Torvalds, 2013, s. 94).

”De åtgärder som tagits vid sjukhuset hade varit de rätta. Allting hade fallit på plats samtidigt” (Käcko, 2008, s. 45).

6.1.3 Lämpligheten hos vårdmetoderna

I de närståendes berättelser kunde man märka att vården ibland inte haft en tillräcklig verkan, trots att den varit intensiv.

Trots att hon hela tiden hade gått till psykologen och fysioterapeuten... på kontroll till centralsjukhuset och till psykiatern..., var hennes tillstånd det samma” (Käcko, 2008, s. 177).

Ibland har de närstående stött på vårdmetoder och terapiformer som varit helt olämpliga för att vårda ätstörningar. En terapiform som används vid vården av ätstörningar är psykodynamisk terapi. Terapiformen baserar sig på att vårt agerande påverkas av våra tidigare erfarenheter samt av våra relationer. Därför fokuserar terapin på en persons livshistoria, förutom att fokusera på nuvarande tankar och beteenden. En närstående beskriver denna terapiform som olämplig för att vårda ätstörningar, eftersom metoden är för långsam. En del terapiformer går ut på att hitta orsaken till sjukdomen. Detta leder till att någon, oftast en förälder, skuldbeläggs för sjukdomens uppkomst. Detta gör att de krafter som föräldrarna har sinar, istället för att användas till att hjälpa den sjuke att tillfriskna.

”Psykodynamisk terapi ... Metoden är långsam och kräver en engagerad patient, och den som har ätstörning har inte tid. Hon behöver snabb och konkret hjälp med att börja äta normalt för att inte fastna i de destruktiva mönstren.” (Torvalds, 2013, s. 111).

”Då barnet mår dåligt, familjen mår dåligt och mamman håller på att smulas i bitar av trötthet skulle alla må bäst av att koncentrera sig på det viktiga: hur familjen ska kunna hjälpa barnet att äta och hur de ska få krafter att ta sig genom vardagen. Då... är tiden inte mogen för att gå in på varför det är mammans fel att livet blivit så hemskt. Det orkar mamman inte med” (Torvalds, 2013, s. 135).

Det kan också vara så att vårdmetoden varit bra, men att sättet att genomföra den på gjort den olämplig. Man har ibland vårdat personer med ätstörningar tillsammans med andra ätstörningspatienter. En närstående beskriver detta som olämpligt, eftersom

ätstörningspatienter tenderar att jämföra sig med varandra. Denna jämförelse kan göra att tillfrisknandet stannar upp och att ätstörningsbeteendet och -identiteten befasts.

”De som vårdas för ätstörningar tillsammans med personer som alla är lika ambivalenta till tanken på att bli friska riskerar befästa sin ätstörningsidentitet i stället för att hitta en väg ut ur den. Av den orsaken tycker jag att de som har ätstörningar inte borde vårdas tillsammans med andra som har samma sjukdom. Inte på avdelningar, inte i gruppdiskussioner, ingenstans.” (Torvalds, 2013, s. 99).

6.2 Tillräckligheten hos vården

De närstående har haft upplevelser av och beskrivit vård som inte varit tillräcklig, men också om vård som varit god och tillräcklig. Med tillräcklighet menas om vården mött de behov och de krav som funnits på den i tillräckligt stor grad. De underkategorier som hittats under tillräckligheten hos vården är *de diagnostiska kriteriernas påverkan på vårdens tillräcklighet, tillgängligheten hos vården, att ta ansvar och kunskap om sjukdomen*.

6.2.1 De diagnostiska kriteriernas påverkan på vårdens tillräcklighet

De närstående beskriver de diagnostiska kriterierna även som olämpliga för att bedöma behovet av vård hos en patient. (Torvalds, 2013, s. 72). Eftersom man ibland måste ha en diagnos för att få vård för sin ätstörning blir det svårt att få vård för lindriga ätstörningar. Man måste ha tillräckligt svåra symtom för att få vård. Men det är endast en bråkdel av dem med en ätstörning som har sådana symtom. De diagnostiska kriterierna skapar alltså en ”tröskel” som man måste nå upp till för att få vård (Torvalds, 2013, s. 109).

”När det gäller ätstörningar är den brutala sanningen att man ofta måste vara ”tillräckligt sjuk” för att få hjälp. ... det finns oftast diagnostiska kriterier som ska uppfyllas för att vården på den offentliga sidan ska komma i gång ordentligt” (Torvalds, 2013, s. 72).

”Men hur är det med tio procent av flickorna, alla dem som har ätstörningstankar och ätstört beteende men inte ”når fram” till en anorexidiagnos? Får de vara med? Hur är det med deras depression och ångest?” (Torvalds, 2013, s. 78).

De diagnostiska kriterierna skapar ett stort fokus på en del symtom, medan andra symtom förbises på grund av dem. Kriterierna kan till och med göra så att det blir svårare att hitta dem som är i behov av vård, eftersom man endast söker efter svåra fysiska symtom. Det är lätt hänt att personer som exempelvis endast har psykiska symtom inte fångas upp av vården.

”Hur är det med alla dem som lider av psykiska symtom redan innan de skär ner sitt matintag?” (Torvalds, 2013, s. 78).

"Att upptäcka alla som är sjuka är omöjligt, åtminstone om man enbart kopplat på anorexiradarn" (Torvalds, 2013, s. 87).

6.2.2 Tillgängligheten hos vården

Även om det funnits vård, har de närstående beskrivit att det ibland varit svårt för den sjuke att få del av vården. Fastän det funnits ett vårdbehov har man nekat personen vård.

"För mig var det uppenbart att man inte ville ta in Katarina på sjukhuset" (Käcko, 2008, s. 81).

"Måste hon vara döfärdig innan sjukhuset tänker göra någonting?" (Käcko, 2008, s. 82).

Utbudet av olika vårdalternativ på orten har av de närstående beskrivits som bristfälligt. De har upplevt att det inte funnits sådana vårdmetoder som de önskat sig, eller att vården inte har varit tillräckligt utvecklad. De har upplevt att det funnits bättre vårdalternativ på andra orter. Att få vård på sitt modersmål har ibland varit en utmaning.

"Vad hade vi för anorexivård på svenska i Finland egentligen? Om det nu fanns en metod som hjälpte borde vi få hit den så snabbt som möjligt." (Käcko, 2008, s. 176).

"Ändå finns det stunder då jag tyckt att det varit frustrerande att veta vilken vård som finns att tillgå ute i världen" (Torvalds, 2013, s. 108).

"Mångsidig och specialiserad ätstörningsvård inom öppenvården. Det innebär stödjande och motiverande samtal och kanske fysioterapi. Det innebär att den som är sjuk äter en eller flera måltider per vecka tillsammans med någon som har specialiserat sig på ätstörningsvård. Sjukhuset/ätstörningskliniken gör upp en matlista ... Familjen får gott om stöd för att genomföra den här kuren hemma... Tyvärr erbjuds inte sådan vård på alla orter." (Torvalds, 2013, s. 89).

"Vård i Helsingfors kunde bara komma ifråga om man kunde garantera vård på svenska. Det kunde man inte." (Käcko, 2008, s. 196).

Att få vården finansierad kan vara en utmaning och göra vården otillgänglig. Om man är villig att betala själv kan man få god vård på svenska i ett tidigt skede av sjukdomen. (Torvalds, 2013, s. 110). Om man inte har den möjligheten kan man få kämpa för att få den vård som önskas. En förälder fick uppleva att betalningsförbindelsen avbröts under en pågående vårdperiod. (Käcko, 2008, s. 258). Att det finns offentlig vård uppskattas dock.

"Jag har varit mycket tacksam över att det alls finns offentlig vård... Ändå finns det en hel del offentlig vård som ofta leder till goda resultat." (Torvalds, 2013, s. 108).

Vårdens påbörjan har av närstående upplevts som långsam. Ibland har den specialiserade ätstörningsvården dröjt. Skolhälsovårdare och andra som inte är specialiserade på ätstörningar har inte tillräckligt med kunskap för att vårda en person med en ätstörning.

Då personen endast får sådan vård blir personen i värsta fall bara sjukare, eftersom ätstörningsidentiteten bekräftas.

"Jag tycker det är oklokt att tveka med att inleda den "riktiga" ätstörningsvården" (Torvalds, 2013, s. 85)."

"Specialiserad ätstörningsvård på sjukhus erbjuds dessutom onödigt sent: de destruktiva ätmönstren har hunnit få ett fast grepp om sitt offer medan man väntat på att det ska bli bättre – i praktiken blir det ofta bara sämre" (Torvalds, 2013, s. 89).

Enligt de närstående är det tystnadsplikten som i vissa fall fördröjer vården. Även om tystnadsplikten är mycket viktig för att ett förtroende skall byggas upp, kan den göra att barnets föräldrar inte har möjlighet att engagera sig. AtEnligt dem kan tystnadsplikten göra så att barnet inte får ätstörningsvård i tid. Att ätstörningsvården dröjer kan göra tillfrisknandet svårare.

"Har jag hört om många skolsköterskor som driver det för långt. De går för långt på barnets villkor, då vi vet att om man kommer på ätstörningar eller självskadebeteende i tid så kan man hjälpa mycket bättre ... Om föräldrarna inte får kontaktas kan det leda till att barnet inte får ätstörningsvård. I så fall blir hälsovårdaren den enda som vårdar den som är sjuk" (Torvalds, 2013, s. 87).

6.2.3 Att ta ansvar

En förälder beskriver att det tyngsta med att ha ett barn med en ätstörning är det stora ansvaret. Även om vården är engagerad upplever hon att ansvaret mestadels är på föräldrarna. De önskar att vården skulle ta det tunga ansvaret ifrån dem (Torvalds, 2013, s. 82).

"Det som tynger föräldern allra mest är ansvaret... dygnet har 24 timmar och under de flesta av dem är den som har en ätstörning på sina föräldrars ansvar. " (Torvalds, 2013, s. 118).

De närstående har både erfarenheter av att vården tagit ansvar och av att den inte gjort det tillräckligt mycket. Att vårdpersonalen var hård och bestämd uppskattades av de närstående. Ibland kan man behöva använda hot för att få den sjuke att inse allvaret. Man måste dock vara konsekvent med sina hot. Om hoten inte infrias kan personen förlora tilltron till både vårdpersonalen och de närstående.

"Barnläkaren sa ... att det här är det lägsta du kan väga utan att vara på sjukhuset. Det här är vad du ska äta och äter du inte så tas du in på sjukhus och då sätter vi samma mängd ner i slang. Det finns inga alternativ. Den läkaren tyckte jag om" (Torvalds, 2013, s. 82).

"Kör du med hot måste hoten infrias ... Vården bestod av att gå till hälsovårdaren. Gå dit en gång i veckan och väga sig och bra så. Hon skulle skärpa sig. Och fundera att det finns inte mycket reserv här innan man

måste skrida till åtgärd. Men det gick ju vecka efter vecka efter vecka. Och det skreds aldrig till åtgärd. Så hon trodde ju att vi pratar skit” (Torvalds, 2013, s. 86).

Om vården är otillräcklig eller felaktig blir ansvaret på de närstående stort. De måste då välja om de kan nöja sig med det dåliga eller om de ska försöka hitta en bättre lösning själva. (Torvalds, 2013, s.158). Ibland har planen för hur vården ska genomföras varit väldigt diffus och oklar. Man har inte haft något vårdprogram eller någon plan för hur man ska behandla sjukdomen.

”Efter besöket var vi lite tveksamma, eftersom vi inte fått reda på vad man tänkte göra åt anorexin och ångesten. Någon behandlingsplan för anorexin hade läkaren inte presenterat” (Käcko, 2008, s. 129).

”Vi föräldrar hade tappat tilltron till den, eftersom man inte hade något vårdprogram för anorexi.” (Käcko, 2008, s. 195, 196).

6.2.4 Kunskap om sjukdomen

De närstående har beskrivit att de upplevt att vårdpersonalen haft otillräcklig kunskap om ätstörningar. Okunskapen har kunnat handla om att förstå sjukdomens natur. Vårdpersonalen har haft bristande, eller till och med obefintlig, erfarenhet om hur man vårdar ätstörningar. En förälder berättade om att det även funnits personer arbetar med ätstörningar som haft svårt att förstå hur sjukdomen verkar.

”Många föräldrar känner att deras barn fått vård av personer som inte haft en aning om vad de sysslat med” (Torvalds, 2013, s. 97).

”känns det svårt att förstå att så många som jobbar terapeutiskt med ätstörningsklienter inte fattar att den som är sjuk inte vill bli frisk” (Torvalds, 2013, s. 80).

”De visste ingenting, de hade aldrig haft en anorexipatient, och det märktes” (Torvalds, 2013, s. 90).

Okunskap om sjukdomens natur kan göra att man förbiser tankar och beteenden. Fysiska symtom kan istället få för stort fokus. Okunskapen kan till och med göra så att patientens tillfrisknande omedvetet motarbetas. Vid mötet med den sjuke kan det hända att man stärker ätstörningsbeteendet genom de frågor man ställer om personens beteende och om olika symtom. De frågor man ställer blir mål att uppnå för den sjuke.

”De här personerna är sällan specialiserade på ätstörningar. Det kan leda till problem. Vården kanske talar samma språk som ätstörningen, men utan att veta om att det är så. Allt handlar om kalorier och vikt och symtom som existerar eller inte existerar. I den sjukas medvetande blir frågor som ska utröna hur långt sjukdomen framskridit en lista över saker att prestera. I värsta fall får hon veta att det finns ätstörningsverksamhet hon ännu inte testat... Frågorna måste få ett svar, men de handlar mest om kroppen, om samma plågade objekt som också hon själv är i färd med att bearbeta.” (Torvalds, 2013, s. 85).

Okunskapen har ibland handlat om hur man ska bemöta en person med en ätstörning. En vårdarens ord och beteende kan få en motsatt effekt än vad som var menat. En person som insjuknat i en ätstörning kan exempelvis förstå det att man är vänlig och positiv fel, och blir i värsta fall ännu sjukare av ett sådant bemötande.

”En del har fått katastrofalt dålig vård under många år. Vården har varit dålig därför att de som ansvarat för vården inte haft kunskap om hur personer med ätstörningar borde bemötas” (Torvalds, 2013, s. 96).

”Ändå verkar många inom vården tro att man kan lägga huvudet på sned och vänligt uppmana patienten att äta banan i mellanmål. Eller säga: du ser välmående ut! Allt det positiva och trevliga ... gör bara att den som har en ätstörning går hem och bestämmer sig för att banta ännu mer” (Torvalds, 2013, s. 82).

6.3 Bemötandet

I de närståendes berättelser har man kunnat läsa om hur de och den insjuknade har blivit bemötta. Hur mötet med vårdpersonalen upplevts och hur bra samarbetet fungerat har även beskrivits. De underkategorier som finns under bemötande är *att bemöta den insjuknade* och *att bemöta närstående*.

6.3.1 Att bemöta den insjuknade

De närstående beskrev både gott och dåligt bemötande. Att vården är konsekvent och regelbunden uppskattas, såsom att patienten behandlas med förståelse och omtanke. Detta har bidragit till att vården lyckats.

”Katarina fick en egen vårdare, Eila, som tillbringade mycket tid med henne och som vi alla tyckte om” (Käcko, 2008, s. 38).

”Läkaren hade varit konsekvent och visat Katarina respekt, psykologen hade kommit regelbundet, trots Katarinas motstånd, Katarinas egen vårdare hade behandlat henne med förståelse” (Käcko, 2008, s. 45).

”Det syntes på överläkaren att hon tyckte om Katarina och verkligen ville hennes bästa” (Käcko, 2008, s. 207).

Ett dåligt bemötande kan bero på avdelningens bestämmelser om att barnet inte får träffa sina föräldrar. En närstående har också beskrivit hur dottern blivit förbisedd. Man har pratat om dottern i tredje person trots att hon befunnit sig i rummet. Det har också hänt att löften inte hållits. Det har gjort så att patienten fått ångest och panik.

”Ett barn som inte får träffa sin mamma och pappa, ett barn som tvångsmatas, känner sig mycket ensamt och skrämt” (Torvalds, 2013, s. 98).

"Jag kände hur jag började bli irriterad över hennes känslolösa presentation som inte alls tog hänsyn till Katarina ... avdelningssköterskan pratade om Katarina i tredje person som om hon inte alls fanns där bredvid mig." (Käcko, 2008, s. 134).

"Hon blev livrädd när de sa att hon inte fick åka hem. Hon har kämpat hela veckan för att säkert vara över 43,5 kilo och så gör de så här ... Jag tyckte det var höjden av inkompetens att man på en ungdomspsykiatrisk avdelning förvärrade en patients ångest och panik på det här sättet." (Käcko, 2008, s. 160, 161).

6.3.2 Att bemöta närstående

Då det gäller hur de närstående själva blivit bemötta har de beskrivit hur kommunikationen med vårdpersonalen fungerat, hur mycket stöd de fått och hur vårdens syn på deras engagemang varit. En del har beskrivit tillfällena då de blivit väl bemötta och då kommunikationen med vårdpersonalen fungerat väl och varit tillräckligt regelbunden och ofta.

"Det var lätt att prata med läkaren och vi var ense om det mesta." (Käcko, 2008, s. 136).

"Lyckligtvis fick vi ganska mycket information om Katarinas tillstånd av sjukskötarna. Vi fick också ringa och träffa läkaren relativt ofta" (Käcko, 2008, s. 100).

Även om kommunikationen ofta varit god, har den också varit bristfällig. De närstående har upplevt att de blivit bemötta med oförståelse. Bemötandet har även varit rent av opassande.

"Jag ville bara så förtvivlat gärna att någon skulle förstå hur sjuk Katarina var" (Käcko, 2008, s. 80).

"Den här diskussionen är helt onödig. Du uppför dig inte som en mamma! 'sa psykiatern." (Käcko, 2008, s. 205).

Föräldrarna har beskrivit att de skulle ha behövt mera stöd än vad som erbjudits. En förälder har berättat att de under en period av dotterns sjukdom inte fått någon hjälp eller några redskap för att få dottern att börja äta. (Käcko, 2008, s. 81). De önskar att vården skulle vara uppbyggd så att föräldrarna stöttas mera.

"De kan längta sig sjuka efter en expert som säger: så här ska ni göra. Men det är sällan någon sådan dyker upp" (Torvalds, 2013, s. 118).

"Att engagera dem i ättråningen och ge dem verktyg att handskas med jobbiga situationer som kan uppstå i hemmet tycker jag borde ingå i all ätstörningsvård på alla orter" (Torvalds, 2013, s. 92).

Vårdpersonalens syn på föräldrarna och deras engagemang har varierat. En del terapeuter och vårdare ser föräldrar som ett hot. De kan anse att föräldrarna har gett upphov till

ätstörningen. De är då också negativa till att låta föräldern medverka i vården. Det är tungt för föräldrar att bemötas med sådana beskyllningar om att de orsakat sitt barns sjukdom.

"Jag tycker också att det är dumt att familjen ... av en del vårdare ses som ett hot snarare än en resurs" (Torvalds, 2013, s. 92).

"Många vittnar om att de känt sig obekväma med den familjeterapi som erbjuds ute i kommunerna. Flera mammor jag talat med berättar att de i mer eller mindre förtäckta ordalag fått höra att de är själviska, narcissistiska, alltför dominerande eller på andra sätt skyldiga till dotterns sjukdom... Jag har hört flera mammor säga att de medverkat i familjeterapi bara för att ge sken av att samarbeta och för att de är rädda för att vårdapparaten ska straffa dem om de vägrar. Det finns många rädda, ledsna och desperata mammor som blivit brutalt behandlade." (Torvalds, 2013, s. 133).

"Jag berättade stolt att min dotter åt fem mål per dag och att jag dukade fram all mat åt henne ... jag trodde att mannen som satt framför mig skulle tycka att jag gjort ett gott jobb. Rentav att jag var en bra mamma... men terapeuten verkade inte vara av samma åsikt. Han var tveksam till min plan, han verkade tycka att jag tagit över min dotters liv. Jag såg på honom att han började ana att det var jag som var problemet." (Torvalds, 2013, s. 155, 156).

Men det finns även vårdare och terapeuter som har en positiv syn på föräldrar och deras engagemang. De ser föräldrarna som en resurs i vårdandet av ätstörningen.

"Det lät avväpnande. På alla sätt verkade man räkna med föräldrarna som en resurs här, och inte några som den drabbade måste bryta kontakten med för att vården skulle lyckas." (Käcko, 2008, s. 211).

7 Diskussion

I detta kapitel granskas studiens metod och resultat. Studien granskas kritiskt med avseende på dess styrkor och svagheter. Om studien svarat på sitt eget syfte diskuteras också, samt dess trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet. Lämpligheten hos de metoder som använts för att nå resultaten granskas. Studiens resultat speglas mot den teoretiska bakgrunden, den teoretiska utgångspunkten samt annan forskning. Till slut görs även några slutledningar om studiens användbarhet och den kunskap som förvärvats.

7.1 Metoddiskussion

Syftet med den föreliggande studien var att undersöka närståendes upplevelser och beskrivningar av ätstörningsvården i Finland. Eftersom målet var att komma åt upplevelser och åsikter bedömdes ett kvalitativt närmelsesätt vara lämpligt. Med ett kvantitativt närmelsesätt kunde man även ha studerat fenomenet, genom att exempelvis studera antal tillfrisknade från ätstörningsvården, återfall osv. Studien skulle då ha fått en annan infallsvinkel, och inte gått på djupet på samma sätt som den valda metoden gjorde. (Henricson & Billhult, 2017, s. 112).

Att använda sig av en induktiv design gjorde att dataanalysen kunde ske relativt opåverkad av en bakomliggande teori. Med en deduktiv design skulle den teoretiska utgångspunkten ha styrt analysprocessen mera. Då skulle den teoretiska utgångspunkten eventuellt ha gett resultatet mera djup. Mötet mellan vårdaren och vårdtagaren skulle vid en deduktiv design fått mera fokus, eftersom den teoretiska utgångspunkten handlar om detta. Andra aspekter av vården skulle vid en deduktiv design ha kunnat falla i skymundan, både på gott och ont. (Henricson & Billhult, 2017, s. 114).

Respondentens förförståelse kan påverka pålitligheten i examensarbetet (Wallengren & Henricson, 2012, s. 489). Förförståelsen har beskrivits i inledningen av examensarbetet. Respondenten trodde sig ha mycket kunskap om ätstörningar i början av processen, men den kunskapen har växt avsevärt mycket. Den förförståelsen bestod av egna erfarenheter som närstående, men kunskapen var väldigt begränsad. Förförståelsen har i mån av möjlighet satts åt sidan för att kunna återge studiens resultat så trovärdigt som möjligt.

Överförbarheten i ett resultat ökar om urvalet är varierat. (Henricson, 2017, s. 412). Vid urvalet var målet att hitta närstående till personer med ätstörningar i Finland. De närstående behövde vara mycket involverade i den insjuknades liv. Det är naturligt att föräldrar till ungdomar med ätstörningar valdes, eftersom föräldrar är mycket involverade i vården av sitt barn. För att få ett mera varierat och bredare urval, och därmed öka överförbarheten, valdes det att inkludera två böcker i studien, även om en bok skulle ha gett tillräckligt material. En svaghet hos denna studie är dock att den bara redogör för föräldrarnas upplevelse. Hur upplever exempelvis syskon och mor- och farföräldrar vården av den insjuknade? Eller varför inte undersöka vänners uppfattning? Resultatet besvarar inte hela syftet, när endast föräldrar blev tillfrågade. Detta upptäcktes i ett skede då det var för sent att samla in mera data eller ändra syfte.

Datainsamlingsmetoden, att läsa självbiografiska böcker, gav mycket material. Fördelen var att det gick att samla in materialet i lugn och ro, utan risk för att någonting går förlorat av brådska. Informanterna behövde inte heller känna sig obekväma, som de skulle ha kunnat göra i en intervjusituation. Materialet var redan något bearbetat, då de tänkt igenom sina erfarenheter före skrivandet. Vid datainsamlingen var målet att få med alla uttalanden om vården, även sådana som indirekt handlat om den. Detta gjordes med största noggrannhet. Något uttalande har ändå troligen gått förlorat.

Det skulle också ha funnits fördelar med att använda sig av någon annan datainsamlingsmetod. Eftersom informanterna hade beskrivit sina erfarenheter av att ha ett barn med en ätstörning, och inte enbart fokuserat på vården, har beskrivningarna av vården ibland varit rätt så kortfattade. Om informationen skulle ha samlats in genom exempelvis intervjuer skulle man kunnat fokusera mera på vården, och den datainsamlingsmetoden skulle eventuellt ha gett resultatet mera djup. I en intervjusituation finns det även möjlighet att ställa tilläggsfrågor vid behov. Kroppsspråket går också förlorat i text. Å andra sidan är det lätt att den som intervjuar påverkar informantens svar, och styr således resultaten i en viss riktning.

Under analysens gång vred och vände respondenten på de olika citaten, för att hitta likheter och olikheter mellan dem. Kategorierna och underkategorierna omformades flera gånger, med målet att hitta kategorier som är uttömmande men utesluter varandra. (Lundman & Graneheim, 2008, s. 162, 163). Detta uppnåddes mestadels, men vid

resultatredovisningen upptäcktes det att ett fåtal citat hade passat in i flera kategorier. Exempelvis fanns det citat om att vårdpersonalen hade okunskap. Denna okunskap orsakades av vårdens olämpliga uppbyggnad. Det var då svårt att veta om citatet hörde till *kunskap om sjukdomen* eller *vårdens uppbyggnad*. Valet föll på *vårdens uppbyggnad* eftersom grundproblematiken låg där.

Det har varit en utmaning att inte förstärka det negativa och att inte heller förminska det. Det negativa har ofta lyfts fram i böckerna, medan det positiva oftast endast nämnts i förbifarten. Att händelserna beskrivs en lång tid efter att de skett bidrar troligen till att en del av det positiva till viss del fallit i glömska. Eftersom studiens frågeställning var hur närstående beskriver och upplever ätstörningsvården, har respondenten strävat efter att endast återge fenomen så som de beskrivs, även om beskrivningen ibland ger en skev bild av verkligheten. Resultatet i denna studie kan således inom en del områden ge en felaktig bild av ätstörningsvården, men en mera sanningsenlig bild av hur närstående upplever och kommer ihåg den.

Respondentens erfarenheter av att göra vetenskapliga studier påverkar arbetet (Henricson, 2012, s. 472). Eftersom detta var första gången respondenten gjorde ett sådant arbete påverkade den bristfälliga erfarenheten avsevärt mycket. Ett exempel på detta är att självbiografierna är rätt så gamla, och att vården utvecklats en hel del sedan dessa skrevs. Resultatet från denna studie skulle kunna vara mera aktuellt om detta upptäckts före valet av urval och datainsamlingsmetod. Dock är huvuddragen i resultatet ändå tidlösa. Exempelvis kan man genom denna studie få kunskap om att närstående har ett stort behov av att få stöd, men om det behovet uppfylls i vården eller inte beror mera på tid och plats.

Trovärdigheten i en studie stärks även av att man är flera som kontrollerar resultatet och analysen (Wallengren & Henricson, 2012, s. 492). Även om respondenten skrivit detta arbete ensam har det funnits en möjlighet att hålla kontakt med en handledare under processens gång, vilket stärker trovärdigheten.

Respondenten har strävat efter att följa de etiska ställningstaganden som gjordes vid studiens påbörjan. Efter bästa förmåga har det strävat efter att inte utelämna eller ge en felvriden bild av något. Ett annat mål har även varit att inte använda ordalag med negativa

associationer om någon viss grupp, teori och så vidare. Etiken har hållits i åtanke under arbetets gång, även om den inte alltid fått tillräckligt stort fokus.

7.2 Resultatdiskussion

Vården av ätstörningar beskrevs väldigt omfattande av de närstående. Därför delas resultatet från den föreliggande studien upp i sina kategorier och diskuteras skilt för sig, för att resultatdiskussionen skall vara överskådlig och logisk. Studiens huvudfynd beskrivs och jämförs med den teoretiska bakgrunden, annan forskning samt Halldórsdóttirs (1996) teori *Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health Care*. Vilken praktisk tillämpning man kan göra av studiens resultat diskuteras också.

7.2.1 Lämpligheten hos vården

De diagnostiska kriterierna beskrevs i den föreliggande studien som olämpliga, eftersom de påverkar patientens inställning till sin sjukdom negativt och kan försämra sjukdomsförloppet. Att de är väldigt konkreta bidrar till detta. Även de vårddirektiv som används i Finland idag innehåller konkreta diagnostiska kriterier för anorexia nervosa och bulimia nervosa. Ett exempel på detta är att man för att få diagnosen anorexia nervosa måste väga 15% under normal vikt för längd, ålder och kön eller ha ett BMI under 17,5 kg/m². (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014).

I resultaten från föreliggande studie beskrevs det att de diagnostiska kriterierna gör att de som inte når upp till en diagnos upplever att de inte är tillräckligt sjuka. Dessa personer känner sig alltså förbisedda. Walker et al. har hittat liknande resultat i sin studie om de problem som patienter med en ätstörning upplevt i vården. En person upplevde att hon egentligen inte hade en ätstörning om hon inte nådde det BMI som krävdes för att bli inlagd på sjukhus. Hon upplevde att hon hade misslyckats. (Walker, et al., 2010).

Halldórsdóttir beskriver i sin teori att en person får en stärkt känsla av välmående och hälsa då mötet mellan vårdaren och vårdtagaren uppfattas som vårdande. I professionellt vårdande ingår både att vara vårdande och att ha kompetens. Om mötet med vården däremot upplevs som icke-vårdande får personen en minskad känsla av välmående och hälsa. (Halldórsdóttir, 1996, s. 33 - 36). Om en person blir förbisedd och upplever frustration av att inte nå upp till de diagnostiska kriterierna upplevs även mötet med

vården som icke-vårdande. Eftersom de diagnostiska kriterierna kan förvärra sjukdomsbeteendet hos patienten handlar detta även om kompetensen hos vården.

Resultatet i den föreliggande studien visar att vården av ätstörningar är dåligt organiserad, eftersom den inte är enhetlig. Det kan göra att patienten inte alls får vård, eller att patienten inte får den vård som behövs. I vårddirektiven finns också riktlinjer om hur vården av ätstörningar bör vara uppbyggd. Om vården inom primärhälsovården inte räcker till kan personen remitteras vidare till en barn- eller inremedicinsk poliklinik eller till en psykiatrisk poliklinik. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014). Vården är alltså fortfarande uppdelad i att man har en somatisk eller en psykisk sjukdom. Enligt de närstående finns det en risk för att vården inte hålls enhetlig då den är uppbyggd så, och att en del symtom får mera fokus då.

I en metasyntes gjord av Sibeoni et al. (2017) framkom det att både ungdomar som insjuknat och deras föräldrar upplevt att de fysiska symtomen fått för mycket uppmärksamhet i vården jämfört med de psykiska och sociala symtomen. De önskade att vården inte endast skulle fokusera på deras sjukdom eller symtom, utan också på dem som individer och deras livssituation. I artikeln anges inte orsaken till att vården varit sådan, men man kan tänka sig att en orsak var att även den vården var uppbyggd på ett oenhetligt sätt. Att se individen och vårda patientens alla behov är en väsentlig del i att skapa en vårdande relation enligt Halldórsdóttir (1996, s. 33, 34). Om vården av patienten blir bristfällig på grund av vårdens uppbyggnad sker inte detta.

I resultatet från den föreliggande studien beskrivs det att en del av de vårdmetoder som används är olämpliga för att vårda ätstörningar, eller att sättet som vårdmetoden ges på är olämpligt. I Finland använder man många olika terapiformer. Bland annat psykodynamisk psykoterapi finns med i vårdrekommendationerna. Gruppterapier nämns även i vårddirektiven som ett vårdalternativ. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014). Gruppterapier upplevdes som något negativt i den föreliggande studien, och som att de i värsta fall motarbetar tillfrisknandet.

I resultatet från föreliggande studie framkom det att de närstående upplevt att en del av de vårdmetoder som använts i vården var baserade på tanken att föräldrarna till den insjuknade hade gett upphov till sjukdomen. De ansåg att dessa vårdmetoder var olämpliga för att vårda ätstörningar, och att de gör så att föräldrar har sämre möjligheter

att hjälpa sitt barn. Pohjola och Karlsson (2005) har jämfört olika vårdmetoder och terapiformer och redogjort för vilka terapiformer som har en god verkan på olika typer av ätstörningar. Även psykodynamisk psykoterapi finns med bland de terapiformer som anses vara användbara i vården av ätstörningar. Detta är intressant, eftersom denna terapiform inte fungerar särskilt väl enligt informanterna (Torvalds, 2013, s. 111). Kan det vara så, att föräldrarna på grund av sina egna känslor kring terapiformen har övertygat sig själva om att den inte fungerar? Å andra sidan kan man fråga sig om det är nödvändigt att använda sig av en terapiform som visserligen har verkan, men som samtidigt orsakar missmod hos föräldrarna.

Man kan fråga sig om vårdaren uppfattas som genuint intresserad och brydd av patienten och hans familj, om familjen beskylls för sjukdomens uppkomst av denne. Enligt Halldórsdóttirs teori (1996, s. 34) behöver vårdaren uppfattas som sådan för att mötet med vårdaren ska upplevas som vårdande. Om det förefaller som att vårdaren saknar förståelse för vad personen och familjen går igenom uppfattas mötet som icke-vårdande. (Halldórsdóttir, 1996, s.35, 36). Om vårdaren i ett skede då familjen knappt har krafter till att ta hand om sitt barn vill utreda vem som orsakat sjukdomen upplevs hen som oförstående. En person är dessutom enligt teorin mera känslig för icke-vårdande bemötanden om hen känner sig sårbar. (Halldórsdóttir, 1996, s. 37, 38).

7.2.2 Tillräckligheten hos vården

De diagnostiska kriterierna gör enligt resultatet i den föreliggande studien så att en del med ätstörningar inte får den vård de skulle behöva, eftersom de inte når upp till en diagnos som i vissa fall behövs för att få vård. Watson och Andersen (2003) har i sin studie fått liknande resultat. De har undersökt om de diagnostiska kriterierna mer än 15% vikt förlust och amenorré är passande för att definiera anorexia nervosa. De har jämfört patienter med diagnosen anorexia nervosa med patienter som fått diagnosen atypisk ätstörning (EDNOS). Det visade sig att den största olikheten mellan de två grupperna var graden av viktnedgång. Psykiska och även en del fysiska symtom kunde däremot vara lika allvarliga i båda grupperna. Eftersom diagnosen atypisk ätstörning uppfattas som en lindrigare sjukdomsform föreslår Watson och Andersen att man skulle omforma de diagnostiska kriterierna för anorexi så att de mestadels baserar sig på psykiska symtom. Halldórsdóttirs teori betonar även vikten av att patienten får uppleva att hen har ett

fullständigt värde. Om en person på grund av sitt fysiska tillstånd inte får den vård hen skulle behöva, kan det orsaka en känsla av att inte ha ett fullständigt värde. (Halldórsdóttir, 1996, s. 22).

De närstående har i den föreliggande studien beskrivit att det varit svårt att få del av vården, att det funnits ett dåligt utbud av vårdalternativ eller att vården upplevts som långsam. Även om vård funnits har ekonomiska orsaker ibland hindrat patienterna från att få del av den. Föräldrarna i McArdles (2019) studie har även upplevt att det funnits ekonomiska problem som förhindrat vården. Om de hade en försäkring som finansierat vården upplevde de också att barnets hälsotillstånd inte varit det viktigaste, utan att fokuset till största delen hade varit på hur många vård dagar det funnits kvar att ta ut på försäkringen.

Att inte få den vård som behövs orsakar en upplevelse av ett icke-vårdande bemötande för patienten, vilket bygger upp en mur mellan patienten och vårdaren. Professionell intimitet skapas när vårdaren är involverad i patientens tillstånd och känner patienten, och den intimiteten kan inte skapas om vården är otillgänglig. (Halldórsdóttir, 1996, s. 31, 32). Också sådana problem som att exempelvis inte få vård på sitt modersmål kan göra att relationen mellan vårdaren och patienten inte byggs upp på grund av svårigheter att kommunicera.

Ansaret har av de närstående upplevts som betungande, särskilt om vården inte tagit tillräckligt ansvar. Några föräldrar berättade i McArdles (2019) studie om att vården inte fortsatt efter att dottern blivit utskriven. Det blev då föräldrarnas ansvar att hitta någon som kunde följa upp hennes sjukdomstillstånd. Även om föräldrarna inte är patienter själva, påverkas även de av hur vårdrelationen mellan patienten och vårdaren är. Speciellt med tanke på ätstörningen natur är det oftast så att föräldrarna är mera måna om att bekämpa sjukdomen än vad den insjuknade själv är. Det är föräldrarna som blir tvungna att ta ansvaret om vården inte gör det. Att inte ta tillräckligt ansvar uppfattas som inkompetent, och det förhindrar anknytningsprocessen mellan vårdaren och föräldrarna eller den insjuknade. (Halldórsdóttir, 1996, s. 32, 35, 36).

Föräldrarna i McArdles studie (2019) uppgav att den första kontakten med vården ofta upplevdes negativt, eftersom vårdarna inte var specialiserade på ätstörningar. De vårdarna hade otillräckliga kunskaper om ätstörningar och kunde inte erbjuda tillräckligt

med information åt föräldrarna. Föräldrarna i den föreliggande studien upplevde också att de vårdare som inte varit specialiserade på ätstörningar haft bristande kunskaper, och att detta i sin tur hade påverkat vården negativt.

I Halvorsens och Heyerdahls studie (2007) om föräldrars och insjuknades uppfattning av anorexivården beskrivs det att föräldrarna mestadels hade en positiv uppfattning av personalens kompetens. Resultatet visar att 73% av mödrarna och 72% av fäderna svarade *alltid* eller *ofta* på frågan om de upplevde att terapeuten hade tillräcklig kunskap om ätstörningar och visste vad de gjorde. Detta är väldigt intressant, eftersom de närstående i den föreliggande studien upplevde att vårdpersonalens kunskapsnivå ofta var bristfällig. Detta kan förklaras med sådana olikheter som att studierna var genomförda i olika länder med olika sjukvårdssystem, och att patienterna i Halvorsens och Heyerdahls studie enbart hade fått vård vid en psykiatrisk enhet, medan de insjuknade i den föreliggande studien hade fått vård i primärvården, samt vid psykiatriska och somatiska enheter. En annan förklaring till olikheterna skulle kunna vara att informanterna i den föreliggande studien kom ihåg det negativa bättre än det positiva. Det kan också hända att respondenten har framhävt det negativa för mycket och att det positiva kommit i skymundan.

Att vårdtagaren upplever att vårdaren har kompetens är enligt Halldórsdóttirs teori viktigt för att en bro ska bildas mellan dem. Kompetens innebär att man vet hur man ska utföra sina arbetsuppgifter, att man vet hur man ska styrka patienten, undervisa patienten, kommunicera med patienten och så vidare. (Halldórsdóttir, 1996, s. 31, 33). I föreliggande studie berättade de närstående om att de upplevt att vårdarens bemötande av den insjuknade till och med kunde motarbeta tillfrisknandet. Även detta, hur man bemöter den insjuknade, ingår i kompetens och är viktigt för att ett möte ska uppfattas som vårdande. (Halldórsdóttir, 1996, s. 33). Det skulle vara ytterst nödvändigt att personer som vårdar ätstörningspatienter har kunskap om sjukdomen, eftersom ätstörningarnas natur är väldigt komplicerade, och det är svårt att förstå hur man ska bemöta patienterna utan att de insjuknar mera.

7.2.3 Bemötandet

När det gäller hur de insjuknade blev bemötta beskrev de närstående i den föreliggande studien om händelser då bemötandet varit gott och då de fått förståelse av vårdpersonalen. Att relationen till vårdpersonalen är god är väsentligt för att patienten ska

kunna öppna sig och för att ett tillfrisknande ska kunna ske (Svenska psykiatriska föreningen, 2015, s. 58). De närstående berättade också om tillfällen då vårdare inte tagit hänsyn till patienten eller inte hållit sina löften. Om löften inte hålls bryts inte endast tilliten till vårdpersonalen, utan också patientens motivation till att följa framtida överenskommelser och att således tillfriskna.

I metasyntesen som Sibeoni et al. (2017) har gjort upplevde ungdomar med anorexi att vårdarna ofta hade fördomar eller en negativ attityd mot dem. De upplevde också att vårdarna saknade empati och förståelse, att de var alltför kontrollerande och att de saknade tillit till ungdomarna. Allt detta trots att vårdarna i studien hade insett att ett vårdande förhållande är nödvändigt i vården och att det är deras främsta arbetsredskap. Det är väldigt intressant att vårdarna var medvetna om detta, och även om hurdana egenskaper de som vårdare borde visa. Det är alltså en sak att vara medveten om hurdan en god vårdare borde vara och en annan att vara det. Det kan också vara så att vårdarna och patienterna upplever vården olika.

Detta stämmer överens med Halldórsdóttirs teori, som beskriver att man behöver se på mötet mellan vårdaren och vårdtagaren utgående från vårdtagarens perspektiv. Vid ett sjukdomstillstånd blir en person mera sårbar och upplever situationer annorlunda än en frisk person som inte är lika utsatt. Att vara vårdande innebär att man är intresserad av patienten, att man involverar sig, att man är närvarande och att man tar moraliskt ansvar. Även att visa förståelse och empati är nödvändigt för att man ska uppfattas som vårdande. (Halldórsdóttir, 1996, s. 31, 33, 34, 37, 38).

De närstående upplevde i den föreliggande studien att samarbetet och kommunikationen med vården ofta fungerat väl, men att det också funnits tillfällen då de som närstående inte fått tillräckligt stöd och förståelse. I metasyntesen som Sibeoni et al. gjort har föräldrarna till ungdomar med anorexi berättat om vad de önskar sig för att kunna bygga upp en god relation till vårdpersonalen. De ansåg att det var viktigt att de fick stöd, blev involverade och fick tillräckligt med information. De upplevde dock att vårdpersonalen saknade tilltro till deras kunskaper om ätstörningar. Vårdarna i studien insåg ändå vikten av att deras relation till föräldrarna är bra för att barnet ska kunna ta till sig av vården. (Sibeoni, 2017). Hur föräldrar till personer med en ätstörning blir bemötta är en viktig

aspekt av vården av denna orsak. Har inte vården deras stöd eller om de är motvilliga till vården blir det omöjligt att vårda den sjuke.

I McArdles (2019) studie uppgav föräldrarna att de upplevt att kommunikationen mellan dem och vårdpersonalen varit bristfällig. De önskade att de skulle ha fått mera information om olika vårdalternativ och om hur de skulle ta hand om sitt sjuka barn. Halvorsen och Heyerdahls (2007) studie uppvisar liknande resultat. Trots att behovet av stöd åt föräldrarna betonats i vården upplevde de att de skulle ha behövt mera stöd och information från vården. Även i den föreliggande studien upplevde de närstående att de inte fått tillräckligt med redskap för att ta hand om sitt barns ätstörning, och att de önskar att vården skulle låta föräldrar bli mera engagerade i vården. Med tanke på samstämmigheten i dessa studier, går det inte att betona nog hur mycket vårdare behöver stöda närstående och hålla dem informerade. Föräldrarnas behov av stöd underskattas lätt enligt Halvorsens och Heyerdahls (2007) studie.

Att kommunikationen är öppen är enligt Halldórsdóttirs (1996) teori väsentligt för att en bro mellan vårdaren och vårdtagaren, eller i detta fall vårdtagarens närstående, ska bildas. När vårdaren är närvarande och dedikerad blir det stöd som de närstående behöver troligtvis tillgodosett. En dedikerad och genuint intresserad vårdare försäkrar sig också om att föräldrarna är tillfreds med vården. (Halldórsdóttir, 1996, s. 33, 34).

De närstående har i den föreliggande studien även upplevt att en del vårdare ansett att de bidragit till eller helt och hållet orsakat ätstörningens uppkomst. I McArdles (2019) studie berättade föräldrarna om att de upplevt att en del vårdare haft ett likadant tänkesätt. Vårdaren kan vid ett sådant bemötande uppfattas som respektlös, okänslig och som att hen saknar förståelse för vad familjen går igenom. Såsom de närstående i den föreliggande studien berättat orsakar ett sådant bemötande osäkerhet, rädsla och ångest, och det stärker även känslan av att vara under stor press. Vid ett sådant icke-vårdande bemötande byggs en mur upp, vilket gör att tilliten till vårdaren förloras och att ingen anknytning sker (Halldórsdóttir, 1996, s. 32, 36, 37).

7.3 Slutledning

Syftet med denna studie var att få mera kunskap om hur närstående beskriver och upplever ätstörningsvården i Finland. Genom detta skulle kunskap om vårdens styrkor och

svagheter uppnås. Mycket kunskap om detta nåddes, exempelvis om vilka vårdmetoder som uppfattas som hjälpsamma. Men förutom detta, ger denna studie oss mycket kunskap om hur det är att vara närstående till någon med en ätstörning, och om vad som uppskattas av närstående hos vården i en sådan situation. En sådan kunskap kan man ha nytta av både nu och i framtiden. Oavsett om man arbetar som skolhälsovårdare eller inom specialsjukvården har man nytta av att veta vad närstående behöver, uppskattar och betonar i vården.

Denna studie ger oss kunskap om vad de bakomliggande orsakerna är då närstående upplever att vården är bristfällig. Kunskap om vad som uppskattas i vårdpersonalens bemötande av de närstående och den insjuknade har också nåtts. När de exempelvis berättat om att stödet till dem som närstående varit otillräckligt ger det oss mera vetskap om hur stort de närståendes behov av stöd är. När enskilda vårdare har kunskap om detta kan de bättre tillgodose deras behov.

Denna studie har endast redogjort för föräldrars uppfattning av vården. Framtida studier skulle kunna undersöka den insjuknades egna uppfattning av vården. Dessa uppfattningar kan skilja sig åt markant. Att ha kunskap om detta skulle kunna ge en ännu bättre fingervisning om vad som kan förbättra tillfrisknandet, än vad de närståendes uppfattning ger. Tillfrisknandet försvåras sannerligen ofta av den insjuknades motvilja till vården. Det skulle även kunna vara så att de närståendes bästa och deras önskemål ibland strider mot den insjuknades bästa, och kunskap om när och hur detta sker skulle givetvis behöva nås. Även andra närståendes, som exempelvis syskons, uppfattning av vården skulle vara av intresse.

Att utveckla ett sätt att tillämpa den kunskap som förvärvats genom denna studie behövs också. Den behöver omformas från hur vården uppfattas till vilka förändringar som behöver ske i den. Kunskapen om hur de närstående uppfattar vården behöver nå de enskilda vårdarna, och hur de ska använda denna kunskap behöver även konkretiseras. Om den inte är tydlig och enkel att tillämpa gör man lätt så som man alltid har gjort. Kunskapen som nåtts i den föreliggande studien behöver dock som sagt tillämpas med försiktighet så att de insjuknades intressen inte hamnar i skymundan av de närståendes önskemål.

8 Källförteckning

Ali L. & Skärsäter I., 2017. Att använda internet vid datainsamling, i: M. Henricson red. *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Danielsson E. 2012. Kvalitativ innehållsanalys, i: M. Henricson red. *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Eriksson B. & Karlsson G., 2001. *Ätstörningar – En strategisk behandlingsmodell*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. 1993. *Möten med lidanden*. Report 4/1993 from the Department of Caring Science. Åbo: Åbo Akademi.

Halldórsdóttir, S., 1996. *Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health Care – Developing a Theory*. Linköping: Linköping University Medical Dissertations.

Halvorsen, I. & Heyerdahl, S., 2007. Treatment perception in adolescent onset anorexia nervosa: Retrospective views of patients and parent. *International Journal of Eating Disorders*. 40(7), s. 629 – 639.

Henricson, M. 2012. Diskussion, i: M. Henricson red. *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Henricson, M. 2017. Diskussion, i: M. Henricson red. *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Henricson, M. & Billhult, A. 2012. Kvalitativ design, i: M. Henricson red. *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Henricson, M. & Billhult, A. 2017. Kvalitativ design, i: M. Henricson red. *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Holmér, E. 2017. Att vara närstående till en någon som har en ätstörning. 1177 Vårdguiden. [Online]. <https://www.1177.se/sjukdomar--besvar/psykiska-sjukdomar-och-besvar/atstoringar/att-vara-narstaende-till-nagon-som-har-en-atstoring/> [Hämtat: 11.11.2019].

- Institutet för hälsa och välfärd (THL), 2015. *Ätstörningar*. [Online].
<https://thl.fi/sv/web/psykisk-halsa/psykisk-halsa/psykiska-storningar/atstorningar>
 [Hämtat: 9.5.2019].
- Kjellström, S. 2017. Forskningsetik, i: M. Henricson red. *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Käckö, M., 2008. *Ta livet av mig, mamma!* Helsingfors: Söderströms.
- Lundman, B. & Graneheim, U.H. 2008. Kvalitativ innehållsanalys, i: M. Granskär & B. Höglund - Nielsen red. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Martinsen, K. 1993. *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: TANO.
- McArdle, S. 2019. Parents' experiences of health services for the treatment of eating disorders: a qualitative study. *Journal of Mental Health*, 28(4), s. 404 – 409.
- Nilsson K. & Hägglöf B., 2006. Patient Perspectives of Recovery in Adolescent Onset Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*, 14(4), s. 305 – 311.
- Pohjolainen V. & Karlsson H., 2005. Syömishäiriöiden hoidon vaikuttavuus. *Lääketieteellinen aikakauskirja duodecim*. 121(18), s. 1975 – 1981.
- Polivy J. & Herman C. P., 2002. Causes of eating disorders. *Annual Review Of Psychology*, 2002(53), s. 187 – 213.
- Sibeoni, J., Orri M., Valentin M., Podlipski MA., Colin S., Pradere J. & Revah-Levy A. (2017) 'Metasynthesis of the Views about Treatment of Anorexia Nervosa in Adolescents: Perspectives of Adolescents, Parents, and Professionals', *Plos One*, 12(1), s. e0169493.
- Svenska psykiatriska föreningen, 2015. *Ätstörningar – kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Gothia Fortbildning AB.
- Syömishäiriöliitto, u.å. *Tietoa syömishäiriöistä*. [Online].
<https://syomishairioliitto.fi/tietoa-syomishairioista> [Hämtat: 10.5.2019].

Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys Ry:n asettama työryhmä. Helsingfors: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Online].

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus?id=hoi50101#R4> [Hämtat: 12.05.2019].

Torvalds S., 2013. *Hungrig – en bok om ätstörningar och föräldraskap*. Helsingfors: Schildts & Söderströms.

Viljanen R. (red.) et. al., 2011. *Jag har redan ätit – Att vara anhörig till någon som lider av ätstörning*.

Walker S., Lloyd C. & Aharoni R., 2010. Issues experienced by service users with an eating disorder: a qualitative investigation. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 18(10), s. 542 – 550.

Wallengren C. & Henricson M., 2012. Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete, i: M. Henricson red. *Vetenskaplig teori och metod – från ide till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Watson T. L. & Andersen A. E., 2003. A critical examination of the amenorrhea and weight criteria for diagnosing anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3), s. 175 – 182.

Att samtala om ätstörningar

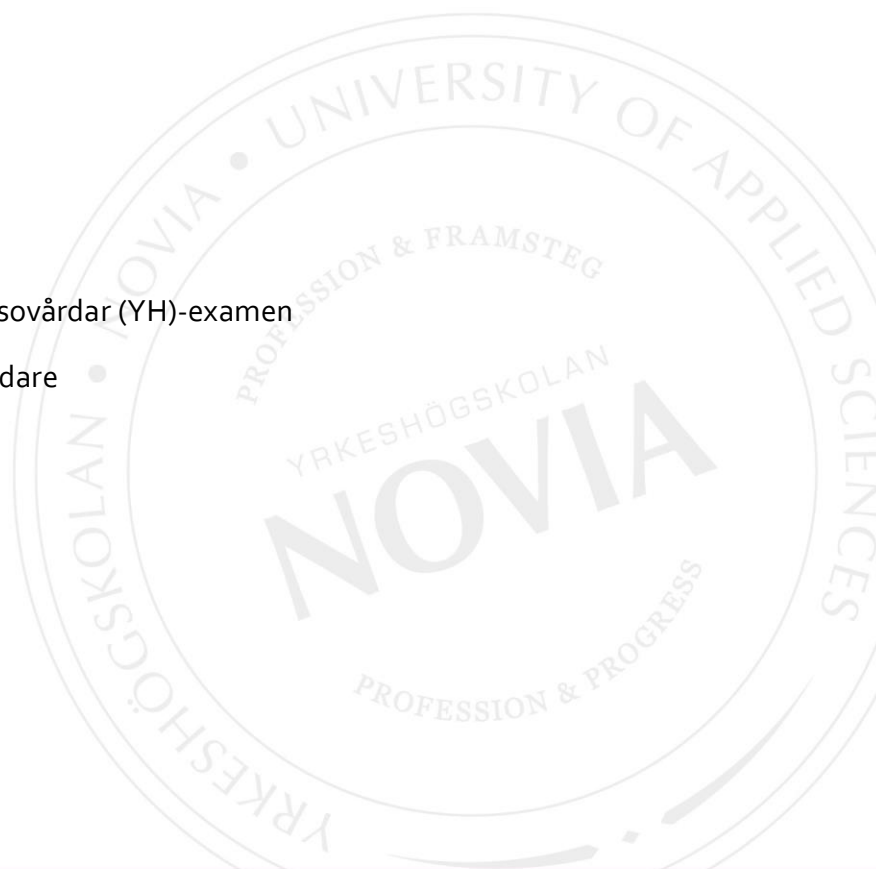
**Ett diskussionsunderlag för vårdare som kommer i kontakt
med personer med ätstörningsproblematik**

Simone Gustafsson

Utvecklingsarbete för Hälsovårdar (YH)-examen

Utbildningen för Hälsovårdare

Vasa 2021



UTVECKLINGSARBETE

Författare: Simone Gustafsson
Utbildning och ort: Hälsovårdare, Vasa
Handledare: Marie Hjortell

Titel: Att samtala om ätstörningar - Ett diskussionsunderlag för vårdare som kommer i kontakt med personer med ätstörningsproblematik

Datum: 26.04.2021

Sidantal: 43

Bilagor: 1

Sammanfattning

Detta utvecklingsarbete är en fortsättning på examensarbetet "Jag ville bara så förtvivlat gärna att någon skulle förstå hur sjuk hon var" - En kvalitativ studie om hur närstående till personer med en ätstörning beskriver ätstörningsvården i Finland'. Resultatet i examensarbetet visar hur närstående till personer med en ätstörning beskrivit och upplevt ätstörningsvården i Finland. Detta resultat visar att de upplevt att vården på vissa punkter varit bristfällig, samt att detta tidvis berott på okunskap hos vårdpersonalen. (Gustafsson, 2020).

Därav har syftet med detta utvecklingsarbete varit att utforma ett diskussionsunderlag för vårdare som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med en ätstörning. Målgruppen för diskussionsunderlaget är främst vårdare som inte i huvudsak arbetar med ätstörningar. Det är utformat för att vara ett stöd för vårdaren både i och utanför en samtalssituation.

Diskussionsunderlaget innehåller information om ätstörningar i allmänhet samt ger vårdaren stöd i att upptäcka en ätstörning, att ta ämnet till tals, att ha ett gott bemötande och att samtala om ämnet med hjälp av motiverande samtal. För att vara användbart har informationen i diskussionsunderlaget framställts på ett enkelt och koncist sätt.

Språk: Svenska

Nyckelord: Ätstörningar, vård, diskussionsunderlag

DEVELOPMENT PROJECT

Author: Simone Gustafsson
Degree Programme: Public Health Nursing, Vaasa
Supervisor: Marie Hjortell

Title: To discuss about eating disorders – A basis for discussion to support care providers encountering people with eating disorder issues

Date: 26.04.2021

Number of pages: 43

Appendices: 1

Abstract

This development project is a continuation of the Bachelor's Thesis "I desperately wanted someone to understand how sick she was" - A qualitative study on how relatives to people with an eating disorder describe the care of eating disorders in Finland'. The results from the Bachelor's Thesis show how relatives to people with an eating disorder describe and experience the care of eating disorders in Finland. The results show that the relatives have experienced the care as somewhat insufficient and that the insufficiency in some cases depended on the care provider's lack of knowledge. (Gustafsson, 2020).

Hence, the aim of this development project has been to design a basis for discussion to support care providers who encounter people with eating disorder issues in their work. The target group for the product is care providers who do not primarily work with eating disorders. The product is designed to support the care provider in the moment of a conversation as well as outside of it.

The basis for discussion contains information about eating disorders in general as well as supports the care provider in discovering eating disorders, broaching the topic, treating the patients well and discussing with the use of motivational interviewing. For the sake of practicality, the information in the product is presented briefly and concisely.

Language: Swedish

Key words: Eating disorder, care, basis for discussion

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte.....	2
3	Processbeskrivning	3
3.1	Behovet av ett diskussionsunderlag	3
3.2	Diskussionsunderlagets innehåll	4
3.3	Planering och praktiskt genomförande av diskussionsunderlaget	5
4	Bakgrund	7
4.1	Ätstörningar	7
4.2	Resultatet i examensarbetet.....	8
4.3	Vården av ätstörningar	10
4.4	Att samtala med hjälp av motiverande samtal	12
5	Produkten.....	17
6	Kritisk granskning av produkten samt diskussion	18
7	Källförteckning	21

Bilaga 1

1 Inledning

Detta utvecklingsarbete är en fortsättning på examensarbetet ' "Jag ville bara så förtvivlat gärna att någon skulle förstå hur sjuk hon var" - En kvalitativ studie om hur närstående till personer med en ätstörning beskriver ätstörningsvården i Finland '. Resultatet från detta examensarbete visar hur närstående till personer med en ätstörning har beskrivit ätstörningsvården i Finland. Detta resultat visar att närstående upplevt att vårdens uppbyggnad och de vårdmetoder som använts har varit olämpliga för att vårda ätstörningar. Resultatet från examensarbetet visar också att vården tidvis har varit otillräcklig. Vårdpersonalens bemötande gentemot de närstående och de insjuknade har beskrivits i både positiva och negativa ordalag. (Gustafsson, 2020). Många av de brister som beskrivits har i nuläget åtgärdats, men likväl finns det fortfarande lärodomar att dra av de närståendes upplevelser.

Examensarbetets resultat visar att en stor grundorsak till den bristande vården har varit att vårdarna haft bristande kunskaper om ätstörningar. På grund av den karaktär en ätstörning har kan det vara en verklig utmaning för en vårdare att veta hur den skall hanteras. (ibid.). Det skulle alltså finnas ett behov av information som skulle vara baserad på god evidens samtidigt som det behövs tydliga riktlinjer som är lätta att tillämpa i praktiken. Eftersom det finns ett sådant behov består detta utvecklingsarbete av ett diskussionsunderlag som riktar sig till vårdare. Diskussionsunderlaget utgår från den kunskap som erhållits i examensarbetet samt från forskning om hur man kan samtala om detta ämne med en person med denna problematik.

Forskning har visat att det är viktigt att vården av en ätstörning börjar i god tid för att den skall lyckas (Syömishäiriöt: Käypä hoito - suositus, 2014). Därför finns det ett starkt behov av att de vårdare som först upptäcker en ätstörning skulle få ett hjälpmedel för att kunna vårda den. En sådan vårdare kan exempelvis vara en skolhälsovårdare eller en hälsovårdare på en mödrarådgivning. Det är också ofta dessa vårdare som inte har tillräckligt med kunskap om ätstörningar (Gustafsson, 2020). Detta diskussionsunderlag kommer alltså främst rikta sig till vårdare som inte i huvudsak arbetar med ätstörningar.

2 Syfte

Syftet med detta utvecklingsarbete är att ge vårdaren som kommer i kontakt med personer med ett stort ätbeteende ett enkelt verktyg för att samtala med dem och motivera dem till fortsatt vård. För att kunna göra detta behöver vårdaren ha ingående kunskap om ätstörningar, och syftet är således också att öka kunskapen kring ätstörningar hos vårdpersonal. Ett diskussionsunderlag som kan användas både innan och under ett samtal utvecklas för att uppnå syftet. Produkten riktar sig främst till personer som inte i huvudsak arbetar med ätstörningar.

3 Processbeskrivning

Nedan framställs behovet av produkten samt vad den består av. Planeringen och det praktiska genomförandet av diskussionsunderlaget redogörs också för.

3.1 Behovet av ett diskussionsunderlag

Examensarbetets resultat visar att en stor orsak till att vården varit bristfällig har berott på vårdarnas okunskap kring ämnet. Denna okunskap har gjort att man förbisett viktiga symtom och att en felaktig eller otillräcklig vård getts på grund av detta. Okunskap har också orsakat att en del personer inte alls fått vård, eller att den påbörjats mycket sent, eftersom man inte upptäckt vårdbehovet tidigare. Vården har inte alltid tagit tillräckligt stort ansvar, vilket också kan bero på okunskap. De närstående har också upplevt att en del vårdare väntat för länge med att kontakta specialiserad ätstörningsvård. (Gustafsson, 2020).

Examensarbetets resultat visar också att en stor del av okunskapen har handlat om hur man ska bemöta och vårda den insjuknade. Det har funnits tillfällen då tillfrisknandet till och med motarbetats på grund av detta. Resultatet visar att det funnits okunskap kring hur mycket stöd närstående behöver, och att dessa också blivit bemötta med oförståelse och en negativ syn på deras engagemang. (ibid.). Enligt examensarbetets resultat finns det alltså hos vårdare ett behov av mera kunskap om både ätstörningar och om hur man i praktiken kan främja tillfrisknandet.

Det finns redan en del material riktat till vårdpersonal om ämnet. Exempelvis har ätstörningsförbundet gett ut en broschyr kallad *Kohtaamisopas* (Hasan, Lehtonen, Mikkilä, Näräkkä & Pitkänen, 2018) som ger råd om hur man kan bemöta och förstå någon med ätstörningsproblematik. Denna broschyr finns dock endast på finska och är inte menad att använda i en samtalssituation. Det skulle alltså fortfarande finnas ett behov av material på svenska som är enkelt att använda. Detta diskussionsunderlag är menat att komplettera redan befintligt material om ämnet.

3.2 Diskussionsunderlagets innehåll

Primärhälsovårdens ansvar består vid vården av ätstörningar bland annat av att upptäcka dem som är i behov av hjälp, av att ta ämnet till tals, av att ge stöd, av att följa upp tillståndet, av att vårda lindriga ätstörningar och av att vid behov motivera till fortsatt vård (Syömishäiriöt: Käypä hoito - suositus, 2014; Kynsilehto, Kääriäinen & Ruotsalainen, 2018, s. 54). Diskussionsunderlaget borde alltså stöda vårdaren i detta.

För att utreda vilka av dessa uppgifter vårdaren behöver mera stöd i samt för att göra produkten användbar har behovet av vad den borde bestå av kartlagts. Eftersom produkten till stor del riktar sig till hälsovårdare har detta diskuterats med en skolhälsovårdare. Det tillfrågades vad vårdare behöver mera kunskap om kring ätstörningar, vad som känns utmanande med att vårda personer med ätstörningsproblematik och vilken hjälp man skulle vilja få om hur man kan samtala med dessa personer. Skolhälsovårdaren uppgav att det skulle behövas mera kunskap om hur man kan få personen att förstå att hen behöver hjälp. Eftersom sjukdomen är ett uttryck för psykiskt illamående upplevde skolhälsovårdaren att detta kan vara mycket svårt. Den största utmaningen ansågs vara att hos personen skapa självinsikt och acceptans om sitt illamående. Även att upptäcka alla ätstörningar upplevdes som svårt, eftersom det finns en stor variation i hur de kommer till uttryck. Sådana förslag som hur man kan ta ämnet till tals och hur man kan motivera personen till att ta emot hjälp upplevdes som behövliga. Skolhälsovårdaren ansåg också att det kunde vara bra att inkludera hänvisningar till webbplatser ifall personen vill ha mera information och stöd, samt kontaktuppgifter till någon form av stödlinje.

Diskussionsunderlaget utformas för att möta dessa behov. Det skall ge vårdaren stöd i att upptäcka ätstörningar, att ta ämnet till tals med personen, att hjälpa personen att få sjukdomsinsikt samt att motivera denne till vården, och även konkreta samtalsförslag inkluderas. Diskussionsunderlaget tar även upp när man behöver kontakta specialiserad ätstörningsvård, eftersom det enligt examensarbetets resultat tidvis har dröjt för länge innan man tagit denna kontakt (Gustafsson, 2020). Genom diskussionsunderlaget kan också information förmedlas åt personen som har ätstörningsproblematiken, samt ytterligare läsning förmedlas åt hälsovårdaren.

För att ge vårdaren hjälp i att samtala med den insjuknade samt motivera denne till vården inkluderas metoden motiverande samtal i diskussionsunderlaget. Motiverande samtal är en samtalsmetod som används vid många typer av problem i exempelvis skolhälsovården. Metoden är inte en behandlingsmetod för ätstörningar, men den kan användas innan en behandling för att motivera till den, under en behandling för att undvika avhopp och efter en behandling för att få personen att använda sig av de strategier och verktyg som lärdes ut under behandlingen. (Ortiz, 2014, s. 11). Eftersom dessa är några av primärhälsovårdens främsta uppgifter vid vården av en ätstörning anses metoden vara lämplig att inkludera i diskussionsunderlaget. Att teorin är enkel att förstå (Ortiz, 2014, s. 39) samt att en del hälsovårdare kan vara vana vid att använda metoden från tidigare talar också för användningen av den. I diskussionsunderlaget kommer metoden förtydligas med hjälp av grafiska inslag.

3.3 Planering och praktiskt genomförande av diskussionsunderlaget

Vid utformandet av ett diskussionsunderlag används visuell kommunikation. Det innebär att en sändare når fram till en mottagare med hjälp av en budbärare, det vill säga att skribenten når fram till hälsovårdaren med hjälp av diskussionsunderlaget. Vid visuell kommunikation är text, bild, film, form och färg avgörande. (Bergström, 2016, s. 36). Det första man bör göra vid utformandet av en text är att ta reda på vem som skall läsa den och varför (Forsberg, 2016, s. 13). Man bör bland annat beakta målgruppens kön, ålder, utbildning, inkomst, fritidssysselsättning, boendeform, boendeort och livsstil vid utformandet av en produkt (Bergström, 2016, s. 59). Produkten utformas med mottagaren, det vill säga hälsovårdaren, i åtanke.

Det är av betydelse hur produkten sammanställs. Sambandet mellan formen, det vill säga hur rubriker, fotografier, text och så vidare fördelas, samt innehållet, det vill säga informationen som förmedlas, bildar tillsammans budskapet. Formen hjälper mottagaren att hitta innehållet och innehållet hjälper mottagaren att förstå. (Bergström, 2016, s. 220, 221). För att teckensnittet skall passa in i sammanhanget bör textens budskap beaktas (Bergström, 2016, s.132).

För att försäkra sig om att budskapet når fram till personen används ett tydligt och enkelt språk. En sådan text skrivs bland annat genom att välja vanliga, konkreta ord, använda

verb och aktiva verb, använda läsarens egna ord, använda sambandsord samt genom att skriva korrekt. Informationen blir tydlig och läsarens intresse bibehålls när man använder sig av punktlistor och intresseväckande rubriker och mellanrubriker. Man kan göra läsaren delaktig genom att tilltala honom eller henne med *du* eller *ni*. Texten blir ofta svårtolkad då man försöker undvika personerna i den. (Forsberg, 2016, s. 17 – 20, 31).

Diskussionsunderlaget utformas i Microsoft Word för Microsoft 365. Ett lättläst teckensnitt används, och informationen presenteras kort och koncist för att diskussionsunderlaget skall vara enkelt att använda i en samtalssituation. Innan produkten utformas utforskas ämnet grundligt i tillförlitliga källor. Stoffet och innehållet byggs upp innan fokus läggs på form och layout. Diskussionsunderlagets layout byggs upp så att produkten blir lättanvänd, och grafiska element inkluderas endast om de understöder syftet. Det material som kan användas i en samtalssituation placeras lättillgängligt.

4 Bakgrund

I den teoretiska bakgrunden behandlas ätstörningar och examensarbetets resultat. Hur man kan upptäcka en ätstörning, ta ämnet till tals samt hur man bör bemöta en patient behandlas också. I bakgrunden behandlas även hur man på ett motiverande sätt kan samtala med en person med ett stort ätbeteende.

4.1 Ätstörningar

En ätstörning är en sjukdom där tankevärlden styr ätandet och en persons förhållande till sin egen kropp. Det är alltså inte en sjukdom som definieras utgående från kroppsvikt eller ätande. Att ha eller inte ha kontroll över ätandet har däremot en betydelse; det blir ett sätt att hantera andra problem i livet och få en känsla av kontroll. (Syömishäirioliitto, u.å.). Gränsen mellan att ha ett stort ätbeteende och att ha en ätstörning är diffus. Man kan åtminstone sägas ha en ätstörning då den vardagliga funktionsförmågan, den sociala eller den fysiska hälsan tar skada. Ett stort ätbeteende är dock också skadligt för den psykiska och fysiska hälsan. En ätstörnings förlopp är mycket individuellt. Det är då personen vågar hantera sin ångest utan att ta till ätstörningssymtomen som ett tillfrisknande blir möjligt. (Hasan et. al., 2018, s. 7, 31, 32).

De vanligaste ätstörningarna är anorexia nervosa, bulimia nervosa och hetsätningsstörning (Institutet för hälsa och välfärd (THL), 2019). Om en person inte uppnår de diagnostiska kriterierna för anorexia nervosa erhålls diagnosen atypisk anorexia nervosa. Om alla diagnostiska kriterier för bulimia nervosa inte uppfylls blir diagnosen bulimia nervosa med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet. Om en person inte uppfyller kriterierna för hetsätningsstörning erhålls diagnosen hetsätningsstörning med låg frekvens och/eller begränsad duration. Dessa sistnämnda diagnoser kan innebära precis lika mycket lidande för en patient som de andra ätstörningsdiagnoserna gör. (Wallin, Sandeberg, Nilsson & Linne, 2015, s. 33).

Anorexia nervosa är en sjukdom som kommer smygande, och den kan exempelvis börja med försök till att leva hälsosammare, vilket senare leder till en viljemässig bantning. Sjukdomsbilden karakteriseras av att personens tankar upptas av mat, vikt och kroppsutseende. Försök att kompensera för de måltider man ätit och tvångsmässig, överdriven fysisk aktivitet förekommer också. (Wallin et. al., 2015, s. 29). Personen får en

felvriden kroppsuppfattning och önskar sig ha en vikt under sin nuvarande vikt (Syömishäiriöt: Käypä hoito - suositus, 2014.) Självkänslan blir för personen direkt länkad till hur hon eller han klarar av att kontrollera sitt ätande och sin vikt. Detta innebär alltså att självkänslan ökar och att personen känner sig nöjd med sig själv då hen klarar av att avstå från mat trots hunger. Sjukdomen inbegriper många allvarliga fysiska symtom såväl som många psykiska och sociala problem. (Wallin et. al., 2015, s. 29 - 31).

Även vid bulimia nervosa upptas personens tankar av mat, vikt och kroppsutseende. Rädslan för att gå upp i vikt styr, såsom vid anorexi, bulimikerns liv och självkänsla. Däremot brister kontrollen över matintaget emellanåt hos en person med bulimi, och personen vräker då i sig stora mängder mat på en kort tid. Hetsätningen upplevs nästan alltid som ett misslyckande, och för många följer en intensiv ångest. Denna ångest gör att personen känner sig tvungen att göra sig av med maten exempelvis genom att kräkas eller genom att använda laxermedel. Detta förlopp kan ske allt från några gånger i veckan upp till flera gånger dagligen. Självbilden blir för personen ofta negativ eftersom självkänslan även vid bulimi är kopplad till hur personen hanterar sitt matintag och sin vikt. Personen kan känna ett stort misslyckande, och depression är vanligt förekommande hos bulimiker. Allvarliga fysiska konsekvenser uppkommer också, trots att de sällan är lika svåra som vid anorexi. (Wallin et. al., 2015, s. 32).

Vid hetsätningstörning kretsar tankarna också kring mat, vikt och kroppsutseende. Personen förlorar kontrollen över sitt matintag regelbundet och vräker då i sig stora mängder mat under en kort tid. Vid denna ätstörning kompenseras dock inte matintaget vilket leder till viktuppgång. En konsekvens av hetsätandet blir att personen ofta mår psykiskt dåligt. (Wallin et. al., 2015, s. 32, 33).

4.2 Resultatet i examensarbetet

I examensarbetet har två böcker skrivna av föräldrar till barn med en ätstörning analyserats. Böckerna har analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Resultatet från examensarbetet visar vilka brister som funnits inom vården och vilka behov närstående till personer med en ätstörning har. Examensarbetets resultat visar alltså vad som behöver betonas vid vården av de insjuknade och i samarbetet med närstående. (Gustafsson, 2020). De resultat som har betydelse för detta utvecklingsarbete är främst de

som gäller den enskilda vårdarens beteende. Dock kan vårdaren även utveckla sitt eget vårdande genom att få insikt om de brister närstående beskrivit kring exempelvis hur sjukvårdssystemet är uppbyggt.

Examensarbetets resultat består av tre kategorier och nio underkategorier. Den första kategorin, lämpligheten hos vården, har tre underkategorier. Dessa är de diagnostiska kriteriernas påverkan på tillfrisknandet, vårdens uppbyggnad och lämpligheten hos vårdmetoderna. Resultatet visar att de närstående har upplevt att de diagnostiska kriterierna gjort att en del med ätstörningar känt sig förbisedda eller trott att de inte varit tillräckligt sjuka. De har också ansett att vården av en ätstörning behöver vara enhetlig och individuell. Vårdmetoderna bör enligt de närstående vara sådana att hjälp snabbt fås och att de närstående inte skuldbeläggs för sjukdomens uppkomst. (ibid.).

Den andra kategorin, tillräckligheten hos vården, har underkategorierna de diagnostiska kriteriernas påverkan på vårdens tillräcklighet, tillgängligheten hos vården, att ta ansvar samt kunskap om sjukdomen. De närstående har upplevt att vården inte fångat upp personer som har lindriga symtom eller som inte har några fysiska symtom, och att de diagnostiska kriterierna som använts bidragit till detta. De har också beskrivit att det funnits tillfällen då vården inte reagerat trots att det funnits ett vårdbehov. De närstående har ansett att det ofta dröjt för länge innan man påbörjat specialiserad ätstörningsvård. De har också önskat att de skulle få bli mer involverade, men tystnadsplikten har ibland hindrat detta. De närstående har önskat sig att vården skulle ta ansvar och att man skulle ha en plan för hur tillfrisknandet skall genomföras. Det har också beskrivits att en del vårdare haft bristande kunskap om ätstörningar. Detta har gjort att man förbisett viktiga symtom, eller att man till och med motarbetat tillfrisknandet med sina egna handlingar. (ibid.).

Den sista kategorin behandlar bemötandet, och denna kategori har underkategorierna att bemöta den insjuknade och att bemöta närstående. Då det gäller att bemöta den insjuknade har förståelse, omtanke och respekt uppskattats. Även de närstående har behövt mera förståelse, och de har önskat att vårdare skulle ha en positiv syn på deras engagemang. De närstående har haft ett stort behov av stöd, och det har inte alltid tillgodosetts tillräckligt. (ibid.).

4.3 Vården av ätstörningar

Vid vården av en ätstörning är en förtroendefull relation mellan parterna själva grunden till att en förändring skall åstadkommas. Det kan dröja länge innan en sådan upprättats. Ätstörningen kan få den insjuknade att uppfatta sådant som gäller dem själva negativt, och personen kan också vara mycket känslig för icke-verbal kommunikation. (Hasan et. al., 2018, s. 13). Ett ständigt motivationsarbete kan också krävas, eftersom patientens ambivalens och låga motivation kan finnas med under en lång tid. Vårdaren behöver visa mycket tålamod, respekt och förståelse samt förmedla hopp och trygghet. (Wallin et. al., 2015, s. 58).

Eftersom en ätstörning kännetecknas av tankar, känslor och beteenden, inte av kroppsvikt eller utseende, kan det vara en utmaning att upptäcka den (Hasan et. al., 2018, s. 13). En tidig upptäckt och ett tidigt ingripande kan dock förkorta sjukdomstiden och förbättra prognosen av en ätstörning (Syömishäiriöt: Käypä hoito - suositus). Riskfaktorer för att få en ätstörning är bland annat bantning, dålig självkänsla, depression och ätstörningar inom familjen. Varningssignaler och symtom man bör vara uppmärksam på är bland annat ett kontinuerligt fokuserande på viktnedgång, mat och motion, en förvrängd kroppsbild, viktnedgång som personen i fråga inte själv är oroad för, amenorré, nedstämdhet, isolering, tvångsmässig eller överdriven träning samt att personen blir stressad om det inte är möjligt att motionera. (Alenius & Salonen, 2014). I en forskning om skol- och studerandehälsovårdarens upplevelser av att upptäcka och vårda ätstörningar (Kynsilehto et. al., 2018) har hälsovårdare uppgett att ätstörningar bland annat kan upptäckas genom att samtala om matvanor och motion med varje ungdom vid deras hälsogranskningar. En ätstörning kan också upptäckas genom de mätningar som görs vid hälsogranskningarna. (s. 58, 59).

Hälsovårdare upptäcker sällan ätstörningar utan något bedömningsinstrument, och användningen av sådana är således en viktig del av arbetet med att upptäcka ätstörningar (Kynsilehto et. al., 2018, s. 63). Screeningsverktyget SCOFF (S = sick, C = control, O = one stone, F = fat, F = food) är välfungerande inom primärhälsovården. Det används för att upptäcka dem som eventuellt har en ätstörning, och det består av 5 frågor. Användningen av det är enkelt och snabbt. Fråga nummer 3 i verktyget är dock ej tillämpligt på barn i tillväxtåldern, utan förändringar i tillväxten bör alltid undersökas separat. (Syömishäiriöt:

Käypä hoito - suositus, 2014). Screeningverkyget SCOFF återges i tabell 1. Ätstörningssymtom kan också upptäckas med hjälp av andra instrument, som exempelvis genom de blanketter som används i samband med omfattande hälsogranskningar. SCOFF-testet anses dock vara det mest lovande screeningsverkyget för ätstörningar i nuläget. Verkyget går att använda både muntligt och skriftligt. (Kynsilehto et. al., 2018, s. 56, 58).

Tabell 1. Screeningsverkyget SCOFF.
1) Gör du så att du kräks för att du känner dig obehagligt mätt?
2) Oroar du dig för att du har förlorat kontrollen över hur mycket du äter?
3) Har du nyligen gått ner mer än 6 kg inom loppet av 3 månader?
4) Tycker du att du är fet även när andra säger att du är för smal?
5) Skulle du säga att mat dominerar ditt liv?
Tolkning: 2 eller fler Ja-svar antyder på en trolig ätstörning

(Kunskapscentrum för ätstörningar, 2013).

På grund av ätstörningens natur lyfter den insjuknade sällan själv fram sin ätstörning, och därför är det viktigt att alltid aktivt fråga om saken vid minsta misstanke om ätstörningsproblematik. God medicinsk praxis-rekommendationerna föreslår att man kan göra detta genom att ställa några raka frågor. Inledningsvis kan man till exempel fråga: "Har du själv eller någon annan varit orolig över ditt ätande eller din vikt?". Det är bra att ställa öppna frågor. I bästa fall kan ett litet ingripande vara tillräckligt för att normalisera situationen och förhindra ett insjuknande (Syömishäiriöt: Käypä hoito - suositus, 2014). Man skall ingripa i problemet omedelbart, eftersom den insjuknade troligen inte själv är medveten om sitt problem (Psyportenförunga, u.å.) Man kan avdramatisera situationen genom att framhäva att man brukar ställa frågor om ätstörningar till alla man träffar i sitt arbete. Ett annat sätt att ta upp ämnet är att utgå från de symtom man uppfattat, exempelvis: "Jag har märkt att du ofta har ont i magen. Vad beror det på?". (Ortiz, 2014, s. 40, 41).

En del hälsovårdare har upplevt att det varit en utmaning att ta ämnet till tals. Särskilt om den unga förnekar eller förminskar problemet upplevs det vara utmanande. Att prata om vikt kan vara särskilt svårt. (Kynsilehto et. al., 2018, s. 59). Att prata om vikt är också mycket riskfyllt, men går inte helt att undvika. Man bör komma ihåg att vikten inte är ett mått på tillfrisknandet. Ångesten är i själva verket ofta som störst då vikten har förändrats mycket. Om man anser att personen tillfrisknat då vikten normaliserats lämnas personen i värsta fall ensam med sin ångest och förvrängda kroppsbild och inget tillfrisknande sker. Personen som vårdar behöver också själv ha ett sunt förhållningssätt till ätande, vikt och sin egen kropp. (Hasan et. al., 2018, s. 22, 23).

En viktig del av att ge en god vård är ett gott bemötande (Birgegård, 2017). Hur det första mötet med vårdaren upplevs påverkar också hur den fortsatta vården fungerar. Det är därför viktigt att på ett icke-fördömande sätt lyssna på personen. Om endast fördelarna med att upphöra med beteendet framhävs kommer personen troligen börja försvara sitt beteende, vilket försvårar fortsättningen. (Ortiz, 2014, s. 39). Ätstörningsförbundet har i sin broschyr *Kohtaamisopas* sammanställt några av de huvuddrag som ett gott bemötande borde bestå av. För att tilliten ska byggas upp är det viktigt att vårdaren har en önskan att förstå samt visar intresse för personen. Det är också viktigt att komma ihåg att se personen bakom sjukdomen. Att visa empati och att värdesätta personen är viktigt eftersom den som insjuknat i en ätstörning ofta själv har svårt att visa detta mot sig själv. Man kan förmedla hopp genom att fokusera på framtiden, på tiden då personen tillfrisknat, samt på det som är positivt för tillfället. (Hasan et. al., 2018, s. 19 - 21).

4.4 Att samtala med hjälp av motiverande samtal

Öppna frågor, att lyssna och att använda sig av motiverande samtal stärker den insjuknades trygghetskänsla, vilket är en förutsättning för att vården skall fungera. Att använda sig av hot kan te sig orsaka en förändring, men inget verkligt tillfrisknande sker om patienten inte har en inre motivation till att tillfriskna. (Hasan et. al., 2018, s. 25, 26).

Det grundläggande förhållningssättet vid användningen av Motiverande samtal, MI, består av fyra beteenden som präglar samtalsledarens bemötande. Dessa är samarbete, acceptans, välvilja och framkallande. Samarbete innebär att samtalsledaren ser på patienten som en jämlik och att patienten anses vara expert på sin situation. Acceptans

kommer till uttryck genom att samtalsledaren aktivt väljer att inte döma personen samt genom att respektera patientens autonomi. Välvilja innebär att prioritera och uppriktigt vilja patientens bästa, samt att låta sig beröras emotionellt. Framkallande består av att använda sig av patientens egna mål, behov och värderingar för att väcka personens egen motivation. (Ortiz, 2014, s. 20 - 23).

Motiverande samtal består även av några grundläggande kommunikationsfärdigheter och -verktyg, som kan användas för att visa intresse och ha ett utforskande och samarbetande sätt i samtalet. Dessa består av bekräftelser, öppna frågor, reflektioner och sammanfattningar. Att göra bekräftelser innebär att man uppmärksammar patientens styrkor och det som patienten gör. De stärker alliansen mellan samtalsledaren och patienten och gör att patienten känner sig sedd. De stärker också patientens självbild och hjälper patienten att våga tänka och prata om önskningar om förändring. Bekräftelser bör ges i *du*-form. Öppna frågor inbjuder patienten att berätta, i kontrast till slutna frågor som framkallar konkret information eller ett ja- eller nej-svar. Reflektioner används för att visa att man lyssnar aktivt och för att uppmuntra patienten att berätta mera om det som reflekterats. Enkla reflektioner är direkta återspeglingar av det patienten har sagt, medan komplexa reflektioner återspeglar den underliggande meningen eller känslan i det. Reflektioner ersätter frågor och uppfattas som mer empatiska än frågor. Sammanfattningar används när ett samtalsämne anses vara uttömt, och samtalsledaren väljer att i dessa betona det som hen vill förstärka. (Ortiz, 2014, s. 26 – 29).

Samtalets förlopp har vid MI fyra processer som efterföljer varandra. Samtalsledaren behöver dock visa flexibilitet och kan behöva återvända till en tidigare process om behovet uppstår. Den första processen är att engagera, vilken främst har som mål att skapa en allians mellan parterna och att bygga en relation. En meny för samtalet erbjuds och en agenda görs. Patientens motivation i förhållande till målet bedöms. Den andra processen är att fokusera, vilket innebär att man utreder och samtalar om vilken förändring som kan vara aktuell. Man kartlägger med patienten för- och nackdelar med en förändring jämfört med hur situationen är för tillfället, och ett målbeteende hittas. I detta skede kan motstånd uppstå, och det bör då hanteras. Den tredje processen är att framkalla, och den handlar om att man med olika verktyg framkallar förändringsprat. Motivationen kan stärkas genom att man hjälper patienten att sätta ord på fördelarna med att förändras. I detta skede behöver samtalsledaren också visa tilltro till att patienten kommer lyckas. Den

sista processen är att planera. I detta skede sammanfattar man efter att beslutet gjorts patientens orsaker till att göra förändringen. Processen avslutas med att göra upp en handlingsplan. (Ortiz, 2014, s. 30 - 33).

För att förhindra att motstånd uppstår i samtalet kan man använda sig av verktyget meny-agenda. En sådan kan användas för att hitta ett fokus för samtalet och prioritera i situationer då det finns många ämnen att samtala om. Patienten får då samtala först om det som motiverar mest att samtala om. (Ortiz, 2014, s. 53, 73). Risken för motstånd i samtalen minskar också om samtalsledaren anpassar samtalen efter hur förändringsbenägen patienten är. Ett sätt att göra detta är med hjälp av verktyget skalfrågor. Man kan be patienten ge en siffra mellan 0 och 10 på hur viktigt det är för patienten att göra något, hur stor tilltro patienten har till att klara av det och hur beredd patienten är att göra det. När patienten svarat på en skalfråga kan samtalsledaren fråga vad som fick personen att välja den siffran och inte en lägre siffra. Om patienten väljer en låg siffra kan man fråga vad som skulle behövas till för att siffran ska bli högre. Detta ger samtalsledaren möjlighet att hitta fokus för arbetet och det hjälper också patienten att stärka sin egen motivation. (Ortiz, 2014, s. 48, 49).

Det finns en risk för att motståndet förstärks då man ger information. För att undvika detta kan man använda sig av verktyget information i dialog i en situation då information måste ges. Det bygger på att både samtalsledaren och patienten skall få bidra med exempelvis sina kunskaper och värderingar. Man inleder med att be om lov att ge information. Därefter utforskar man vad patienten redan vet om ämnet. I det tredje steget ger man information om det patienten inte har kunskap om. Den skall ges på ett neutralt sätt, och man bör börja med att ge positiv information, som exempelvis fördelarna med en förändring. Till slut överlämnar man till patienten att dra slutsatser själv. (Ortiz, 2014, s. 65, 66).

Då patienten är osäker eller ambivalent inför en förändring kan man använda verktyget beslutsbalans. Det hjälper patienten att utforska sin ambivalens och komma förbi den. Verktöget kan också göra att man upptäcker hinder och hittar lösningar på upplevda nackdelar med en förändring. I det första steget frågar man patienten vad som är positivt med att fortsätta som hittills. I andra steget frågar man vad som är mindre bra med den nuvarande situationen. I det tredje steget kan man fråga vad som är mindre bra med att

förändra sig. I det fjärde steget frågar man vad som kan bli bättre vid en förändring. Det är patienten som skall uttrycka argumenten, men samtalsledaren kan hjälpa patienten att formulera sig med hjälp av reflektioner och sammanfattningar. Slutligen gör man en sammanfattning, och samtalsledaren lägger vikten vid det som talar för en förändring. Patienten inbjuds till att göra ett beslut och dra slutsatser. (Ortiz, 2014, s. 58).

När patienten uttrycker så kallat status quo-prat eller motståndsprat kan man reflektera det patienten säger. Då "rullar" man med motståndet. Man kan också betona patientens autonomi. Då patienten uttrycker felaktigheter är en naturlig reaktion att man vill rätta till dessa, men en sådan rättningsreflex måste hejdas eftersom den oftast endast befäster patientens motstånd. Det är också viktigt att undvika argumentation. (Ortiz, 2014, s. 70 - 74).

Fyra steg som kan användas vid motstånd eller när patienten inte är beredd att göra en förändring är att skapa dissonans, att utforska ambivalensen, att fånga upp och framkalla förändringsprat samt att göra en handlingsplan. Det första steget, att skapa dissonans, innebär att man gör patienten uppmärksam på skillnaden mellan hur situationen är och hur den borde vara. Detta kan man exempelvis göra genom att utforska för- och nackdelar med den nuvarande situationen och jämföra den med hur patienten vill att det skall vara. Att bli uppmärksam på denna skillnad kan väcka en längtan efter en förändring. Då patienten är redo kan man gå vidare till att utforska ambivalensen. I detta skede utforskar man patientens skäl till att förändra situationen och till att inte göra det, exempelvis med hjälp av verktyget beslutsbalans. I det tredje skedet utforskar man patientens grad av motivation till att göra en förändring, exempelvis med hjälp av skalfrågor. Att ställa följdfrågor till skalfrågorna ger utrymme för förändringsprat. Efter detta görs en sammanfattning som visar att samtalsledaren har förstått patientens situation, och därefter ställs en fråga som visar hur redo patienten är för en förändring, som till exempel: "Vad väcker det här för tankar hos dig?". Om patienten inte är redo för en förändring betonar man patientens autonomi och lämnar dörren öppen. Om patienten visar sig vara redo för en förändring kan man gå till det fjärde skedet och gör upp en handlingsplan. (Ortiz, 2014, s. 34 - 38).

Ett av målen vid användningen av MI är att patienten skall hitta sina egna argument för förändring, det vill säga att patienten skall uttrycka förändringsprat. Detta kan göras med

hjälp av öppna frågor, genom att skapa dissonans eller med verktyget skalfrågor. Då förändringsprat uppstår uppmärksammar och förstärker samtalsledaren det. Man vill att patienten skall få en inre motivation till att förändras. Vid genomförandet av en förändring är samtalsledaren bekräftande och stödjande, och bakslag anses tillhöra processen. (Ortiz, 2014, s. 76, 77).

5 Produkten

Av utvecklingsarbetet erhålls ett diskussionsunderlag (Bilaga 1).

6 Kritisk granskning av produkten samt diskussion

Syftet med utvecklingsarbetet har varit att skapa ett verktyg för vårdare som kommer i kontakt med personer med ätstörningsproblematik. Detta eftersom vården av ätstörningar enligt examensarbetet hade varit bristfällig (Gustafsson, 2020). Syftet har uppnåtts genom att skapa ett diskussionsunderlag. Förutom att produkten fyller ett behov som hade uppkommit i examensarbetets resultat kan man också se att examensarbetet påverkat vad som betonats och framhävts i den. Ett exempel på detta är uppmaningen att ta alla former av stört ätbeteende på allvar, vilket mycket tydligt var något vårdare inte alltid hade gjort enligt examensarbetets resultat (ibid.).

Syftet har också varit att produkten skall ge vårdare mera kunskap om ätstörningar samt att den ska gå att använda både i och utanför en samtalssituation. Syftet har hållits i åtanke både vid val av innehåll och vid utformandet av layout. Innehållet består därmed av information om ätstörningar, information om vården av ätstörningar samt av grundläggande information om motiverande samtal. Valet av innehåll har även baserats på de önskemål skolhälsovårdaren haft (3.1.) samt vad tillförlitlig litteratur framhåvt. Produktens trovärdighet har garanterats genom att endast inkludera material med god evidens. Innehållet har baserats på tillförlitliga källor såsom allmänna vårddirektiv, granskade artiklar och pålitliga föreningars material. Vid artikelsökningar har det strävats efter att beakta alla väsentliga artiklar.

Det har garanterats att diskussionsunderlaget fyller ett behov som finns samt att den har ett praktiskt värde genom att utgå från de behov skolhälsovårdaren såg. Den målgrupp diskussionsunderlaget riktar sig till är vårdare som inte i huvudsak arbetar med ätstörningar. Denna målgrupp har valts eftersom examensarbetets resultat visade att denna grupp ofta hade bristande kunskaper om ätstörningar (Gustafsson, 2020). Enligt Kynsilehto et. al. ger bland annat arbetserfarenhet vårdaren mera självssäkerhet i arbetet med ätstörningar (2018, s. 63). I praktiken kan alltså framför allt vårdare med liten eller ingen erfarenhet om att arbeta med ätstörningar ha användning av produkten, eftersom dessa kan vilja ha den trygghet ett diskussionsunderlag kan ge.

Innehållet i diskussionsunderlaget har anpassats enligt målgruppen. Exempelvis beskrivs både ätstörningssymtom och olika typer av ätstörningar mycket ytligt, eftersom man kan förvänta att en hälsovårdare har en del förkunskap om detta från tidigare. I stället har

fokus lagts på att inkludera det många har feluppfattningar om enligt examensarbetet, som till exempel att en ätstörning inte kan definieras utgående från kroppsvikt (Gustafsson, 2020). Ett annat mål har varit att få vårdaren att reflektera över sig egen inställning och sina egna attityder, och granskande frågor har således inkluderats. Valet av samtalsmetod har också gjorts utgående från målgruppen. För att garantera att innehållet i produkten ändå går att förstå har den korrekturlästs av skribentens familjemedlemmar. Eftersom det varit möjligt för personer utan vårdutbildning att förstå innehållet skulle en alternativ målgrupp för delar av produkten kunna vara närstående till en person med en ätstörning. Närstående kan ha stor nytta av exempelvis informationen om hur man bäst bemöter en person med en ätstörning.

Användbarheten och tydligheten anses ha uppfyllts med avseende på produkten i sin helhet. För att göra produkten användbar har många olika slag av exempel inkluderats. Av samma orsak har diskussionsunderlaget en innehållsförteckning samt en förteckning över sådant vårdaren kan behöva i en samtalssituation. För att produkten skall vara både användbar och tydlig har innehållet spridits ut på fler sidor än nödvändigt. Det som vill betonas har placerats synligt och med en större stil för tydlighetens skull. I den informationsruta som placerats inledningsvis har produktens syfte och användningsområde inkluderats för att budskapet skall vara tydligt för läsaren.

Bristerna gällande både användbarheten och tydligheten hittas framför allt i delen "Att samtala om ätstörningar med hjälp av motiverande samtal". Det har varit en utmaning att redogöra för en teoretisk metod så att den för läsaren skall vara tydlig och användbar i praktiken. En orsak till att detta varit en utmaning är att det har behövts en stor mängd material för att läsaren skall kunna förstå grunderna av MI. Dessutom är motiverande samtal i själva verket en samtalsmetod som man delvis lär sig genom kontinuerlig träning (Ortiz, 2014, s. 19). Om en vårdare vill lära sig att använda motiverande samtal räcker det alltså inte med den information som finns i diskussionsunderlaget. En annan utmaning har varit att få denna del av diskussionsunderlaget att vara enhetlig med de andra delarna.

Diskussionsunderlaget kan komma till nytta till exempel inom skolhälsovården, inom företagshälsovården eller vid mödrarådgivningar. Tanken är inte att man skall kunna använda det för att ge ätstörningsvård, men vårdaren kan ändå hjälpa en person att exempelvis få sjukdomsinsikt med hjälp av det. En risk med att vårdaren använder sig av

diskussionsunderlaget skulle kunna vara att vårdaren börjar förlita sig blint på det. Det är inte sagt att råden i diskussionsunderlaget är tillämpliga på alla patienter, eftersom varje ätstörnings förlopp är individuellt (Hasan et. al., 2018, s. 31). Att det är viktigt att se varje patient som en individ och att varje ätstörning har ett eget förlopp har betonats i diskussionsunderlaget för att förhindra detta.

Utöver den direkta nyttan diskussionsunderlaget bidrar med, kan det även ha en indirekt nytta. Att ett diskussionsunderlag om detta utformats för vårdare inom primärhälsovårdaren hjälper dem att inse att deras uppgift i vårdkedjan av en ätstörning har betydelse. Detta kan få dem att ta sin uppgift på större allvar och att aktivt tänka på sitt beteende och sin inställning. Det bör dock poängteras att diskussionsunderlaget även framhåller hur viktigt det är att ta kontakt med specialiserad ätstörningsvård i ett tidigt skede av sjukdomen så att patienten får den vård som behövs. Att den som är i behov av hjälp kan se att vårdaren använder ett diskussionsunderlag kan också hjälpa personen att förstå att vårdaren tar denne på allvar.

7 Källförteckning

Alenius H. & Salonen U. 2014. *Syömishäiriön riskitekijät ja oireet. Käypä hoito – suositus*. [Online]. <https://www.kaypahoito.fi/nix02111> [Hämtat: 21.01.2021].

Bergström, B. 2016. *Effektiv visuell kommunikation – Om nyheter, reklam, information och profilering i vår visuella kultur*. (10 uppl.) Stockholm: Carlssons bokförlag.

Birgegård, A. 2017. *Bemötande*. Kunskapscentrum för ätstörningar. [Online]. <https://www.atstorning.se/behandling-2/for-varbpersonall/bemotande/> [Hämtat: 03.12.2020].

Forsberg, J. 2016. *Tydliga texter – snabba skrivtips och språkråd*. (3 uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Gustafsson, S. 2020. *”Jag ville bara så förtvivlat gärna att någon skulle förstå hur sjuk hon var” - En kvalitativ studie om hur närstående till personer med en ätstörning beskriver ätstörningsvården i Finland*. Vasa: Opublicerat examensarbete för sjukskötarexamen (YH). Yrkeshögskolan Novia, Enheten för hälsa och välfärd.

Hasan A., Lehtonen A., Mikkilä K., Näräkkä R. & Pitkänen N., 2018. *Kohtaamisopas*. Kuopio: Syömishäiriöliitto - SYLI ry.

Kunskapscentrum för ätstörningar, 2013. *SCOFF*. [Online]. <https://www.atstorning.se/patient-anhorig-3/scoff/> [Hämtat: 26.11.2020].

Kynsilehto T., Kääriäinen M. & Ruotsalainen H., 2018. Terveystenhoitajien kokemuksia syömishäiriöiden varhaisesta puuttumisesta ja hoidosta koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. *Hoitotiede*. 30(1), s. 53 - 66.

Institutet för hälsa och välfärd (THL), 2019. *Ätstörningar*. [Online]. <https://thl.fi/sv/web/psykisk-halsa/psykisk-halsa/psykiska-storningar/atstorningar> [Hämtat: 21.10.2020].

Ortiz, L. 2014. *Motiverande samtal i arbete med ätstörningar*. Stockholm: Gothia Fortbildning AB.

Psykportenförunga, u.å. *Ätstörningar*. [Online].

https://www.mielenterveystalo.fi/sv/nuoret/tietoa_mielenterveydesta/nuorten_mielenterveysongelmat/Pages/syomishairiot.aspx [Hämtat: 12.11.2020].

Wallin U., Sandeberg A. M., Nilsson K. & Linne Y., 2015. *Ätstörningar – kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Gothia Fortbildning AB.

Syömishäiriöliitto, u.å. *Tietoa syömishäiriöistä*. [Online].

<https://syomishairioliitto.fi/tietoa-syomishairioista#usein-kysyttya> [Hämtat: 17.10.2020].

Syömishäiriöt: Käypä hoito - suositus, 2014. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys Ry:n asettama työryhmä. Helsingfors: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Online].

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus?id=hoi50101#R4> [Hämtat: 08.09.2020].



Att samtala om ätstörningar

Ett diskussionsunderlag för dig som i ditt arbete kommer
i kontakt med personer med ätstörningsproblematik

Simone Gustafsson

Utvecklingsarbete för Hälsovårdar (YH)-examen
Utbildningen för Hälsovårdare
Vasa 2021

Bästa vårdare!

Detta diskussionsunderlag riktar sig till dig som i ditt arbete kommer i kontakt med personer med ätstörningsproblematik, även om du inte i huvudsak arbetar med ätstörningar. Diskussionsunderlaget är utformat för att vara ett stöd för dig både i och utanför en samtalssituation. Det innehåller information om ätstörningar i allmänhet samt är menat att ge dig stöd i att upptäcka en ätstörning, att ta ämnet till tals, att ha ett gott bemötande och att samtala om ämnet.

Diskussionsunderlaget bygger på examensarbetet ”Jag ville bara så förtvivlat gärna att någon skulle förstå hur sjuk hon var” - En kvalitativ studie om hur närstående till personer med en ätstörning beskriver ätstörningsvården i Finland’ av Gustafsson (2020). Examensarbetets resultat pekar på vilka utvecklingsbehov som finns i ätstörningsvården enligt närstående till personer med en ätstörning. Exempelvis visar resultatet att många vårdare behöver mera kunskap om ätstörningar. Examensarbetets resultat upplyser oss också om vilka behov närstående har.

Innehåll:

- Sid 3 – 5: Ätstörningar.
- Sid 6 – 8: Vården av ätstörningar.
- Sid 9 – 18: Att samtala om ätstörningar med hjälp av motiverande samtal.
- Sid 19 – 21: Avslutande tips och ytterligare läsning.

I en samtalssituation kan du behöva:

- Screeningsverktyget SCOFF, s. 7.
- Ambivalenskors, s. 17.
- Skala 1 – 10, s. 18.
- Ytterligare information för patienten, s. 20.

Ätstörningar

Vad är en ätstörning?

En ätstörning är inte en sjukdom som definieras utgående från kroppsvikt eller ätande. Däremot är det en sjukdom där

- tankarna upptas av mat, vikt och kroppsutseende och där dessa styr ätandet
- den vardagliga funktionsförmågan, den sociala eller fysiska hälsan tar skada
- självkänslan påverkas av hur man kan kontrollera sitt ätande och sin vikt
- symtomen ger en känsla av kontroll och blir ett sätt att hantera exempelvis ångest eller problem
- kroppsbilden är förvrängd och personen är missnöjd med sin egen kropp.

Anser du att en persons vikt eller ätande visar hur sjuk eller frisk personen är?

Många har en stark ångest och starka ätstörningstankar långt innan de fått några synliga symtom.

Att vikten normaliserats är inte heller något mått på ett tillfrisknande. Ångesten är i själva verket ofta som störst då vikten förändrats mycket.

Hur tillfrisknar man från en ätstörning?

Det går att bli helt fri från en ätstörning. Ett tillfrisknande

- blir möjligt då personen vågar lära sig att hantera sin ångest på andra sätt än genom att ta till ätstörningssymtomen
- kan inte ske utan en inre motivation till att tillfriskna
- pågår länge efter att vikten normaliserats och de synliga symtomen försvunnit.

Vilka är symtomen på en ätstörning?

Även om symtomen är individuella, finns det några vanliga kännetecknande tankar, känslor och beteenden. Dessa är bland annat att patienten

- kontinuerligt fokuserar på viktnedgång, mat och motion
- tränar tvångsmässigt eller överdrivet, och blir stressad om det inte är möjligt att träna
- är nedstämd och isolerar sig
- känner sig nöjd av att hon eller han har gått ner i vikt, inte ätit eller tränat överdrivet mycket
- använder kompensatoriska beteenden som exempelvis kräkning.

Detta är inte en komplett lista. Fler symtom går att hitta i god medicinsk praxis-rekommendationerna (Alenius & Salonen, 2014).

Olika typer av ätstörningar

Anorexia nervosa

- Personens har stor kontroll över sitt ätande och är ofta mycket undernärld.

Bulimia nervosa

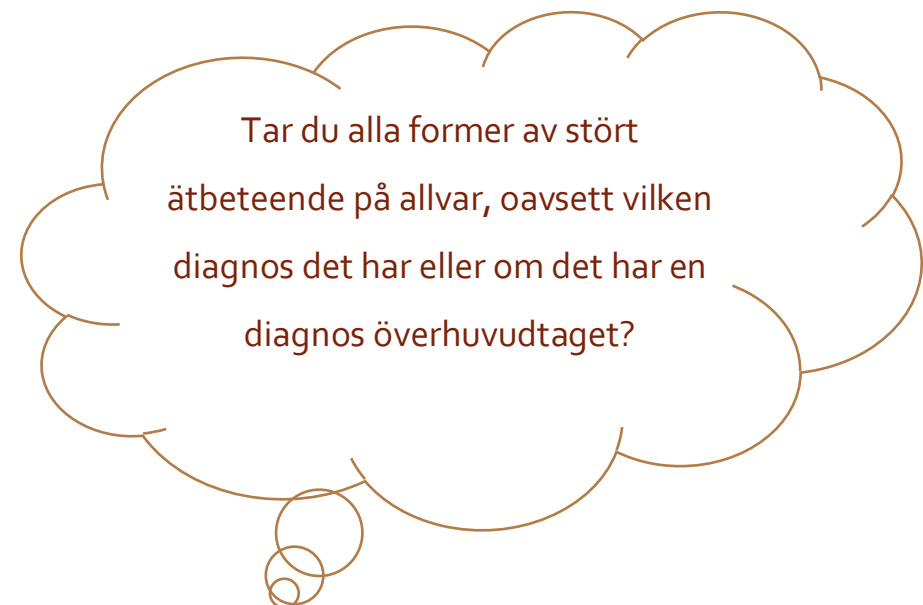
- Personens kontroll över ätandet brister emellanåt och då äter patienten stora mängder mat, vilket efterföljs av något kompensatoriskt beteende, som exempelvis kräkning.
- Har ofta mycket negativ självbild på grund av hetsätningen.

Hetsätningsstörning

- Personen hetsäter utan att ta till något kompensatoriskt beteende.

Om personen har symtom på en ätstörning, men de diagnostiska kriterierna för de olika diagnoserna inte uppfylls ges någon av dessa diagnoser:

- Atypisk anorexia nervosa
- Bulimia nervosa med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet
- Hetsätningsstörning med låg frekvens och/eller begränsad duration.



Vården av ätstörningar

Vården börjar inom primärhälsovården. Primärhälsovårdens uppgift består av att upptäcka ätstörningar, ta ämnet till tals, ge stöd, vårda lindriga ätstörningar, följa upp tillståndet och vid behov motivera till fortsatt vård. Om vikten sjunker hastigt eller om ingen förändring skett efter några besök bör specialsjukvården kontaktas.

En ätstörning är hela familjens sjukdom

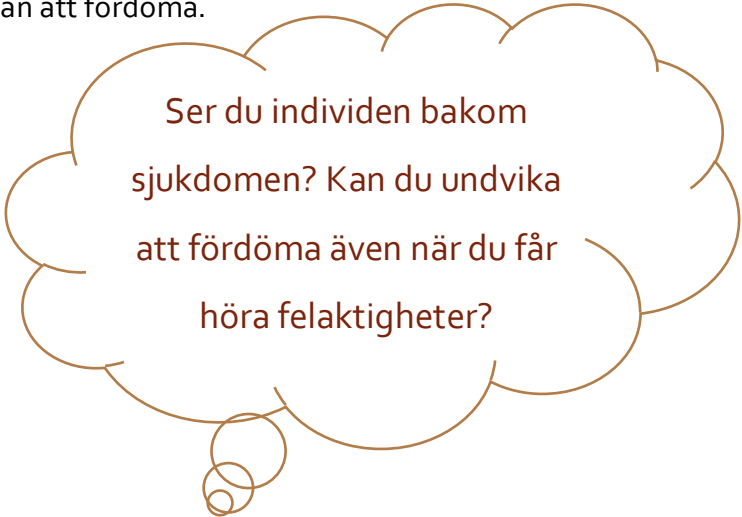
Det är viktigt att komma ihåg att uppmärksamma närstående. Förutom att de har information du kan ha nytta av, behöver även de, såsom patienten, stöd och vägledning.

Du kan tipsa närstående om Ätstörningsförbundets broschyr [För dig som har en närstående med en ätstörning](#).

Ett gott bemötande

Hur du bemöter personen är bland det viktigaste i vården av en ätstörning, och en god och förtroendefull relation mellan dig och den insjuknade är själva grunden till att en förändring ska ske. Du behöver:

- förmedla hopp, genom att fokusera på framtiden eller på det som är positivt för tillfället
- förmedla trygghet, genom att bland annat ställa öppna frågor
- visa intresse och ha en önskan att förstå
- värdesätta och se personen
- visa empati, tålmod och respekt
- lyssna utan att fördöma.



Ser du individen bakom sjukdomen? Kan du undvika att fördöma även när du får höra felaktigheter?

Hur upptäcker man en ätstörning?

Du kan upptäcka personer i behov av hjälp exempelvis genom att

- samtala om matvanor och motion med alla vid exempelvis hälsogranskningar
- granska de mätningar som görs vid hälsogranskningarna
- använda ett bedömningsinstrument, till exempel screeningsverktyget SCOFF.

Screeningsverktyget SCOFF (S = sick, C = control, O = one stone, F = fat, F = food) är ett verktyg med 5 frågor som används för att upptäcka dem som eventuellt har en ätstörning. Om patienten är ett barn eller en ungdom i tillväxtåldern bör du även kontrollera vikten i förhållande till tillväxten. Du kan ställa personen frågorna i verktyget eller låta personen fylla i dem själv.

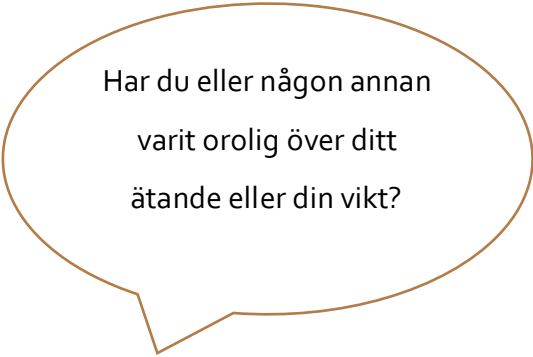
Screeningsverktyget SCOFF.
1) Gör du så att du kräks för att du känner dig obehagligt mätt?
2) Oroar du dig för att du har förlorat kontrollen över hur mycket du äter?
3) Har du nyligen gått ner mer än 6 kg inom loppet av 3 månader?
4) Tycker du att du är fet även när andra säger att du är för smal?
5) Skulle du säga att mat dominerar ditt liv?
Tolkning: 2 eller fler ja-svar kan tyda på en ätstörning

(Kunskapscentrum för ätstörningar, 2013).

Hur tar man upp ämnet?

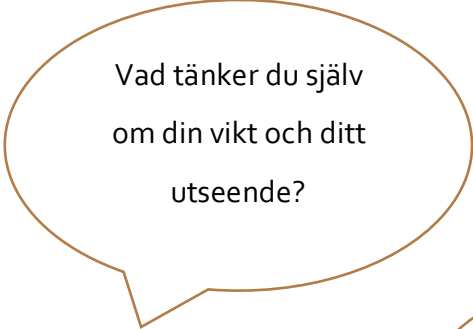
Om du har en minsta misstanke om att någon har ätstörningsproblematik är det viktigt att aktivt fråga upp om saken. Det är bra att göra detta så fort som möjligt. Ett sådant litet ingripande kan till och med vara tillräckligt för att förhindra ett insjuknande.

Du kan till exempel fråga:

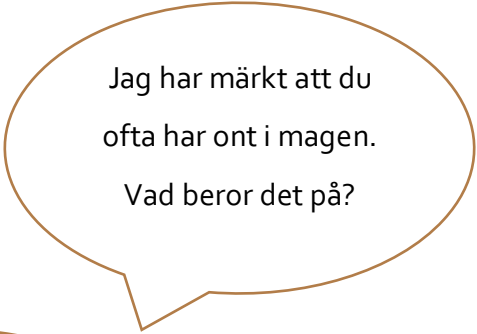


Har du eller någon annan varit orolig över ditt ätande eller din vikt?

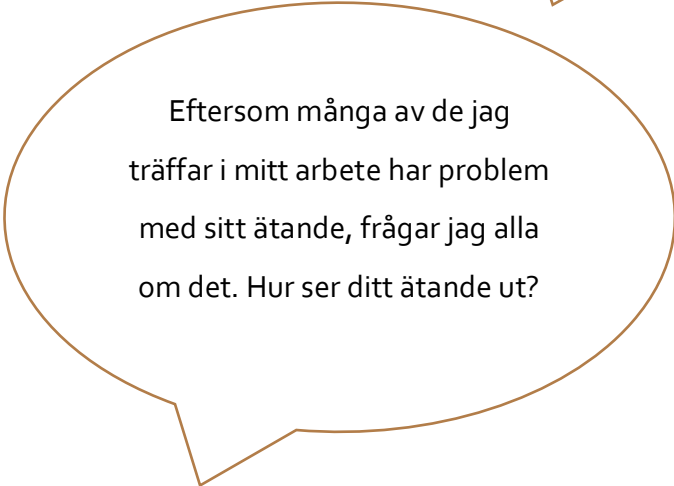
Det är även bra att ställa öppna frågor:



Vad tänker du själv om din vikt och ditt utseende?



Jag har märkt att du ofta har ont i magen. Vad beror det på?



Eftersom många av de jag träffar i mitt arbete har problem med sitt ätande, frågar jag alla om det. Hur ser ditt ätande ut?

Att samtala om ätstörningar med hjälp av motiverande samtal

Motiverande samtal (MI) är en samtalsmetod som du kan använda för att bland annat hjälpa en person att få sjukdomsinsikt eller att bli motiverad till att påbörja en viss behandling. MI är däremot inte en behandlingsmetod i sig.

I samtalet är ett av målen att din patient ska hitta sina egna argument för en förändring, det vill säga uttrycka förändringsprat. När patienten uttrycker sådant uppmärksammar och förstärker man det. Motiverande samtal bygger på att patienten ska få en inre motivation till att förändras.

Grundläggande förhållningssätt

Som samtalsledare borde ditt bemötande bestå av dessa fyra beteenden.

Samarbete Du ser på patienten som en jämlik och anser att patienten är expert på sin situation.	Acceptans Du väljer att inte döma och respekterar patientens autonomi.
Välvilja Du prioriterar och vill uppriktigt patientens bästa, och låter dig beröras emotionellt.	Framkallande Du väcker motivation hos patienten genom att stödja dig på hans eller hennes egna mål, behov och värderingar.

Kommunikationsfärdigheter och -verktyg

Bekräftelser

- Innebär att man uppmärksammar patientens styrkor eller något som patienten har gjort eller tänker göra.
- Bör ges i du - form. I stället för att säga "Jag uppskattar att du gjort det här", kan du säga "Du är modig som tagit det här steget".
- Gör att patienten får en förbättrad självbild, känner sig sedd och får en stärkt allians till dig som samtalsledare.
- Gör att han eller hon vågar tänka och prata om förändring.

Öppna frågor

- Är frågor som inte är tänkta att besvaras med konkret information eller ett ja- eller nej-svar.
- Kan användas genom att exempelvis fråga: "Hur kom det sig att du började oroa dig för din vikt?", i stället för att fråga: "När slutade du äta?".
- Visar att du är intresserad av patienten.



Reflektioner

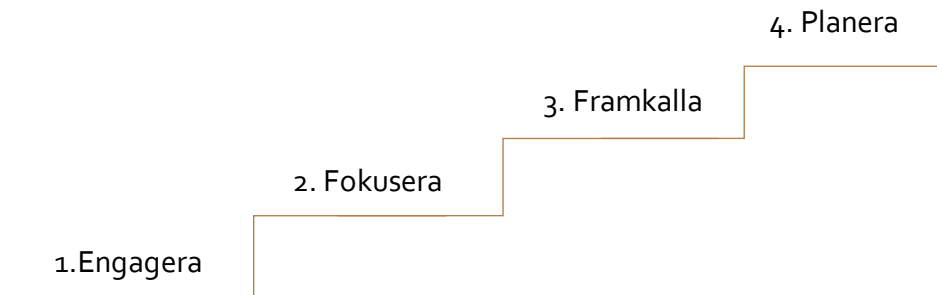
- Enkla reflektioner är direkta återspeglings av det patienten sagt.
- Komplexa reflektioner är återspeglings av den underliggande meningen eller känslan i det patienten sagt.
- Exempelvis om patienten säger: "Jag är så ensam", är en enkel reflektion: "Du är ensam", medan en komplex reflektion är: "Du saknar någon att prata med".
- Uppmuntrar patienten att berätta mera och visar att du lyssnar.
- Ersätter till stor del frågor och uppfattas som mer empatiska än frågor.
- Används för att styra samtalet genom att du reflekterar det du vill att patienten ska fortsätta prata om.

Sammanfattningar

- Är längre referat av det patienten sagt.
- Används när du anser att ett samtalsämne är uttömt och vill byta fokus.
- Används för att styra samtalet genom att du i sammanfattningen väljer att betona det som du vill förstärka.

Samtalets fyra processer

Det motiverande samtalet följer vanligtvis ett förlopp som består av fyra processer. Du behöver dock vara flexibel och kan behöva gå bakåt till en tidigare process om det behövs.



1. Engagera

- Målet är i detta skede att bygga en relation mellan dig och patienten och att skapa en allians.
- Gör tillsammans en agenda för samtalet.
- Använd öppna frågor och be om lov innan du påbörjar ett samtalsämne.
- Bedöm patientens motivation till att förändras.

2. Fokusera

- Utred och samtala om vilken förändring som kan vara aktuell.
- Kartlägg tillsammans för- och nackdelar med att inte förändras jämfört med att förändras.
- Betona patientens autonomi och använd verktyg som meny-agenda (s.15) och information i dialog (s.16).
- Hantera motstånd om sådant uppstår.

3. Framkalla

- Framkalla förändringsprat med hjälp av verktyg som exempelvis öppna frågor, beslutsbalans (s. 17) och skalfrågor (s.18).
- Förstärk förändringspratet med reflektioner och sammanfattningar.
- Visa att du har tilltro till att patienten kommer att lyckas med förändringen.

4. Planera

- Sammanfatta efter att patienten tagit beslutet patientens orsaker till att göra förändringen.
- Betona att det är patienten som gjort beslutet.
- Fråga vad patienten anser att är nästa steg.
- Gör upp en konkret handlingsplan.
- Normalisera misslyckanden och följ aktivt upp processen för att stärka motivationen.

När patienten uttrycker motstånd eller inte är redo för en förändring

1. Skapa dissonans

- Gör patienten uppmärksam på skillnaden mellan hur situationen är och hur patienten vill att den skall vara.
- Detta gör du genom att ni tillsammans utforskar för- och nackdelar med den nuvarande situationen.
- Utforska patientens värderingar med öppna frågor: "Vad är viktigast för dig i ditt liv?", och jämför dessa med situationen: "I vilken mån motsvarar ditt nuvarande sätt att äta det som är viktigast för dig i ditt liv?".

2. Utforska ambivalensen

- Utforska tillsammans skälen till att förändras och till att inte förändras, exempelvis med verktyget beslutsbalans (s. 17).

3. Fånga upp och förstärk förändringsprat

- Utforska och framkalla patientens motivation till att göra en förändring, exempelvis med skalfrågor (s. 18).
- Gör därefter en sammanfattning som visar att du förstår situationen.
- Ställ avslutningsvis en fråga som visar hur redo patienten är för en förändring, exempelvis: "Vad väcker det här för tankar hos dig?".
- Om patienten inte är redo för en förändring bör du visa att du betonar patientens autonomi och lämna dörren öppen genom att till exempel boka en ny tid.

4. Gör en handlingsplan

- Betona att patienten är expert på sin situation.
- Fråga exempelvis: "Vad blir nästa steg?", för att avgöra om patienten är redo att göra en handlingsplan.
- Ge endast information och råd ifall patienten har visat intresse för det.
- Ha patientens egna argument för förändring som utgångspunkter i handlingsplanen.

Användbara verktyg i motiverande samtal

Meny-agenda

När det finns många bekymmer att prata om kan ni behöva göra upp en meny-agenda tillsammans. En sådan görs på följande sätt:

1. Låt patienten räkna upp allt som bekymrar. Skriv upp allt på ett papper utan att gå djupare in på problemen. Du kan även själv inflika något som du anser att behöver behandlas.
2. Låt patienten i prioritetsordning välja några ämnen som ni kan samtala om, och spara de andra bekymren till ett annat tillfälle.

Risken för motstånd i samtalet minskar när patienten får samtala om det som motiverar mest.

Hantera motstånd

Då en patient uttrycker motstånd eller felaktigheter behöver du

- "rulla" med motståndet, genom att med sådant som reflektioner och öppna frågor visa respekt och bekräfta patientens känslor
- hejda rättningsreflexen, och i stället neutralt reflektera det patienten säger
- undvika argumentation, eftersom argumentation endast förstärker motståndet.

Ge information i dialog

Det finns en risk för att patienten börjar argumentera emot, det vill säga att motståndet förstärks, då du ger information. För att undvika detta i en situation då du måste ge information kan du använda dig av verktyget information i dialog. Verktyget bygger på att både du och patienten ska få bidra med till exempel kunskap och värderingar.

Information i dialog ges på detta sätt.

1. Be om lov innan du ger information: "Är det okej om jag berättar om vad vi kan göra för att hjälpa dig?".
2. Utforska vad patienten redan vet om ämnet: "Vad känner du till om vad vi kan erbjuda? Berätta!". Sammanfatta därefter det patienten berättat.
3. Ge information om det patienten inte har kunskap om. Ge informationen på ett neutralt sätt. Börja med positiv information, det vill säga fördelarna med en förändring.
4. Överlämna till patienten att dra slutsatserna. Patientens ska inte känna sig styrd mot en bestämd slutsats. Du kan exempelvis fråga: "Vad tänker du om det här?".

Beslutsbalans

Om patienten är osäker eller ambivalent inför en förändring kan ni använda verktyget beslutsbalans. Det hjälper patienten att utforska sin ambivalens och komma förbi den. Verktyget hjälper också patienten att upptäcka hinder och hitta lösningar på upplevda nackdelar med en förändring. Ni kan använda ett ambivalenskorset för att stegvis utforska situationen.

Det är patienten som skall uttrycka argumenten, men du kan hjälpa till med reflektioner och sammanfattningar. Efter att ni gått igenom ambivalenskorset kan du göra en sammanfattning där du betonar det som talar för en förändring. Du kan därefter fråga: "Vad tänker du om det här?", "Vad skulle kunna vara nästa steg?" och uppmuntra till ett beslut.

I en samtalssituation kan ni fylla i detta tillsammans:

Situation som den är nu	Förändring
Steg 1. Vad är det som är bra med att fortsätta som hittills?	Steg 4. Vad kan bli bättre vid en förändring?
Steg 2. Vad är mindre bra med situationen som den är nu?	Steg 3. Vad kan vara mindre bra om man förändrar sig?

Skalfrågor

Du kan använda skalfrågor då du vill få en uppfattning om patientens motivation och hitta vad du ska fokusera samtalet på. Risken för motstånd minskar då du kan anpassa samtalet till patientens motivation. Patienten kan också bli mera motiverad av att utforska sin egen motivation. Du kan ställa tre frågor om något som patienten behöver göra, exempelvis att ta kontakt med vården.

1. Hur viktigt är det för dig, som du själv ser på saken, att [*det patienten behöver göra*] på en skala från 1 - 10 där 0 står för Inte alls viktigt och 10 för Mycket viktigt?
2. Om du bestämmer dig, hur stor tilltro har du till att kunna [*det patienten behöver göra*]? Vilken siffra väljer du på skalan där 0 står för Inte alls säker och 10 för Mycket säker?
3. Hur beredd känner du dig nu att [*det patienten behöver göra*]? Var placerar du dig på skalan där 0 står för Inte alls beredd och 10 för Mycket beredd?

Du kan ställa följdfrågor till frågorna för att framkalla förändringsprat:

- Vad är det som gör att du inte väljer en lägre siffra?
- Vad skulle behöva hända för att du skulle välja en högre siffra?

I en samtalssituation kan du visa denna skala åt din patient:



Avslutande tips och ytterligare läsning

Att i arbetet orka hjälpa någon med ätstörningsproblematik

Det är inte fel att bli frustrerad eller känna att arbetet är tungt. Hur kan du hantera sådana känslor?

- Genom att skilja på person och sjukdom. Då blir det lättare att visa tolerans och ha tålamod i svåra situationer.
- Genom att ta hand om ditt eget välmående både privat och i arbetet. Du ska ha möjlighet att i arbetsgemenskapen prata om dina tankar och känslor.
- Genom att få handledning i arbetet. Det kan ge ny styrka och även vara ett sätt att utvecklas.

Ytterligare läsning för dig som vårdare

- Ätstörningsförbundets hemsida:
<https://syomishairioliitto.fi/pa-svenska>
- Ätstörningsförbundets broschyr *Kohtaamisopas* (på finska).
- God medicinsk praxis-rekommendationerna: Syömishäiriöt (på finska).
- Boken *Motiverande samtal i arbete med ätstörningar* av L. Ortiz
- Psykportenforunga.fi:
https://www.mielenterveystalo.fi/sv/nuoret/vanhemmille_ammattilaisille/tietoa_ammattilaisille/Pages/default.aspx

Mera information för den som behöver hjälp

- Ätstörningsförbundets broschyr Ätstörning. En sjukdom du kan tillfriskna från.
- Psykportenforunga.fi
- Egenvårdsprogrammet Bli fri från hetsätning på psykporten.fi.
- E-mailstöd via etelänsyli.fi.
- Stödtelefon: 02 251 9207 på måndagar
(<https://syomishairioliitto.fi/tukea-ja-toimintaa#tukipuhelin-ja-chat>).
- Dejurerande psykiatrisk sjukskötare Vasa: 06 213 2009
(https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/for_patienter/vard-och-undersokningar/akuten/psykiatriska-jouren/).

Källförteckning:

Alenius H. & Salonen U. 2014. *Syömishäiriön riskitekijät ja oireet*.

Käypä hoito – suositus. [Online].

<https://www.kaypahoito.fi/nix02111> [Hämtat: 21.01.2021].

Gustafsson, S. 2020. *"Jag ville bara så förtvivlat gärna att någon skulle förstå hur sjuk hon var" - En kvalitativ studie om hur närstående till personer med en ätstörning beskriver ätstörningsvården i Finland*.

Vasa: Opublicerat examensarbete för sjukskötarexamen (YH).

Yrkehögskolan Novia, Enheten för hälsa och välfärd.

Hasan A., Lehtonon A., Mikkilä K., Näräkkä R. & Pitkänen N., 2018. *Kohtaamisopas*. Kuopio: Syömishäiriöliitto - SYLI ry.

Kunskapscentrum för ätstörningar, 2013. *SCOFF*. [Online].
<https://www.atstorning.se/patient-anhorig-3/scoff/> [Hämtat: 26.11.2020].

Kynsilehto T., Kääriäinen M. & Ruotsalainen H., 2018.

Terveystenhoitajien kokemuksia syömishäiriöiden varhaisesta puuttumisesta ja hoidosta koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. *Hoitotiede*. 30(1), s. 53 - 66.

Ortiz, L. 2014. *Motiverande samtal i arbete med ätstörningar*.

Stockholm: Gothia Fortbildning AB.

Wallin U., Sandeberg A. M., Nilsson K. & Linne Y., 2015. *Ätstörningar – kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Gothia Fortbildning AB.

Syömishäiriöliitto, u.å. *För dig som har en närstående med en ätstörning*. [Online]. <https://syomishairioliitto.fi/wp-content/uploads/L%C3%A4heisen-esite-ruotsi-verkko.pdf> [Hämtat: 31.03.2021].

Syömishäiriöliitto, u.å. *Tietoa syömishäiriöistä*. [Online].
<https://syomishairioliitto.fi/tietoa-syomishairioista#usein-kysyttya> [Hämtat: 17.10.2020].

Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys Ry:n asettama työryhmä. Helsingfors: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Online].
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50101#R4> [Hämtat: 08.09.2020].