



Institutt for helse- og omsorgsfag

«Noen foreldre følger veiledning, andre gjør det helt motsatte.»

Familiebasert behandling i en sengepost for ungdommer med anoreksi. En kvalitativ studie av miljøterapeuters utfordringer når de veileder foreldre i forbindelse med måltidsituasjoner.

Ingvild Wasmuth Lundblad

Masteroppgave i helsefag, studieretning psykisk helse 3902 juni 2020

Forord

Da er en lang, krevende og lærerik reise over. Ønske om å ta en masterutdanning var i utgangspunktet vitebegjær. Etter mange år i klinisk praksis ønsket jeg i egenskap av min nåværende stilling som fagutvikler og lære mer om forskning og hvordan jeg kunne bruke forskningskunnskap i mitt daglige arbeide innenfor fagfeltet jeg jobber i. Jeg gleder meg til å ta med alt jeg har lært på «skolebenken» tilbake til en hektisk praktisk arbeidshverdag.

Det har vært utfordrende å skrive om utfordringer. På en måte ligger det implisitt i ordet *utfordringer* at noe kan være vanskelig, problematisk, et dilemma eller noe å bryne seg på. På den annen side gir også ordet *utfordring*, assosiasjoner til muligheter og løsninger, eller at man kan finne flere brikker i et puslespill. Jeg håper jeg har klart å bringe begge dimensjonene av ordet med inn i studien.

En særskilt takk til deltakerne som valgte å bli med i denne studien. Takk til hver og en av dere for å åpenhjertig dele hvilke erfaringer og utfordringer dere opplever i det daglige arbeidet sammen med foreldre som er i en hardt prøvet situasjon.

En inderlig takk til min dyktige, alltid imøtekommende og positive veileder professor Gunn Pettersen, for god veiledning med faglige innspill og trygg losing gjennom arbeidet med masteroppgaven. En særskilt takk for din forståelse for at livet kan handle om langt viktigere ting enn oppgaveskriving, også midt i prosessen med en masteroppgave.

Takk til gode kollegaer på min arbeidsplass for at dere har holdt ut meg og «slitenheta» mi, og for positiv support om at jeg skulle komme i mål, særlig når tvilen hos meg selv har vært gnagende. Jeg gleder meg nå til arbeidsdager med litt mer overskudd.

Takk til gode venner for pusterom med alltid hyggelig sosialt samvær.

Sist, men ikke minst en hjertevarm takk til «la familia», min nærmeste og mest trofaste heilagjeng, for positiv og oppløftende støtte om at jeg ville komme i mål til slutt, og for å stadig minne meg på: «No må du bli ferdig!». Nå er jeg endelig her og gleder meg til fritid sammen med dere.

Ingvild Wasmuth Lundblad

Tromsø Mai 2020

Sammendrag

Bakgrunn: En vesentlig del av behandling for ungdom med anorexia nervosa (anoreksi) er å sikre tilstrekkelig næringsinntak. Ved behandling i sengepost ved en spesialavdeling for spiseforstyrrelser, har miljøterapeuter tradisjonelt hatt hovedansvaret for gjennomføring av måltidene. I Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2017, -g) er familiebasert behandling gitt sterk anbefaling. Behandlingsmodellen Family-Based Treatment (FBT) er veletablert for poliklinisk behandling og støtter foreldre til å ta ansvar for å gjenopprette næringsinntaket for barnet sitt. Hovedprinsipper ved FBT benyttes i økende grad ved sengeposter som behandler ungdom med anoreksi. Det er gjort lite forskning på familiebasert behandling i sengepost, og vi har derfor begrenset innsikt i de erfaringer og utfordringer miljøterapeuter opplever ved denne tilnærmingen.

Hensikt og forskningsspørsmål: Hensikten med studien er å øke kunnskap om veiledning og samarbeid mellom miljøterapeuter og foreldre som har et barn innlagt for behandling av anoreksi. Forskningsspørsmålet er: Hvilke utfordringer erfarer miljøterapeuter når de har veiledning med foreldre i forbindelse med måltidsituasjoner?

Design og metode: Studien er kvalitativ, med empirisk materiale innhentet ved seks semistrukturerte intervjuer av miljøterapeuter. Analysen er inspirert av prinsippene for systematisk tekstkondensering.

Teori: Teoretisk tar studien utgangspunkt i: miljøterapi, familiebasert behandling etter prinsipper fra FBT og veiledningsteori. Videre benyttes perspektiver som belyser utfordringer ved FBT ved anoreksi: vedlikeholdende faktorer, herunder expressed emotions (EE), familiens re-organisering rundt spiseforstyrrelsen og etterlevelse av medisinske råd.

Resultater: Analysen førte til tre hovedgrupper som representerer resultatene: 1) Å nå fram til økt innsikt hos foreldre, 2) Å møte manglende forståelse hos foreldre og 3) Å være fleksibel under uklare rammer.

Konklusjon: Fra et miljøterapeutisk perspektiv ble flere utfordringer identifisert i bruk av FBT prinsipper i sengepostbehandling. Denne studien avdekker flere aspekter som er krevende, og videre studier bør fokusere på erfaringer fra flere perspektiv, for å få mer kunnskap om bruk av FBT prinsipper i behandling av anoreksi.

Nøkkelord

Family-Based Treatment (FBT), miljøterapeutisk behandling, miljøterapeuter, behandling i sengepost/spesialavdeling, ungdom/tenåring, anoreksi, måltidsveiledning, foreldre/omsorgspersoner/pårørende.

Abstract

Background: An essential part of treatment for adolescents with anorexia nervosa (anorexia) is to ensure adequate nutritional intake. When treating in a specialized inpatient eating disorder unit, milieu therapy staff have traditionally had the main responsibility for the execution of the meals. In the National Academic Guidelines for Early Detection, Investigation and Treatment of Eating Disorders (Directorate of Health, 2017, -g), family-based treatment is strongly recommended. The Family-Based Treatment (FBT) model, well established for outpatient treatment, supports parents to take responsibility for restoring nutritional intake for their child. The main principles of FBT are increasingly used in institutions that treat adolescents with anorexia. Little research has been done on family-based treatment in inpatient ward, and we therefore have limited insight into the experiences and challenges milieu therapy staff experience in this approach.

Purpose and research question: The purpose of the study is to increase knowledge about guidance and cooperation between milieu therapy staff and parents who have a child admitted for treatment of anorexia. The research question is: What challenges do milieu therapy staff experience when they perform guidance with parents in connection with meal situations?

Design and method: The study is qualitative, with empirical material obtained from six semi-structured interviews by milieu therapy staff. The analysis is inspired by the principles of systematic text condensation.

Theory: Theoretically, the study is based on milieu therapy, family-based treatment according to principles from FBT and guidance theory. In addition, perspectives that illustrate the challenges of FBT in anorexia are used: sustaining factors, including expressed emotions (EE), family reorganization around eating disorders, and compliance to medical advice.

Results: The analysis led to three main groups representing the results: 1) To increase parents insight 2) To handle parents' lack of understanding and 3) Flexibility in unclear conditions

Conclusion: Interviews of milieu therapy staff using FBT principles in inpatient setting revealed several challenges with the FBT principles. Studies, aiming on further perspectives from all involved parts in inpatient settings to increase knowledge regarding use of FBT principles in treatment of anorexia nervosa is needed.

Keywords:

Family-Based Treatment (FBT), milieu therapy, milieu therapy staff, inpatient/specialist treatment, youth/adolescent, anorexia nervosa, meal guidance, parents/caregiver/relatives.

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Sammendrag	3
Abstract	4
Innholdsfortegnelse	5
1 Innledning.....	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema	8
1.2 Introduksjon til studiens tema	8
1.3 Studiens forskningsspørsmål og hensikt	11
1.4 Studiens relevans og plassering.....	12
1.5 Oppbygging av oppgaven.....	12
2 Kunnskapsstatus og tidligere forskning	13
2.1 Datasøk.....	13
2.2 Kunnskapsstatus og forskning relevant for denne studien	14
2.2.1 Foreldreerfaringer.....	14
2.2.2 Family-Based Treatment (FBT)	15
2.2.3. Sengepost/døgneheter.....	18
2.3 Hva tilfører denne studien av kunnskap	21
2.3.1 Foreldreerfaringer.....	21
2.3.2 Family-Based Treatment (FBT)	22
2.3.3 Sengepost/døgneheter.....	22
3 Teoretiske innfallsvinkler.....	24
3.1 Miljøterapi	24
3.1.1 Miljøterapi i behandling av anoreksi rettet mot måltidsituasjoner.....	25
3.2 Family – Based Treatment (FBT)	26
3.3 Vedlikeholdene/opprettholdende faktorer for spiseforstyrrelsen	29
3.3.1 «The cognitive-interpersonal maintenance model of eating disorders».....	29
3.3.2 «Expressed emotions» (EE) (Uttrykte følelser)	30
3.4 Å etterleve/følge opp medisinske råd	32
3.5 Veiledning – Begrep og innhold	32
4 Metode.....	36
4.1 Ethiske hensyn og overveielser	36
4.1.1 Samtykke og rekruttering	36

4.1.2	Konfidensialitet	37
4.1.3	Konsekvenser	37
4.1.4	Forskerens rolle	38
4.2	Kvalitativ metode	39
4.3	Design.....	39
4.3.1	Fenomenologi og hermeneutikk	40
4.4	Forskernes rolle og ståsted	42
4.5	Utvalg	43
4.6	Rekruttering av deltakere	44
4.7	Presentasjon av deltakere i studien.....	45
4.8	Forberedelse til den empiriske delen av studien	45
4.8.1	Intervjuguide	45
4.8.2	Prøveintervju	46
4.9	Gjennomføring av intervju	47
4.9.1	Praktiske forhold vedrørende tilrettelegging og gjennomføring av intervjuene.	47
4.9.2	Intervjuenes forløp	47
4.10	Transkribering	49
4.11	Analyse.....	49
4.11.1	Analysetrinnene.....	50
5	Resultater.....	52
5.1	Kategori 1: Å nå fram til økt innsikt hos foreldre	52
5.1.1	Subgruppe 1: Å nå fram til foreldre med kunnskap og forståelse for sykdommen.	52
5.1.2	Subgruppe 2: Å få foreldre til å endre sin fremgangsmåte under måltidene.....	54
5.2	Kategori 2: Å møte manglende forståelse hos foreldre.....	57
5.2.1	Subgruppe 1: Å møte negative reaksjoner fra foreldre	57
5.2.2	Subgruppe 2: Å håndtere manglende foreldrerensponser	59
5.3	Kategori 3: Å være fleksibel under uklare rammer	61
5.3.1	Subgruppe 1: Å veilede foreldre når behandlingstilnærmingen er uklar	61
5.3.2	Subgruppe 2: Å veilede foreldre ved uforutsette situasjoner	63
6	Diskusjon.....	65
6.1	Å nå fram til økt innsikt hos foreldre	65
6.1.1	Å nå fram til foreldre med kunnskap og forståelse for sykdommen.	65
6.1.2	Å få foreldre til å endre sin fremgangsmåte	67
6.2	Å møte manglende forståelse hos foreldre	69
6.2.1	Å møte negative reaksjoner fra foreldre.....	69

6.2.2 Å håndtere manglende foreldrerrespons	70
6.3 Å være fleksibel under uklare rammer	72
6.3.1 Å veilede foreldre når behandlingstilnærmingen er uklar	72
6.3.2 Å veilede foreldre ved uforutsette situasjoner	73
7 Metodologiske vurderinger og refleksjoner	75
7.1 Gyldighet	75
7.2 Pålitelighet	76
7.3 Overførbarhet	77
8 Avslutning	79
8.1 Oppsummering	79
8.2 Implikasjoner for praksis	79
8.3 Videre forskning	80
9 Referanseliste	82
Vedlegg	89

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Med fagbakgrunn som barnevernspedagog har jeg over mange år jobbet med ungdom med spiseforstyrrelsen anoreksi, og deres foreldre. I løpet av min praksis har jeg erfart en vesentlig endring i behandlingstilnærming der man i økt grad involverer foreldre slik at de er aktive deltakere i tilfriskningsprosessen for barnet sitt. Tidligere var foreldres deltakelse i behandlingen konsentrert rundt møter og samtaler. De siste 10 årene har det imidlertid vært en endring i behandlingsfokus, som innebærer at foreldre blir innlagt i sengeposten sammen med barna sitt, og de har fått økt ansvar med hensyn til gjennomføring av måltider sammen med barnet sitt. For miljøterapeutene som arbeider i sengepost har dette medført endringer. Der det tidligere var en hovedoppgave å veilede og støtte ungdommene til å gjennomføre måltidene, er fokuset endret til å veilede og støtte foreldrene, slik at de kan hjelpe barna sine under måltidene. Utfordringer i veiledning av foreldre er i en praktisk arbeidshverdag et stadig tilbakevendende tema. Når anledningen kom for å fordype seg i en masteroppgave, så var det et ønske å analysere utfordringer i veiledning av foreldre, for å øke kunnskapen rundt denne tematikken.

1.2 Introduksjon til studiens tema

Et familiebasert behandlingsfokus, med samarbeid og involvering av de nærmeste pårørende til den som er syk, har sterk anbefaling i Nasjonal retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2017, -g). I Pakkeforløp for barn og unge med spiseforstyrrelser vises det til at i første fase av behandling, må familiens rolle for å hjelpe den unge til å bli bedre vektlegges. Herunder at det er nødvendig at foreldre tar ansvar for ungdommens måltider og ernærings situasjon (Helsedirektoratet, 2018).

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000, § 6, -b) viser også til at foreldre skal gis anledning til å medvirke i behandling der dette er praktisk mulig og forsvarlig ut fra medisinske vurderinger. For personell i spesialisthelsetjenesten, viser lovverket til en særlig plikt og ansvar for å gi opplæring til pårørende (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001, § 3-8).

Studier viser at pårørende til ungdom med anoreksi ønsker å bli involvert i behandling, og har behov for kunnskap, ferdighetstrening, støtte og veiledning for hvordan de skal håndtere måltidsituasjoner (Fox, Dean & Whittlesea, 2017; Kopec-Schrader, Marden, Rey, Touyz & Beumont, 1993). Man vet også at det å være pårørende til pasienter med spiseforstyrrelser,

medfører store belastninger og bekymringer. Mange pårørende opplever skyld og skam, har psykiske helseplager, og høye nivåer av «expressed emotions». Belastningene og bekymringene til pårørende, medfører ofte at de imøtekommer og tilpasser seg «krav» fra pasienten med spiseforstyrrelse. (D. Anastasiadou, Medina-Pradas, Sepulveda & Treasure, 2014; Fox et al., 2017; R. D. Rienecke, Accurso, Lock & Le Grange, 2016). Dette kan gi særlige utfordringer ved behandlingstilnærminger der foreldre skal være aktive deltakere.

Benevnelsen spiseforstyrrelser brukes om en gruppe psykiske lidelser med symptomer som handler om forholdet til mat, kropp og vekt (Helsedirektoratet, 2017, -a). Årsaken til at noen utvikler spiseforstyrrelser er sammensatt, og relateres til risiko- og sårbarhetsfaktorer hos det enkelte individ, og i den konteksten og de omgivelser som individet lever i (Helsedirektoratet, 2017, -c). De ulike faktorene kan forstås ut fra en inndeling i disponerende, utløsende og vedlikeholdende forhold (Helsedirektoratet, 2017, -c). Disponerende forhold viser til særskilte sårbarheter hos det enkelte individ, som i møte med utløsende forhold kan føre til at noen utvikler en spiseforstyrrelse. Disposisjoner kan være knyttet til genetikk, eller spesielle personlighetstrekk som lav selvfølelse, tvangspreget eller perfeksjonistisk atferd. Det kan også være belastende familieforhold, tapsopplevelser eller traumatiske hendelser, som mobbing og overgrep. Brytningsfaser i livet, som overgangen til ungdom – voksen, eller flytting og skolebytte kan også medføre økt sårbarhet. Det samme kan sosiokulturelle forhold, som slanking, overopptatthet av kropp, mat og utseende, for eksempel via sosiale media eller arenaer for sosial samhandling, familien, blant jevnaldrende eller på fritidsarenaer (Helsedirektoratet, 2017, -c). Utløsende forhold omhandler påkjenninger og stressfaktorer som gjør at noen personer med sårbarhetsfaktorer utvikler en spiseforstyrrelse. Således kan de overnevnte disponerende forholdene som gir økt sårbarhet for individet, også være en beskrivelse av forhold som kan være utløsende («triggere») for at noen utvikler en spiseforstyrrelse. Vedlikeholdende forhold er faktorer som er til hinder for, eller gjør det vanskeligere for den som har en spiseforstyrrelse å bli frisk (Helsedirektoratet, 2017, -c).

Kliniske symptomer og atferd knyttet til spiseforstyrrelsen anorexia nervosa (anoreksi) karakteriseres ved at den som er syk fremkaller og opprettholder et bevisst vekttap. Pasienten har et svært restriktivt matinntak, med særlig redsel for mat som oppfattes som fetende. Lidelsen kjennetegnes videre ved angst og redsel for vektøkning og et forstyrret kroppsbilde. Diagnosen atypisk anorexia nervosa benyttes dersom et eller flere av de mest sentrale kjennetegnene ikke er tilstede, men pasienten likevel har et ganske typisk klinisk symptom-bilde (Direktoratet for e-helse, 2018). Anoreksi inntreffer som oftest i ungdomstiden og

er om lag ti ganger hyppigere hos jenter enn hos gutter (Folkehelseinstituttet, 2009). For denne studien er konteksten, døgnbehandling for ungdom i aldersgruppen 13-18 år. I denne studien vil det norske ordet anoreksi bli benyttet, samt når betegnelsen sykdommen eller spiseforstyrrelsen brukes, så viser begge disse til anoreksi.

Tradisjonelt har behandling for barn og ungdom med spiseforstyrrelsen anoreksi, som har behov for døgnbehandling i sengepost, i mindre grad involvert foreldre i den daglige behandlingen rundt måltidsituasjonene (Murray et al., 2015). Måltider har vært gjennomført av den personalgruppen i sengepost som har sitt hovedarbeidsområde innenfor den miljøterapeutiske virksomheten. Hovedtyngden av studier ved døgnbehandling som omhandler miljøterapeuters erfaringer fra måltider og måltidsveiledning, dreier seg derfor om erfaringer fra å veilede ungdommer (Beukers, Berends, de Man-van Ginkel, van Elburg & van Meijel, 2015; Hage, Rø & Moen, 2015; Kells et al., 2013; Kells et al., 2017).

Den best dokumenterte behandlingstilnærmingen pr i dag for ungdom med anoreksi, der den medisinske tilstanden er stabil og sykdommens varighet er under 3 år (Couturier, Kimber & Szatmari, 2013), er Family-Based Treatment (FBT) (Lock, 2018). Behandlingstilnærmingen er manualbasert og utarbeidet for poliklinisk virksomhet (Lock & Le Grange, 2013), men bærende prinsipper for involvering av foreldre fra FBT benyttes også for pasienter som har behov for forsterkede behandlingstilnærminger. Slike behandlingstilnærminger kan være ulike intensive varianter av dagbehandling eller innleggelse i sengepost av kortere varighet (Richards, Subar, Touyz & Rhodes, 2018). Med det datasøket som ble gjennomført for denne studien, ble det funnet 3 studier som beskriver involvering av foreldre etter prinsipper fra FBT i sengepost (døgnbehandling), der behandling også innbefatter lengre opphold/innleggelsestid (Fjelkegård, von Hauswolff-Juhlin & Olsen, 2020; Halvorsen, Reas, Nilsen & Rø, 2017; Spettigue et al., 2019). Kontekst for denne studien samsvarer i stor grad med disse 3 studiene, der ungdom som var innlagt i sengeposten hadde en av sine foreldre til stede under behandling.

En nylig systematisk oversikt (Fisher, Skocic, Rutherford & Hetrick, 2019) viser at det er utilstrekkelig dokumentasjon for å si at noen familiebaserte behandlingstilnærminger virker bedre enn andre med hensyn til tilfriskning for pasienter med anoreksi. I mangel på evidens anbefales FBT (Fisher et al., 2019, s. 162).

Første fase i behandling av anoreksi er innrettet mot re-ernæring og å gjenopprette struktur med faste måltidsituasjoner. Det særlige fokuset på re-ernæring og vektoppgang er knyttet til

de alvorlige somatiske følgetilstandene ved sykdommen, som et resultat av at kroppen er i sult og nedbrytning. Ved langvarig undervekt risikerer ungdom med anoreksi irreversible helseskader, herunder vekstretardasjon, manglende pubertetsutvikling og benskjørhet (Helsedirektoratet, 2017, -d). Vektøkning er også en av de viktigste predikatorer for tilfriskning, og direkte forbundet med bedring av pasientens psykiske helse (Accurso, Ciao, Fitzsimmons-Craft, Lock & Le Grange, 2014; Garber et al., 2016; Lock et al., 2013).

Behandling for ungdom med anoreksi i en sengepost, utløser betydelig flere intervensjoner enn mat og måltider. Familier som blir innlagt ved en slik avdeling vil få et sammensatt behandlingstilbud fra en tverrfaglig personalgruppe, som psykiatere, psykologer, familierapeuter, ernæringsfysiologer, fysioterapeuter og miljøterapeuter. Den særskilte arbeidsoppgaven med å gjennomføre måltider, er utført av personell som har sine hovedoppgaver innenfor den miljøterapeutiske virksomheten.

Ved en familiebasert behandlingstilnærming er det et mål at foreldre ved støtte, opplæring og veiledning skal få kunnskap og ferdigheter, slik at de kan ta ansvar for at barnet får i seg tilstrekkelig næring. Utfordringer eller hindringer i denne opplærings- og veiledningsprosessen kan føre til at man ikke lykkes med behandlingen, og at sykdommen til ungdommen vedvarer. Prognosen for tilfriskning reduseres ved lengre sykdomstid, og det er derfor viktig så tidlig som mulig å få gitt god behandling (Treasure & Russell, 2011). Dersom sykdommen vedvarer, kan konsekvensene være alvorlige. Innenfor spekteret av spiseforstyrrelser er dødeligheten høyest blant de som har anoreksi, og en av fem individer dør som følge av suicid (Arcelus, Mitchell, Wales & Nielsen, 2011). Alvorligheten ved sykdommen, belastningen for ungdommen som er rammet og de pårørende, tilsier at det er behov for å utvide kunnskapen om et familiebasert behandlingsfokus.

1.3 Studiens forskningsspørsmål og hensikt

Følgende forskningsspørsmål er valgt:

Familiebasert behandling i en sengepost for ungdom med anoreksi - Hvilke utfordringer erfarer miljøterapeuter når de har veiledning med foreldre i forbindelse med måltidsituasjoner?

Hensikten med studien er å øke kunnskap om veiledning og samarbeid mellom miljøterapeuter, og foreldre som har et barn innlagt for behandling av anoreksi. En nærmere innsikt i denne tematikken vil kunne bidra til å videreutvikle og øke kompetansen på hvordan

miljøterapeuter på best mulig måte kan veilede og samarbeide med foreldre som har barn til behandling.

1.4 Studiens relevans og plassering

Som beskrevet innledningsvis så ble det ved datasøk til denne studien, funnet 3 studier som beskriver involvering av foreldre, etter prinsipper fra FBT i sengepost, der behandling innbefatter lengre innleggelsestid (Fjelkegård et al., 2020; Halvorsen et al., 2017; Spettigue et al., 2019). Det er kun Fjelkegård et al. (2020) som mer inngående belyser noen momenter, relevant for miljøterapeutiske utfordringer med hensyn til veiledning av foreldre.

De nevnte studiene var interessante, men det er også behov for å mer innsikt i miljøterapeuters utfordringer i forbindelse med måltidsituasjoner, ved en slik familiebasert behandlingstilnærming. Tematikken for denne studien er lite utforsket, og anses derfor som nyttig i videre kunnskapsutvikling for familiebasert behandling av ungdom med anoreksi i sengepost.

1.5 Oppbygging av oppgaven

Etter denne innledningen vil det i kapittel 2 redegjøres for kunnskapsstatus innenfor tematikken som behandles i denne studien. I kapittel 3 presenteres de teoretiske rammer som problemstillingen vil bli drøftet innenfor. I kapittel 4 som omhandler metode for studien, gis en beskrivelse av forskningsetiske hensyn, metodevalg og design. I kapittel 5 presenteres resultatene av studien, og disse blir videre drøftet og satt i sammenheng med teori og kunnskapsstatus på feltet i kapittel 6. I kapittel 7 redegjøres det for metodologiske vurderinger og refleksjoner. Avslutningsvis vil det i kapittel 8 gjøres en oppsummering av resultater for studien, og redegjøres for implikasjoner for praksis, og behov for ytterligere forskning på feltet.

2 Kunnskapsstatus og tidligere forskning

2.1 Datasøk

Oppdatering av kunnskapsstatus på feltet har pågått jevnlig under forskningsprosessen. Det ble som en start foretatt et åpent søk med relevante søkeord fra forskningsspørsmålet i søketjenestene Oria og Google scholar for å se hvilke artikler som er publisert. I trinn to ble det gjennomført systematiske søk i skandinaviske søkebasen som SveMed+, Norart, Idunn og NORA. Tilfanget av studier relevant for forskningsspørsmålet var mangelfull, og det ble besluttet i trinn tre å utvide søket i internasjonale baser som PsychINFO, PubMed, Cinahl og Embase. Noen relevante artikler ble funnet i disse basene, og andre artikler ble funnet i referanselister til ulike artikler som ble lest igjennom. Søk i de ulike databasene ble gjennomført med ulike søkesett og kombinasjoner av relevante emneord/nøkkelord fra forskningsspørsmålet.

Det viste seg å være utfordrende å finne artikler som tok utgangspunkt i samme tema og kontekst som denne studiens forskningsspørsmål. Mulige årsaker kan ha vært at denne tematikken er lite utforsket, at konteksten for oppgaven befinner seg mellom to fagfelt; familiebasert behandling og miljøterapeutisk arbeid, eller at det ikke lykkes med gode nok systematiske søk med hensyn til oppbygging av søkesett; søkeord og kombinasjoner av disse.

I kunnskapsoppsummeringen er det inkludert studier både av kvalitativ (Bakker et al., 2011; Couturier et al., 2012; Couturier et al., 2017; Dimitropoulos, Freeman, Lock & Grange, 2017; Fox et al., 2017; Godfrey et al., 2015; Honey et al., 2007; Svensson, Nilsson, Levi & Suarez, 2013) og kvantitativ (Fjelkegård et al., 2020; Hoste, 2015; Kopec-Schrader et al., 1993; Spettigue et al., 2019; Turrell, Davis, Graham & Weiss, 2005) metode, samt noen studier gjennomført med begge metodene (mixed methods) (Kay, 2007; Plath, Williams & Wood, 2016). I tillegg er det inkludert 2 fagartikler som belyser temaer relevant for denne studien (Murray et al., 2015; Treasure, Cardi & Kan, 2012).

Studiene det vises til i kunnskapsoppsummeringen inkluderer 1) døgnbehandling for ungdom i spesialavdelinger/sengeposter som i noe grad involverer foreldre, 2) døgnbehandling for ungdom i spesialavdelinger/sengeposter som jobber etter hovedprinsipper fra behandlingsmodellen FBT og 3) poliklinisk behandling etter modellen FBT. Studier som omhandler FBT for poliklinikk er inkludert ettersom denne tilnærmingen i en av behandlingsfasene tilrettelegger for gjennomføring av et måltid der terapeutene veileder

foreldrene, og derav kan belyse momenter om hva som kan være utfordrende for terapeuter som skal veilede foreldre i forbindelse med en måltidsituasjon. Det er vektlagt å løfte ut momenter fra artiklene som belyser helsepersonells utfordringer knyttet til veiledning av foreldre som har et barn med anoreksi. Studier som beskrev, eller omhandlet familiebaserte behandlingstilnærminger i sengepost for ungdom med anoreksi, men *ikke* tematiserte utfordringer, ble ekskludert. Det er også inkludert noen studier som belyser pårørende belastninger, og foreldres ønsker og behov for støtte og veiledning fra helsepersonell. Disse er inkludert ettersom de tilfører et viktig perspektiv på denne studiens resultater og kan belyse momenter i drøftingskapittelet. Nedenfor presenteres den mest relevante litteraturen som ble funnet under datasøkene.

2.2 Kunnskapsstatus og forskning relevant for denne studien

Artiklene presenteres i rekkefølgen: Foreldreerfaringer, Family-Based Treatment (FBT) og Sengepost/spesialavdelinger

2.2.1 Foreldreerfaringer

I Kopec-Schrader et al. (1993) ble foreldre (46 stk.) til ungdom som hadde fått behandling for spiseforstyrrelser ved en sengepost, bedt om å evaluere tilbudet. Funnene var at foreldrene ønsket mer informasjon om behandlingen, støtte, opplæring, assistanse, veiledning og tydelige retningslinjer for hvordan de kunne håndtere sykdommen. De mente at fremgangsmåten til terapeutene kunne være *for* autoritær, og at barna i større grad skulle fått tatt egne valg.

Fox et al. (2017) belyser i en metasyntese av 20 kvalitative studier, erfaringer fra pårørende til pasienter med spiseforstyrrelser (hovedsak anoreksi). Funn fra denne studien viste at pårørende hadde behov for mer kunnskap, informasjon og råd, slik at de bedre kunne forstå og finne løsninger for å ivareta den syke. Resultat viste at pårørende, enten for å beskytte eller unngå å gjøre situasjonen verre for den som var syk, kunne tolerere eller ignorere atferd relatert til spiseforstyrrelsen, samt imøtekomme og tilrettelegge forhold for den syke. Ifølge studien opplevde pårørende store belastninger og var svært utmattet. De syntes det var vanskelig å skulle påvirke atferden til den som var syk, og særlig måltider var utfordrende. I møter med helsepersonell, følte mange seg gransket, misforstått og klandret. Studien viste at det er nyttig å finne en balanse mellom nærhet og distanse mellom pårørende og den som var syk.

I en studie av Honey et al. (2007) ble foreldre (24 stk.) med barn under behandling for anoreksi, intervjuet om hvilken støtte de ønsket fra behandlere. Studien viste at foreldre ønsket fortløpende informasjon, veiledning og å bli inkludert når det skulle tas avgjørelser om behandlingen. Dersom de *ikke* ble inkludert i denne prosessen, opplevde de det som svært negativt. Funn viste at foreldrene *ikke* likte å få ordrer eller bli møtt på en autoritativ måte.

En svensk studie (Svensson et al., 2013) intervjuet foreldre (10 stk.) om deres erfaringer som foreldre til barn med alvorlige spiseforstyrrelser. Barna, som var mellom 16-18 år, hadde vært innlagt ved en spesialavdeling for behandling, hvor foreldrene deltok i behandlingstilnærmingen FBT. Funn viste at foreldre ofte opplevde stressende hendelser og mange konflikter med barna i situasjoner knyttet til mat og måltider. Mange opplevde det som tidskrevende, vanskelig og svært slitsomt å skulle overvåke alle barnets måltider. Dersom barnet unndro seg behandling, opplevde foreldre både redsel, frustrasjon og sinne rettet mot problematisk atferd som barnet hadde som følge av sykdommen. Foreldres egne følelsesmessige reaksjoner og nære relasjon til barnet, kunne gjøre det vanskelig for dem når de skulle støtte og veilede barnet.

2.2.2 Family-Based Treatment (FBT)

Dimitropoulos et al. (2017) undersøkte hvilke prinsipper for FBT klinikere oppfattet som de viktigste i sitt arbeid med ungdom med anoreksi og deres familier, samt hvilke kliniske utfordringer som kunne forstyrre anvendelsen av prinsippene for FBT. Funn viste at klinikere oppfattet det å styrke foreldrerollen som det viktigste prinsippet ved FBT-modellen, og at det var dette som medførte effekt i behandlingen. Dersom foreldre *ikke* aktivt engasjerte seg i behandlingen og etterfulgte prinsippene ved FBT, ville dette gi negativt resultat for behandlingen. Funn viste at klinikerne opplevde det vanskeligere å styrke foreldrerollen dersom foreldre selv slet med psykisk sykdom, utbrenthet eller manglende evne til å tåle at barnet hadde det vanskelig i forbindelse med måltidene. En anbefaling i studien for videre forskning, var å ha større fokus på hvordan man skal håndtere ulike barrierer/utfordringer som kan være til hinder med hensyn til å styrke foreldrerollen.

Couturier et al. (2012) intervjuet 40 terapeuters oppfatninger av hvilke faktorer som hadde innvirkning på om de fulgte manualen for FBT. Resultat viste at terapeutene opplevde behandlingen som svært tidskrevende med hensyn til den intensive oppfølgingen som var

nødvendig, både for terapeuter og foreldre. Funn viste at 16 av 40 terapeuter oppgav at mange foreldre ikke forstod hvor alvorlig en spiseforstyrrelse kunne være, og derav ikke var motivert for den innsatsen som krevdes av dem som foreldre. Selv om en viktig del av FBT modellen er at familien gjennomfører et måltid der terapeuten observerer og veileder, så viste resultat i studien at svært få terapeuter etterfulgte dette. En av årsakene var at terapeutene følte at de manglet opplæring og trening med hensyn til å gjennomføre måltidet, og derav følte ubehag og utilstrekkelighet for å skulle gjennomføre denne delen av behandlingen.

Plath et al. (2016) undersøkte ved spørreundersøkelse og intervju 20 klinikers syn på å involvere foreldre til ungdommer med anoreksi i FBT. Resultat i studien viste at klinikerne støttet hovedprinsippene ved FBT modellen, herunder å styrke foreldre til å gjenvinne foreldreautoritet og ta kontroll over måltidsituasjonene for barnet sitt. Funn viste at flere klinikere opplevde at tilnærmingen ikke passet for alle foreldre, og særlig ved mer utfordrende og kompliserte saker var det behov for å bidra med flere, eller andre tilnærminger enn FBT modellen redegjorde for. Funn viste at selv om FBT vektlegger at det er foreldrene som har ansvar for å sørge for at barnet får i seg nok næring, så hadde noen klinikere erfaring med foreldre som bare ikke klarte å få barnet sitt til å spise. Klinikerne vektla at behandling måtte tilpasses hver foreldres behov og kapasitet til deltakelse i behandlingen. Resultat viste også at personalet kanskje ikke viet nok tid til å anerkjenne at noen foreldre på grunn av krise og stress ikke helt klarte å forstå eller oppfatte hensikten med behandlingstilnærmingen.

Godfrey et al. (2015) hadde som hovedmål å få bedre innsikt i de prosessene som foregikk i familiemåltidet ved FBT. Resultat fra studien var basert på 30 videoopptak av familiemåltider. Funn tydet på at mange familier i studien hadde tilpasset seg sykdommen gjennom unngåelse av konflikt. For foreldre resulterte dette i at de valgte å *ikke* utfordre barnet sitt til å spise mer mat, også selv om terapeutene oppfordret og inviterte foreldrene til dette. Resultat viste også at terapeutene ble trukket inn i dette systemet av unngåelse, enten ved at de *ikke* utfordret foreldrene til å utfordre barnet til å spise mer mat, at de utfordret foreldrene på en utydelig/uklar måte eller ved at de lot være å følge det opp dersom foreldrene avviste eller unngikk utfordringen. Studien viser til at forhold og tematikk vedrørende unngåelse er et område for videre klinisk forskning.

Couturier et al. (2017) undersøkte hvilke temaer som oppstår i klinisk konsultasjon for terapeuter som implementerer FBT i praksis. 8 terapeuter som benyttet FBT tilnærming til

familier som hadde et barn med anoreksi, deltok i denne kvalitative studien. Resultat viste at den vanligste utfordringen for terapeutene var hvordan de skulle støtte og oppmuntre foreldre til å ha tilsyn med at barnet fikk i seg tilstrekkelig næring, samt hvordan de kunne hjelpe foreldre til å forstå når de gjorde gode ernæringsmessige beslutninger for barnet sitt. Funn viste at foreldres engasjement i behandlingen kunne være en utfordring, der terapeutene ofte opplevde at foreldre istedenfor FBT ønsket individuell behandling for barnet eller at barnet skulle bli innlagt i sengepost. Et funn var særskilt rettet mot at terapeutene opplevde det som utfordrende å veilede mødre, som ofte var preget av både skyldfølelse og sinne, til å balansere mellom det å både kunne være fast og tydelig overfor barnet, samtidig som de viste empati. Funn viste at terapeutene som søkte konsultasjon måtte oppfordres til å få foreldre til å skille mellom sykdommen og barnet sitt, slik at de ikke følte at de var opprørte og frustrerte mot barnet sitt, men at frustrasjonen var rettet mot sykdommen.

Murray et al. (2015) viser at det på tross av manglende evidens og lite klinisk forskning for å benytte FBT tilnærming i sengeposter/spesialavdelinger likevel kan være gode begrunnelser for å tilpasse FBT i mer spesialiserte behandlingssettinger. Blant annet vises det til den gruppen av ungdommer som har behov for mer intensive tiltak enn poliklinikk, samt at for de fleste behandlingstilnærminger gir hurtig intervensjon og vektoppgang bedre resultater med hensyn til tilfriskning. Artikkelen belyser videre betraktninger relatert til utfordringer ved å tilpasse FBT til spesialiserte avdelinger. En hovedutfordringer er at behandling i sengepost/spesialavdelinger i større grad involverer personell, noe som kan redusere foreldrenes rolle. Balansen mellom styrking av foreldrerollen, og samtidig tydelig ledelse av medisinsk forsvarlighet i behandling er et hovedanliggende ved en FBT tilnærming i sengepost. Det vises videre til at det er vanlig at foreldre kan føle seg maktesløse og uttrykke ambivalens med hensyn til utfordringen med å gjenopprette næringssituasjonen for barnet sitt med anoreksi. Mange foreldre rapporterer at de utilsiktet imøtekommer/tilpasser seg en anorektisk atferd/oppførsel fra barnet, i et forsøk på å dempe barnets angst/redsel. Artikkelen viser til at det i en praktisk setting vil samsvare med prinsippene for FBT om foreldre i en sengepost fikk mulighet til å ta beslutninger relatert til måltider, herunder forberedelse, oppfølging og eventuelt håndtering av kompenserende atferd fra barnet. Hensikten er å understreke foreldrenes ansvar og kompetanse for å sørge for at barnet får tilstrekkelig næring. Det pekes også på at det kan være hensiktsmessig med direkte rådgiving til foreldre. Herunder hvordan de kan være faste og tydelige uten å ha en straffende tilnærming overfor barnet under måltidene. Hensikten er å fremme foreldres refleksjon over strategier de

benytter, samt å fremme læring for å håndtere måltider hjemme. Murray et al. (2015) påpeker at det eksisterer lite dokumentasjon og rettledning/veiledning for bruk av prinsippene i FBT ved sykehusavdelinger. Samt at anbefalingene som gis er teoretiske og at videre forskning bør se hvordan FBT prinsippene implisert i sengepost fungerer i praksis.

Hoste (2015) viser til utfordringer ved å implementere FBT prinsipper i mer intensive behandlingssettinger, enn den polikliniske behandlingstilnærmingen FBT i utgangspunktet var designet for. Utfordringene er sentrert rundt å ivareta hensikten med FBT modellen, herunder å inkludere og støtte foreldrene slik at de på best mulig måte kan hjelpe barnet sitt som har en spiseforstyrrelse. Hoste (2015) peker på at det under måltider kan være utfordringer relatert til at foreldre er motvillige til å utfordre barnet til å spise, enten fordi de ikke vil forårsake en scene foran andre, eller fordi de heller velger å hente inn personell for å få barnet til å spise. Matplaner fra sykehuset kan være nødvendig, men også underkjenne foreldrenes involvering med hensyn til avgjørelser av hvor mye mat og hvilken mat barnet behøver for å gå opp i vekt. For personal som samarbeider tett med familien og veileder foreldrene under måltidene, kan det være en utfordring å ikke bli fristet til å gripe inn under vanskelige måltider, og «redde» foreldrene enten ved å overta kontrollen og gjennomføringen av måltidet, eller ta helt over måltidet og la foreldrene få pause. Hoste (2015) påpeker at foreldre ved behov kan oppfordres til å ta en kort pause for å regulere og håndtere egne følelser, men det er viktig å tydelige kommunisere at det er foreldre som er hovedansvarlig for å få i barnet mat. Personalets jobb er å veilede foreldrene til ferdigheter for å gjennomføre denne prosessen. Det vises videre til at det kan være særlig utfordrende for personal i sykehusavdelinger å unngå å gi for mange konkrete råd til foreldrene. Dette på grunn av sin tilgjengelighet og tette samvær med familien. En grunntanke fra FBT er at foreldre selv har evne til å finne den løsningen og tilnærmingen som passer best for deres familie. Daglig håndtering av foreldres forventninger, utålmodighet og engstelse når de ikke ser hurtig framgang og bedring for barnet, kan være særlig utfordrende for personal som daglig omgås med familien i en sengepost, og det er viktig at personal kan håndtere egne reaksjoner, på foreldrenes reaksjoner.

2.2.3. Sengepost/døgnenheter

Treasure, Cardi og Kan (2012) tematiserer at det på spesialavdelinger for behandling av spiseforstyrrelser i England som oftest er sykepleiere som tilrettelegger og gir støtte under

måltidsituasjoner, og at måltider er krevende både for omsorgspersoner til den som er syk og de ansatte. Artikkelen beskriver at det ikke finnes standardiserte anbefalinger for måltidsstøtte for spesialavdelinger som behandler spiseforstyrrelser, samt at det er store variasjoner på hvilken måltidsstøtte som gis, både innad på ulike avdelinger og også mellom forskjellige avdelinger. Treasure et al. (2012) viser til at det å fjerne frykten for mat for den som er syk på en sykehusavdeling, ikke lar seg overføre til hjemmesituasjonen slik at vanskeligheter med hensyn til spising og måltider fortsatt er en utfordring for familier når de reiser hjem. Artikkelen konkluderer med at måltidsstøtte er et hovedanliggende ved familiebehandling, for å kunne gi familier ferdigheter til å støtte barnet sitt, og hvordan de de kan følge opp hjemme. Det påpekes videre at det er viktig å forbedre sykepleieres ferdigheter med hensyn til måltidsstøtte på spesialavdelinger, ettersom dette kan styrke effektiviteten ved behandling. Det framkommer ikke av artikkelen på hvilken måte forfatterne tenker at foreldre kan involveres i forbindelse med måltidene, eller hvordan foreldre eventuelt ble involvert ved denne avdelingen.

Turrell et al. (2005) undersøkte ved spørreundersøkelser forhold som 14 ungdommer med anoreksi, deres foreldre (14) og sykepleiere (14) mente måtte være på plass for å få tillit nok til å fullføre tilfriskningsprosessen hjemme etter utskrivning fra avdeling. Funn i studien viste at majoriteten av foreldre ikke rapporterte noe behov for opplæring, eller at de måtte gjøre endringer for sin egen del, men de ønsket at barna deres skulle få opplæring med hensyn til å håndtere mat og måltider. Funn i studien viste at sykepleierne derimot mente at foreldre selv måtte gjøre endringer slik at de følte seg komfortable med å sette grenser og ta kontroll over strukturen hjemme.

Kay (2007) undersøkte ved spørreundersøkelse og intervju i sin mastergradstudie hvilke virkninger det hadde på arbeidstakere å jobbe på en avdeling for spiseforstyrrelser. Resultater i studien viste at ansatte kunne føle frustrasjon overfor foreldre. På tross av at foreldre fikk familieterapi og psykoedukasjon om spiseforstyrrelsen til barnet, så kunne de likevel ofte ha vanskeligheter med å forstå sykdommen og alle dens kompleksiteter. Funn viste at personalet kunne bli frustrert når de opplevde utilstrekkelig innsats fra foreldre med hensyn til å hjelpe barnet. Resultater viste at de ansatte opplevde at noen foreldre hadde vanskelig for å identifisere sin egen rolle i behandlingen og noen foreldre framsto, av ulike årsaker, som dysfunksjonelle og ute av stand til å ta ansvar. De ansatte opplevde også ofte at foreldre var slitne og utbrente. Videre anbefalinger fra studien var at foreldre ved oppstart av behandlingen måtte få psykoedukasjon om spiseforstyrrelser, samt at foreldreveiledning med

fokuset med å styrke foreldrefunksjonen burde tilbys fortløpende under behandlingen. Det framgår i studien at foreldre var forventet å bistå i behandlingsprogrammet (ved avdelingen), men framkommer ikke i hvilken grad og omfang foreldre deltok.

Bakker et al. (2011) intervjuet 8 sykepleiere om hva de oppfattet som effektive intervensjoner for å oppnå normal kroppsvekt for ungdom som var innlagt på en spesialavdeling for behandling av spiseforstyrrelser. Et av hovedfunnene i studien var betydningen av rådgiving til foreldre. Rådgiving til foreldre ble ansett som en viktig oppgave, samt at sykepleierne opplevde det som umulig å behandle en pasient dersom pasientens foreldre ikke støttet opp om behandlingen. Resultat i studien viste at sykepleierne ofte opplevde at foreldre hadde mistet kontroll over barnet sitt og følte seg ute av stand til å få barnet sitt til å spise, samt at foreldre kunne være fornøyde/tilfredse dersom barnet spiste bare en liten mengde mat. Øvrige funn viste at sykepleierne opplevde det som essensielt for videre behandling at foreldre ble involvert og også at foreldre var de som kjente barnet sitt best og kunne gi god informasjon om barnet. Det framgår i studien at foreldre ofte ble invitert til å delta på måltider ved begynnelsen av behandlingen, men redegjøres ikke noe med hensyn til foreldres deltakelse og tilstedeværelse utover dette.

En kvantitativ studie av Spettigue et al. (2019) viser til hvordan prinsipper fra FBT ble implementert i en sengepost for ungdommer som fikk behandling for anoreksi. Foreldre ble aktivt involvert i daglig behandling der de fikk opplæring om spiseforstyrrelser, og hvordan de skulle gi måltidsstøtte og ta kontroll over barnets ernæringsssituasjon. Resultat viste til forbedring hos pasientene med hensyn til vektoppgang, humør, reduksjon av angst og depresjon, men likevel hadde 1/3 del (38 av 110) av pasientene ved utskriving fortsatt høy grad av kroppsmisnøye og vansker relatert til suicidale tanker. En utfordring beskrevet i studien var bruk av kostlister. På grunn av sin dårlige somatiske status fikk de fleste pasienter ved innleggelse kostlister som skulle følges en periode, før foreldre etter hvert kunne ta ansvar for hvilken type mat og mengde mat barnet hadde behov for. Noen foreldre klarte å forholde seg til kostlistene som et retningsgivende verktøy under innleggelse og frigjøre seg fra disse ved utskriving, men fortsatt følge opp at barnet fikk i seg tilstrekkelig næring. Andre foreldre hadde vansker med å frigjøre seg fra kostlistene, og gjennomføre endringer dersom barnet hadde behov for å øke næringsinntaket. Dette kunne medføre at de ble avhengige av hjelp fra sengeposten for å øke nødvendig matinntak.

Fjelkegård et al. (2020) undersøkte i en effektstudie hvordan involvering av familien i døgnbehandling, etter prinsipper fra FBT, hadde innvirkning på barn og ungdom med

anoreksi. Studien ble gjennomført ved 2 ulike avdelinger og sammenlignet resultater fra vektoppgang, innleggelsestid og reinnleggelser. På den ene avdelingen i Stockholm var foreldre innlagt sammen med barnet sitt og aktivt involvert i behandlingen etter prinsipper fra FBT. På den andre avdelingen i København, var foreldre ofte tilstedeværende, men hadde ikke noen aktiv deltakelse eller rolle i behandling. Resultat viste at ved avdelingen i Stockholm, der foreldre fikk intensiv trening og coaching, hadde familiene kortere innleggelsestid og færre reinnleggelser. For vektoppgang var det ingen forskjell mellom de to avdelingene. Fjelkegård et al. (2020) viser til at resultatene kan antyde at det ikke bare er gjenoppretting av vekt som har betydning for lengde av sykehusinnleggelse og eventuelt behov for re-innleggelser, men også i hvilken grad man klarer å hjelpe foreldre til å håndtere matsituasjonene, barnets angst og følelsesmessige utbrudd i hjemmesituasjonen. Veiledning og støtte til foreldre som øker deres forståelse av hvordan sykdommen kan arte seg, kan redusere foreldres kriserespons og trygge dem i videre oppfølging av barnet sitt. Fjelkegård et al. (2020) viser til at det mangler metodiske beskrivelser for hvordan man kan jobbe etter FBT prinsipper i den miljøterapeutiske virksomheten i en sengepost. Blant annet er dette viktig for å tydeliggjøre ansvarsfordelingen mellom foreldre og miljøterapeuter. Funn viser at kompetansen for miljøterapeuter må styrkes. Det er behov for å utvikle verktøy som evaluerer endringsarbeidet som gjøres med familien. Herunder mulige vedlikeholdende faktorer for sykdommen som for eksempel foreldres evne til å forstå og begrense uttrykk for sykdommen. Det er også behov for å utvikle verktøy som kan vise hvilke miljøterapeutiske intervensjoner som er mest effektive.

2.3 Hva tilfører denne studien av kunnskap

2.3.1 Foreldreerfaringer

Studiene som omhandler foreldreerfaringer beskriver foreldres opplevelser og utfordringer som foreldre til et barn med anoreksi, samt deres ønsker for støtte og veiledning fra helsepersonell. Studiene beskriver også utfordringer som foreldre opplever i møte med hjelpeapparatet. Denne studien utforsker helsepersonells opplevelser av utfordringer ved å veilede foreldre, og tilfører derav et perspektiv på momenter/aspekter som kan gi et nærmere innblikk og beskrivelser av utfordringer i samhandling- og samarbeidsrelasjonen mellom foreldre og helsepersonell, sett fra helsepersonells ståsted.

2.3.2 Family-Based Treatment (FBT)

Studiene som omhandler FBT i poliklinikk har i hovedsak sine utvalg innenfor yrkesgrupper som sjelden har sitt hovedvirke innenfor miljøterapeutisk virksomhet, som for eksempel psykologer, familierapeuter og psykiatere. Behandlingstilnærming ved FBT omfatter terapeutiske samtaler og konsultasjon, med unntak av et/ett måltid der familien spiser sammen, og terapeuten veileder foreldrene. Funn i flere av studiene viste at terapeutene følte ubehag og utilstrekkelighet for å skulle gjennomføre familiemåltidet ettersom de opplevde at de manglet opplæring og trening til dette. Konsekvensen var at derfor at mange vegret seg, eller unnlot å gjennomføre denne delen av behandlingen. Denne studien tilfører kunnskap fra ansatte som daglig jobber tett sammen foreldre under måltider, og kan derav tilføre et annet og/eller et utvidet perspektiv på daglige utfordringer med hensyn til å veilede foreldre som har et barn under behandling for anoreksi. Studiene viser også til ulike utfordringer og barrierer ved en familiebasert behandlingstilnærming. Herunder å formidle hensikten med behandlingstilnærmingen slik at foreldre aktivt engasjerte seg og tok ansvar for at barnet fikk i seg tilstrekkelig næring. Et annet hovedanliggende gjaldt hvordan veilede og styrke foreldrerollen slik at foreldre maktet å motstå symptomtrykk fra barnet. Mulige utfordringer ved å benytte FBT i sengepost ble relatert til å finne en balanse mellom å styrke foreldrerollen og samtidig ivareta medisinsk forsvarlighet i behandlingen av barnet. For personal som jobber tett med familien vises det til særlige utfordringer relatert til å gi støtte og hjelp til foreldre, men ikke ta over foreldrenes rolle. Det vises til at det er begrenset med forskning på bruk av prinsippene for FBT i sengepost, derav er de fleste beskrivelsene av utfordringer teoretiske. Denne studien er et bidrag til å fylle ut dette kunnskapshullet.

2.3.3 Sengepost/døgneheter

Studiene som beskriver personells erfaringer fra samarbeid med foreldre i sengeposter/spesialavdelinger, viser alle til at foreldre i noen grad ble inkludert i behandling, men det er til dels uklart hvor ofte foreldre deltok under måltider og fikk veiledning i forbindelse med disse måltidene. Kun to av studiene (Fjelkegård et al., 2020; Spettigue et al., 2019) beskriver samme behandlingssammenheng som denne studien, der en familiebasert tilnærming i sengepost er et hovedanliggende i behandlingen. Studien av Spettigue et al. (2019) tematiserer noen utfordringer ved behandlingstilnærmingen, men disse er ikke dyptgående, og studiens hensikt er ikke å tematisere utfordringer, men heller å gi en beskrivelse av behandlingstilbudet. Studien av Fjelkegård et al. (2020) hadde til hensikt å se på effekt av involvering av foreldre i behandling, men belyser også at det er manglende skriftliggjøring av familiebasert arbeid innenfor den miljøterapeutiske virksomheten. Denne

studiens hovedtema er utfordringer for miljøterapeuter ved måltidsveiledning med foreldre, og kan derav gi utvidet kunnskap om familiebasert behandling for ungdom med anoreksi i sengepost.

3 Teoretiske innfallsvinkler

I dette kapittelet presenteres teoretiske perspektiver og viktige begreper som gir kontekst og forståelsesrammer for resultater og drøfting i denne studien.

3.1 Miljøterapi

Arenaen for denne studien er en sengepost som har en familiebasert tilnærming som behandlingsmodell for å hjelpe barn og unge med spiseforstyrrelser. Konteksten for studien er videre avgrenset til den miljøterapeutiske virksomheten i sengeposten, og det er derfor relevant å se nærmere på begrepet miljøterapi. Miljøterapi har sitt utspring fra institusjonsbehandling, og er i særlig grad forbundet med virksomheter som gir et utstrakt behandlingstilbud i form av døgnbehandling, som for eksempel avdelinger innenfor barne- og ungdomspsykiatri (Olkowska & Landmark, 2016, s. 23; Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 29). En bakgrunnsforståelse for miljøterapeutisk arbeid omhandler at mennesket lever i samhandling med sine omgivelser, og at individet og omgivelsene gjensidig preger og påvirker hverandre. I dette samspillet mellom individ og miljø foreligger en arena med muligheter for læring, mestring og utvikling, hvilket er hensikten med den miljøterapeutiske terapiformen (Larsen & Selnes, 1992, s. 11). Ifølge Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010, s. 199) er miljøterapi det gjennomtenkte arbeidet som en gruppe personale utfører overfor en gruppe brukere, der hensikten er å skape bedring for brukerne. Tradisjonelt kan man si at miljøterapeutisk behandling har innbefattet to grupper; miljøterapeutene og den gruppen brukere som virksomheten er rettet mot å hjelpe, for eksempel en gruppe ungdom med spiseforstyrrelser. Ved en familiebasert behandlingstilnærming der foreldre er innlagt i sengeposten sammen med barnet sitt, vil også foreldre representere en brukergruppe. Derav må den miljøterapeutiske virksomheten tilrettelegge for ivaretagelse og endringsarbeid, både for foreldre og ungdommer. I ordet miljøterapi viser *miljø* til organisering og tilrettelegging av hverdagen, mens *terapi* handler om å utvikle og forandre (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 30). Miljøterapeutiske tiltak innenfor hver avdeling må tilrettelegges og varieres ut fra den enkelte brukers situasjon og behov (Larsen & Selnes, 1992, s. 14; Skårderud et al., 2010, s. 208). Olkowska og Landmark (2016, s. 25) viser til at bruker og miljøterapeut gjennom samhandling i hverdagen kan utforske utfordringer og mestring, der oppmerksomheten er rettet mot å trene på ferdigheter som kan overføres til brukerens hverdag utenfor avdelingen. Ved en familiebasert behandlingstilnærming og måltidsveiledning for foreldre, vil det være en målsetting å tilføre kunnskap og ferdigheter som er overførbart til

hjemmearenaen (Hoste, 2015). Dersom man under innleggelse i sengepost får stabilisert somatisk tilstand for ungdommen, og lykkes med å styrke og mobilisere foreldre til å sikre tilstrekkelig næringsinntak for barnet, vil videre behandling kunne følges opp poliklinisk, og derav redusere innleggelsestid.

Lillevik og Øien (2015) beskriver miljøterapi som et uttrykk for en fagideologisk tenkning, mer enn *en* konkret metode. Dette innebærer at man innenfor den miljøterapeutiske virksomheten kan benytte ulike metoder, og at metodene kan ha sin grunnlagstenkning innenfor ulike varianter av teoriforståelse. Behandlingssteder som jobber innenfor samme fagfelt, kan derav jobbe etter ulike miljøterapeutiske metoder, alt ettersom hvordan de forstår problematikken de arbeider med (Lillevik & Øien, 2015). Metodevalg er knyttet opp til hvilken målgruppe behandlingen er rettet mot, og hvilken oppgave avdelingen har i forhold til målgruppen (Olkowska & Landmark, 2016, s. 23; Skårderud et al., 2010, s. 200). I denne studien er altså miljøterapien rettet mot å skape en bedring for ungdom som har anoreksi, og man vektlegger en familiebasert behandlingstilnærming, der foreldres rolle og deltakelse er et hovedaspekt i behandlingen.

3.1.1 Miljøterapi i behandling av anoreksi rettet mot måltidsituasjoner

Ettersom arenaen for denne studien omhandler veiledning i forbindelse med måltidsituasjoner vil det presenteres noen hovedelementer for det miljøterapeutiske arbeidet i denne konteksten. Som beskrevet ovenfor så kan behandlingstilnærming ved ulike avdelinger innenfor samme fagfelt variere. Beskrivelsen som følger, er derfor ikke nødvendigvis representativ for alle spesialiserte avdelinger som jobber med ungdom med anoreksi.

I Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2017, -h) vises det til at ved døgnbehandling er miljøterapien sentral, og bør rette seg mot ulike aspekter ved spiseforstyrrelsen, samtidig som den bør ha fokus på pasientenes ressurser. Når den miljøterapeutiske virksomheten har en familiebasert tilnærming, vil tiltak være rettet mot både foreldre og ungdommer, enten hver for seg eller sammen. Måltidsveiledning kan for eksempel være bare for foreldre, eller for foreldre og ungdom sammen. Miljøterapeutisk arbeid rettet mot måltider, vil ha en overordnet målsetting om sikre tilstrekkelig næringsinntak, slik at somatisk tilstand stabiliseres og normalvekt for pasienten gjenopprettes. Dette gjennomføres med en tydelig og forutsigbar måltidsstruktur med regelmessige måltider i løpet av dagen (Helsedirektoratet, 2017, -h). For de pasienter som ikke klarer å gjennomføre vanlige måltider, vil også bruk av næringsdrikker

og sondeernæring kunne være aktuelt. Tilnærmingen ved måltider vil være konsentrert rundt å redusere symptomer på sykdommen, som kan være opprettholdende faktorer. For eksempel er det vanlig å jobbe mot en normalisering av spising og spisemønster (Helsedirektoratet, 2017, -h). For å sikre tilstrekkelig næringsinntak (medisinsk forsvarlighet), vil de fleste spesialiserte døgnavdelinger som oftest bruke kostlister som er tilpasset hver enkelt pasients behov (Halvorsen et al., 2017; Spettigue et al., 2019). Kostlister er en nøyaktig beskrivelse av den mengde mat og drikke som skal inntas til hvert måltid i løpet av dagen. Navnene på slike lister/oversikter kan variere, noen bruker kostplaner, utvalget i denne studien brukte uttrykket matplaner. Bruk av kostlister er både innrettet mot målet om vektoppgang, samt normalisering av spising og spisemønster. Normalisering av spising dreier seg blant annet om å kunne ha et variert næringsinntak, der pasienten med anoreksi ofte tidligere har hatt et restriktivt matinntak med fravær av mat som oppleves som fetende. Miljøterapeutisk tilnærming ved måltidsituasjoner retter seg mot å skape tydelige og trygge rammer, samt tydeliggjøre forventning om at måltidet skal fullføres. Støtte, motivasjon og veiledning er viktige miljøterapeutiske framgangsmåter i forbindelse med måltider.

Skårderud (2000, s. 184) viser til at en særlig utfordring i miljøterapien omhandler å finne en balanse mellom tydelige og trygge regler, og samtidig vite når det vil være hensiktsmessig å lage unntak fra de samme reglene. I dette ligger det en utfordring både for miljøterapeuter og foreldre, og for samarbeidet mellom disse. Individuelle vurderinger kan være ulike, samt styrt og preget av ulike mekanismer.

Det eksisterer ingen standardiserte retningslinjer, som mer inngående beskriver hvordan man jobber miljøterapeutisk opp mot måltidsituasjoner. Gjennomføring av måltider og praktisering av måltidsveiledning og måltidsstøtte, kan være svært variert for avdelinger som jobber med ungdom som har spiseforstyrrelser (Long, Wallis, Leung, Arcelus & Meyer, 2012).

3.2 Family – Based Treatment (FBT)

Det finnes mange ulike varianter og modeller for familiebasert behandling for ungdom med anoreksi, men den best dokumenterte modellen pr i dag er behandlingen Family-Based Treatment (FBT) (Lock, 2018). FBT er en manualbasert poliklinisk behandlingstilnærming som har hentet inspirasjon og elementer fra ulike retninger innenfor familieterapi og som er satt sammen til behandlingstilnærmingen som omtales som FBT (Lock & Le Grange, 2013, s. 14-15). Hovedperspektiv og grunnprinsipper for FBT, omhandler å se på foreldre som en

ressurs i tilfriskningsprosessen for barnet sitt. Det vektlegges at foreldre og pasient ikke har skyld i at sykdommen har oppstått, samt viktigheten av å skille mellom ungdommen og sykdommen. En grunnleggende forståelse innenfor modellen er at sykdommen har hatt negativ innvirkning på familielivet, og at dette har ført til at foreldrene ikke lenger er i stand til/har blitt fratatt/mistet sin makt/autoritet (*disempowered*) til å kunne hjelpe barnet sitt. Begrepet *empowerment* er viktig og gjennomgående ved FBT, og viser til hvordan foreldre skal gjenvinne og mestre å få tilbake autoritet i kampen mot sykdommen til barnet sitt (Lock & Le Grange, 2013).

Behandlingen ved FBT består av tre faser, og for denne studien er det første fase som er mest relevant. I første fase vektlegges alvorligheten ved sykdommen, for å fremme foreldrenes engasjement og ansvar i behandlingen. Fokuset er rettet mot symptomene ved spiseforstyrrelsen, samt å sikre tilstrekkelig næringstilførsel slik at ungdommens undervekt oppheves. Det er foreldre som er ansvarlige for at barnet får i seg den næringen det trenger for å oppnå vektoppgang. Grunnforståelsen ved FBT tar sitt utgangspunkt i at ungdommen, er så styrt og preget av sykdommen at hun/han ikke lenger har kontroll over egen atferd, og derav ikke har mulighet for å ta gode beslutninger på vegne av seg selv og egen helse. Ungdommen vil ikke kunne handle aldersadekvat, men heller framstå som et betydelig yngre barn som trenger mye hjelp og støtte fra foreldrene sine. Med dette som forståelsesgrunnlag, er ansvaret for å sikre at ungdommen får i seg tilstrekkelig næring lagt til foreldrene (Lock & Le Grange, 2013, s. 22). Enkelte studier som belyser bruk av FBT prinsipper i sengepost viser til at pasientene får kostlister som skal følges (Halvorsen et al., 2017; Spettigue et al., 2019), mens andre ikke benytter kostlister, men heller legger opp til at foreldre må vurdere om næringsinntaket må økes for å oppnå vektoppgang (Fjelkegård et al.). For mindre intensive behandlingstilnæringer, som poliklinikk, dagbehandling eller avgrensede sykehusinnleggelse, synes det være mer vanlig at foreldre bestemmer helt eller delvis, for eksempel i helger, mengde mat som barnet skal spise for å oppnå vektoppgang (Hoste, 2015; Wallis et al., 2013), men også her er det flere variasjoner og ulike tilnæringer (Fink et al., 2017; Girz, Lafrance Robinson, Foroughe, Jasper & Boachie, 2013; Henderson et al., 2014; Ornstein, Lane-Loney & Hollenbeak, 2012; Renee D. Rienecke & Richmond, 2018).

I første fase ved den polikliniske FBT tilnærmingen, gjennomfører familien et måltid der terapeuten veileder foreldrene. utfordringer observert under måltidene, brukes videre til å veilede familien med hensyn til dysfunksjonell samhandling som kan bidra til opprettholdelse av spiseforstyrrelsen (Lock & Le Grange, 2013, s. 85-90). Et hovedprinsipp innenfor

modellen er at foreldre selv besitter kompetanse og ferdigheter for å hjelpe barnet sitt. Terapeutens rolle er å innta en ikke-autorativ holdning, samt veilede og støtte opp om foreldrenes innsats for å hjelpe barnet sitt. (Lock & Le Grange, 2013, s. 23).

FBT involverer også søsken i behandlingen. Å ivareta søsken som pårørende er lovpålagt (Helsepersonelloven, 2001, § 10 a.) og viktig, men vil på grunn av oppgavens begrensning ikke bli tematisert i denne studien. I andre og tredje fase av modellen, som ikke vil bli omtalt videre i denne studien, har ungdommen akseptert foreldrenes krav om økt matinntak, og ansvaret for mat og måltider overføres gradvis tilbake til ungdommen, samt at fokus i behandling innrettes mot å komme tilbake til hverdagen og dens aktiviteter (Lock & Le Grange, 2013).

Selv om FBT er utarbeidet for poliklinisk behandling, åpner den opp for at momenter ved modellens fase 1 kan implementeres/tilpasses for inneliggende pasienter i døgnbaserte behandlingssenheter. Dersom dette skulle være aktuelt understrekes behovet for at foreldre så mye som mulig involveres i behandlingen, samt at fokus rettes mot å styrke og støtte (*empower*) dem i foreldrerollen (Lock & Le Grange, 2013, s. 26 og s. 94; Murray et al., 2015).

I denne studien ligger ikke den polikliniske manualen til grunn for det familiebaserte arbeidet, men de overordnede prinsippene ved modellen som vektlegger å aktivt involvere foreldre i behandling, og støtte og styrke dem i foreldrefunksjonen.

Ettersom det er veletablert/dokumentert at FBT for poliklinikk kan være en nyttig behandlingstilnærming for ungdom med anoreksi (Lock, 2018), så er det stadig flere døgnbaserte behandlingssenheter som adapterer/tilpasser hovedprinsippene ved modellen til sine avdelinger, samt viser til lovende/positive resultater (Fjelkegård et al.; Halvorsen et al., 2017; Spettigue et al., 2019). Nasjonale og internasjonale retningslinjer for behandling av anoreksi, anbefaler også involvering av foreldre i behandling (Helsedirektoratet, 2017, -b; National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2017).

Det er likevel begrenset tilgang på studier som viser til bruk av prinsipper fra FBT i døgnbaserte behandlingssettinger, der innleggelsen ikke er spesifikt avgrenset til noen ukers varighet. Dette kan tyde på at dette er et «ferskt» forskningsfelt, med behov for mere dokumentasjon, hvilket denne studien er et bidrag til. Poliklinisk behandling vil ikke være

tilstrekkelig for alle. Noen ungdommer vil ha behov for innleggelse i sengepost, dersom forhold ved sykdommen eller familiens utfordringer for å håndtere den er for omfattende (Helsedirektoratet, 2017, -f). Et særskilt fokus i behandling vil være rettet mot mulige/potensielle faktorer som kan være opprettholdende for sykdommen.

3.3 Vedlikeholdene/oppretholdende faktorer for spiseforstyrrelsen

Det er relevant for denne studien å se nærmere på teoriforståelse av faktorer som kan ha betydning for vedlikeholdelse av en spiseforstyrrelse. Det vil bli trukket fram aspekter som kan bidra til utvidet forståelse av utfordringer ved veiledning av foreldre til ungdom med anoreksi.

3.3.1 «The cognitive-interpersonal maintenance model of eating disorders»

Schmidt og Treasure (2006) har utviklet modellen «The cognitive-interpersonal maintenance model of eating disorders». Modellen gir en grunnlagsforståelse for hvordan sårbarheter og trekk hos personer som har anoreksi, og deres nærmeste pårørende, kan ha innvirkning på samhandling dem imellom, og bidra til at spiseforstyrrelsen opprettholdes. Det vil ikke redegjøres for referanser benyttet i modellen, men heller vises til oppdatert forskning på feltet.

Modellen av Schmidt og Treasure (2006) bygger sin teoriforståelse rundt hvordan særskilte disposisjoner og trekk ved det enkelte individ, kan ha betydning både for om man utvikler en spiseforstyrrelse, samt bidra til at spiseforstyrrelsen opprettholdes. Modellen retter seg mot 4 hovedelementer som opprettholdende for spiseforstyrrelsen: 1) perfektjonisme og kognitiv rigiditet, 2) unngåelsesatferd, 3) pro-anorektiske tanker og 4) respons fra nære pårørende. Modellen viser til at sårbarheter og personlighetstrekk som lav selv følelse, rigiditet og tvangspreget eller perfektjonistisk atferd, er risikofaktorer forbundet med utvikling av spiseforstyrrelsen anoreksi. Dette støttes av nyere forskning (Haynos, Watts, Loth, Pearson & Neumark-Stzainer, 2016; Stice, 2016). Disse sårbarhetstrekkene forsterkes ved vekt nedgang og sult, og kan bidra til at spiseforstyrrelsen opprettholdes. I en studie av Stice (2016) dokumenteres det hvordan slankekurer og lavt matinntak kan påvirke både psykologisk og kognitiv fungering. Schmidt og Treasure (2006) viser til at rigiditet og perfektjonistisk atferd kan føre til et tvangsmessig fokus rettet mot mat. Dette kan manifestere seg i opptatthet av å ikke gjøre «feil», for eksempel ikke spise fetende mat, samt at perfektjonismen styrker følelsen av å alltid forsøke å «bli bedre» til å spise litt mindre. Modellen viser også til at

unngåelsesatferd er vanlig hos personer med anoreksi. Dette relateres blant annet til å trekke seg unna følelser, emosjonelle minner og relasjoner. Sult og isolasjon kan forsterke unngåelsesatferd, og for noen personer kan anoreksien være en måte å agere på, for å holde følelser på avstand. Unnvikende, og tvangspregede personlighetsforstyrrelser er ofte komorbide tilstander for pasienter med anoreksi (Martinussen et al., 2017). Schmidt og Treasure (2006) beskriver videre hvordan anorektiske symptomer opprettholdes av individets oppfatninger av hvordan sykdommen kan ha en positiv funksjon, altså pro-anorektiske tanker. Dette kan for eksempel være som nevnt ovenfor, at sulten holder vonde tanker på avstand, at anoreksien er en måte å håndtere negative følelser på, at man føler kontroll og mestring, eller at den anorektiske atferden utløser oppmerksomhet og omsorg fra nære omsorgspersoner.

Responser fra foreldre på atferden og symptomtrykket ved sykdommen, kan være en vedlikeholdende faktor. Ambivalens, eller motvilje fra ungdommen til å gjøre endringer, kan føre til frustrasjon, skyldfølelse og hjelpeløshet for foreldre. Som et forsøk på kontrollere situasjonen, kan foreldre ty til velmenende, men uhensiktsmessige tilnærminger som opprettholder sykdommen.

3.3.2 «Expressed emotions» (EE) (Uttrykte følelser)

Uttrykket/begrepet «Expressed emotion (EE)» har sitt utspring fra forskning innenfor schizofrenifeltet, og viser til karakteristika ved samhandlingsmønstre og relasjonen mellom en omsorgsperson og et familiemedlem som har psykiske sykdom (Amaresha & Venkatasubramanian, 2012). EE refererer til omsorgspersoners følelsesmessige reaksjoner og holdninger overfor det syke familiemedlemmet og måles innenfor områdene: kritiske kommentarer, positive bemerkninger, fiendtlighet, varme og følelsesmessig overinvolvering (Amaresha & Venkatasubramanian, 2012). Høye målinger på de negativt ladede aksene (kritiske kommentarer, fiendtlighet og følelsesmessig overinvolvering) viser til høy grad av EE i en familie, og er forbundet med tilbakefall i symptombylde for familiemedlemmet som er rammet av psykisk sykdom (Amaresha & Venkatasubramanian, 2012; R. D. Rienecke, Lebow, Lock & Le Grange, 2017). Duclos, Vibert, Mattar og Godart (2012) viser til at høye nivåer av EE hos foreldre som har barn med spiseforstyrrelser, på de negativt ladede aksene, er assosiert med dårligere behandlingsresultat for pasienten, samt at det har betydning for i hvilken grad foreldre etterlever/følger opp (*compliance*) behandlingsintervensjoner. Schmidt og Treasure (2006) viser til at foreldre ofte ender opp i diskusjoner og konfrontasjoner med

ungdommen i forbindelse med måltider. Dette kan føre til langvarige diskusjoner og argumenter for å få ungdommen til å spise. Frustrasjon og fortvilelse kan føre til at foreldre som et forsøk på å ta kontroll, får en kritisk eller fiendtlig tilnærming overfor ungdommen. For pasienten med anoreksi kan denne tilnærmingen fra pårørende styrke motviljen mot å spise. Dersom foreldre må gi opp kampen for å få barnet til å spise, kan anorektisk tro og atferd hos ungdommen styrkes, mens foreldres følelse av å miste kontroll og autoritet øke, som kan føre til ytterligere negative uttrykte følelser (EE).

Foreldre kan også respondere med følelsesmessig overinvolvering, eller overbeskyttelse. Ungdommens redsel og fortvilelse kan føre til at foreldre imøtekommer anorektisk atferd med omsorg og trøst, og forsøker å unngå konflikter for enhver pris. Ved en slik tilnærming, blir ikke den anorektiske atferden utfordret, og sykdommen kan opprettholdes. Whitney og Eisler (2005) omtaler denne problematikken, som at en familie re-organiserer seg rundt sykdommen og familiemedlemmet som har en spiseforstyrrelse. Det vil si at mat og måltider dominerer samhandlingsmønstre, relasjoner og aktiviteter i familien. I et forsøk på å håndtere utfordringene som oppstår, begrense konfliktnivå og dempe redselen det syke familiemedlemmet har for mat og måltider, begynner familien å imøtekomme og tilrettelegge for krav og regler fra sykdommen. På denne måten kan foreldres forsøk på å løse og håndtere problemene, heller ende opp som opprettholdende faktorer for spiseforstyrrelsen. Varianter av disse utfordringene er dokumentert i øvrige studier som tematiserer pårørendebelastninger, samt studier som viser til at intervensjoner rettet mot vedlikeholdende faktorer er hensiktsmessige i behandling (D. Anastasiadou et al., 2014; Fox et al., 2017; Goddard et al., 2011; Treasure & Todd, 2016). Duclos et al. (2012) påpeker at det er utfordrende å konkludere med grad og omfang av EE i familier der ungdommer har anoreksi. Variable resultater ved ulike studier kan være tuftet på metodiske ulikheter (f.eks utvalg og måleinstrumenter), som gjør det vanskelig å sammenfatte eller trekke konklusjoner med hensyn til i hvilken grad og omfang EE gjør seg gjeldene i slike familier. Andre studier viser at EE og foreldres tilpasning til spiseforstyrrelsen ofte eksisterer og er vanlig (D. Anastasiadou et al., 2014), men ikke representerer et stort omfang (Blondin, Meilleur, Taddeo & Frappier, 2019; Le Grange, Hoste, Lock & Bryson, 2011; R. D. Rienecke et al., 2016). Grad og omfang av EE og foreldres tilpasning til sykdommen, er relatert til hvor lenge barnet har hatt en spiseforstyrrelse, foreldres relasjon til barnet, mye tid de tilbringer sammen med barnet, grad av negative anorektiske symptomer hos barnet, samt foreldres responser på de negative anorektiske symptomene (D. Anastasiadou et al., 2014; Dimitra Anastasiadou,

Sepulveda, Parks, Cuellar-Flores & Graell, 2016; Blondin et al., 2019; Le Grange et al., 2011).

3.4 Å etterleve/følge opp medisinske råd

For ungdom som har utviklet anoreksi er ernæring den viktigste faktoren for tilfriskning i begynnelsen av behandlingsprosessen. Som tidligere omtalt så har de fleste spesialiserte avdelinger som behandler ungdom med anoreksi kostlister som gir en beskrivelse av mengde mat og drikke som skal inntas til alle måltider. Den engelske terminologien *compliance* er relevant for denne studien i betydningen av i hvilken grad foreldre etterlever medisinske forordninger; i denne studien i betydning av å følge opp at barnet får i seg tilstrekkelig næring for å oppheve undervekt. På norsk oversettes *compliance* til uttrykkene *oppfølging*, *føyelighet*, *etterlevelse* og viser altså til om råd for medisinsk behandling etterleves/følges opp (Braut, 2019). Braut (2019) viser til at benevnelsen *compliance* de senere år har blitt kritisert ettersom det kan gi et inntrykk av at pasienten (eller i denne studien foreldre) passivt skal følge legens ordre. Pr. i dag er de engelske terminologiene *concordance* (*samstemmighet/samråd*) og *adherence* (*det å gi sin tilslutning til noe*) mer benyttet, ettersom de viser til en samhandling og allianse mellom lege og pasient (eller i denne studien foreldre) der man enes om behandlingen (Braut, 2019). Symptombilde ved anoreksi med vegring og redsel for å spise tilstrekkelig mengde mat og variabel kost, kan gjøre det svært vanskelig for en ungdom med sykdommen å gi sin tilslutning til behandling der tiltak/intervensjon er rettet mot å øke matinntaket. Ambivalens er også et karakteristika ved sykdommen, der pasienten kan ønske å få det bedre og bli frisk, men likevel ikke er villig til/eller makter ikke å spise tilstrekkelig for å skape bedring i sin somatiske tilstand. I en tidlig fase av behandling vil det derfor være viktig at det er foreldre som, sammen med helsepersonell, tar ansvar for å følge opp medisinske råd for behandling. Dette sammenfaller med grunnforståelse ved modellen FBT, der kontroll over mat og måltider lagt til foreldrene (Lock & Le Grange, 2013). Hoste (2015) viser til at *compliance* innenfor FBT, retter seg mot er det foreldrenes ansvar å sørge for at barnet får i seg «medisin», altså tilstrekkelig næring.

3.5 Veiledning – Begrep og innhold

Betydningen og meningsinnholdet i begrepet veiledning er sammensatt og vil kunne variere og være avhengig av den sammenhengen og konteksten der det brukes, samt utøverne som

benytter det og hvilken forståelsesbakgrunn disse har. Dette har sin bakgrunn i at begrepet er etablert og benyttet innenfor ulike fagmiljøer, av ulike profesjoner og ulike yrkesgrupper (Lauvås & Handal, 2014, s. 50; Tveiten, 2013, s. 19-20). Tveiten (2013, s. 21) viser til at litteratur om veiledning vektlegger ulike aspekter og meningsinnhold i begrepet. For eksempel at veiledning kan være en form for undervisning, opplæringsvirksomhet, en tilrettelagt profesjonell læreprosess for utvikling og endring eller en samarbeidsprosess med fokus på å skape mening, ny forståelse og mulige handlingsalternativer. Engelskspråklige betegnelser som brukes i litteratur og forskning, og som i flere tilfeller også brukes i norsk språk, inneholder flytende grenseoverganger mellom ulike terminologier som omhandler veiledning. Dette kan bidra til at betydning og meningsinnhold i veiledning er vanskelig å avgrense og definere (Lauvås & Handal, 2014, s. 50; Tveiten, 2013, s. 20). Eksempler på engelskspråklige ord som brukes om ulike former for veiledning, er synonymer til, eller grenser til veiledning er *supervision (oppsyn/tilsyn)*, *coaching (trene/hjelpe noen til å lære)*, *guiding (rettledning/veiledning)*, *consultation (konsultasjon)*, *counseling (rådgivning)* og *guidance (veiledning)*. Noen av disse uttrykkene brukes også på norsk, mens for andre uttrykk finnes det ikke alltid gode norske oversettelser som fanger opp de engelske ordenes betydning og meningsinnhold (Lauvås & Handal, 2014, s. 50-52; Tveiten, 2013, s. 20). Variabel bruk av ulike begreper for å beskrive måltidsveiledning for foreldre som har barn med anoreksi, sammenfaller med litteratursøk for denne studien, der ulike artikler benytter ulike begreper. I samsvar med Lauvås og Handal (2014, s. 52) og Tveiten (2013, s. 33) viser veiledning i denne studien til en vid betydning av begrepet, der profesjonell hjelp gis og veiledningsprosessen kan inneholde delementer som informasjon, instruksjon, rådgiving og opplæring m.m.

Det empiriske materialet i denne studien viser at veiledning foregår i flere kontekster/settinger, og kan innbefatte mange eller få delementer, avhengig av den konteksten veiledningen foregår i. For eksempel når miljøterapeutene hadde måltidsveiledning med foreldre i etterkant av måltider så kunne veiledningen ta mye tid og innebefatte mange delementer, som gjennomgang av opplevelser fra måltidet, refleksjoner rundt utfordringer som hadde oppstått under måltidet, rådgiving for håndtering av utfordringer og planlegging av neste måltid. Andre veiledningssettinger bar preg av å være svært tidsbegrenset og i hovedsak dreie seg om kun et delement. For eksempel når miljøterapeutene veiledet foreldre under tilbereding av måltider så var hovedelement i denne veiledningssekvensen instruksjon om hva som skulle være riktig mengde mat. Tveiten (2016,

s. 89) understreker at delementer som for eksempel rådgiving, informasjon eller instruksjon ikke er synonymt med veiledning, men kan inngå i veiledningsprosessen.

I det tidligere kapittelet som omhandlet den familiebaserte behandlingsmodellen FBT, ble det vist til at *empowerment* var et viktig begrep for modellen. *Empowerment* er også vesentlig når veiledning er relatert til helseforhold som er arena/kontekst for denne studien. På individ nivå viser *empowerment* til en bevisstgjøring av ansvar og kontroll for eget liv, opplevelse av mestring og bevisstgjøring av egne ressurser. Begrepet omfatter også en relasjonell dimensjon som dreier seg om samhandling og kommunikasjon mellom helsepersonell og brukere (for eksempel foreldre som pårørende). Et vesentlig aspekt innenfor denne samhandlingen er en dreining av makt fra fagfolk til brukerne, der kompetanse innenfor begge gruppene er likeverdige. Både på individ- og relasjonelle nivå kan ordet *empower* ha betydningene «å gi makt» eller «gi autoritet til» og «å gjøre i stand til» (Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, 2018). I *empowerment*-prosessen er veiledning et middel for å styrke mestringskompetansen til brukerne (Tveiten, 2016, s. 89 og s. 93). Som nevnt ovenfor så er bærende prinsipper innenfor *empowerment*-tenkningen at kompetanse hos fagfolk og brukere er ulike, men likeverdige. I dette ligger det at helsepersonell er eksperter på faglige forhold og brukerne eksperter på seg selv og sine liv, som for eksempel hvordan de opplever eller tenker om noe, eller hva de opplever at de har behov for (Tveiten, 2016, s. 13 og s. 34). Tveiten (2016, s. 34 og s. 35) viser til at paternalismen kommer til uttrykk i hjelpeapparatet når fagpersoner ut fra sin kunnskap definerer hvilke behov og hjelp brukerne trenger. Hun understreker samtidig at dette ikke betyr at fagkompetansen må vike eller holdes tilbake, men at utfordringen ligger i å samhandle slik at det er til brukernes beste. Innenfor FBT modellen, er også et hovedprinsipp, at foreldre selv besitter kompetanse og ferdigheter for å hjelpe barnet sitt. Terapeutens rolle er å innta en ikke-autoriativ holdning, men heller veilede og støtte opp om foreldrenes innsats for å hjelpe barnet sitt. (Lock & Le Grange, 2013, s. 23). I denne studien som ser nærmere på utfordringer miljøterapeuter opplever når de har måltidsveiledning med foreldre som har et barn med anoreksi, er det flere aktuelle dilemmaer som kan knyttes opp til veiledning og styrking av foreldres mestringskompetanse. For eksempel i hvilken grad makter miljøterapeutene under veiledning med foreldrene, og balansere likeverd mellom egen fagkunnskap og foreldrenes kunnskap slik at disse er til ungdommenes beste i behandlingen? Hva når miljøterapeuter veileder ut fra sin faglige kompetanse, men foreldre velger å ikke følge denne? Hvordan kan miljøterapeuter i veiledning styrke og støtte foreldre dersom faglige vurderinger går på tvers

av foreldres vurderinger? Hvordan kan miljøterapeuter styrke og støtte foreldre dersom man opplever at foreldre ikke klarer/makter å være en ressurs for barnet sitt i forbindelse med måltidene? (Helsedirektoratet, 2017; Tveiten, 2016, s. 34 og s. 35). Slike utfordringer og dilemmaer vil bli nærmere belyst i diskusjonsdelen av denne studien.

4 Metode

I dette kapittelet redegjøres det for etiske hensyn og overveielser, samt studiens metode og design som ble benyttet for å besvare forskningsspørsmålet.

4.1 Etiske hensyn og overveielser

Det knytter seg både etiske og moralske spørsmål og problemstillinger til utførelsen av en kvalitativ studie (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 95). Dette gjelder både for både planlegging, gjennomføring, og formidling av resultater fra studien. Det er tilstrebet å ha fokus på etiske overveielser og hensyntakende overfor studiedeltakerne i alle ledd av forskningsprosessen. Særlig vektlagt ble forhold knyttet til samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og forskers rolle (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 102). Det vil redegjøres for etiske overveielser og føringer som ble lagt for disse fire hovedområdene, samt øvrige hensyn og vurderinger som ble tatt/foretatt i forbindelse med forskningsprosessen.

4.1.1 Samtykke og rekruttering

For at studiedeltakerne skulle kunne samtykke om deltakelse på riktig informert grunnlag, ble det utarbeidet et grundig informasjonsbrev som redegjorde for formål og design for studien, hva det ville innebære å delta i studien, samt hvordan datamaterialet ville bli behandlet. Ved briefingsrunden som innledet til intervjuene ble deltakerne spurt om de hadde spørsmål vedrørende studien, samt at forsker gjentok de mest sentrale momentene for deltakelse, som frivillighet og mulighet til å trekke seg fra studien (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104 - 105). Alle deltakerne bekreftet å ha lest informasjonsskrivet, og underskrev samtykkeerklæring. Ved utforming av informasjonsskrivet om studien ble det også tatt høyde for at det kunne være nødvendig med flere rekrutteringsrunder. Med tanke på at aktuelle deltakere ikke skulle oppleve press for å delta i studien selv om de mottok flere henvendelser om rekruttering, ble det tydeliggjort i informasjonsskrivet at de som hadde bestemt seg for å *ikke* delta bare skulle se bort fra henvendelsen (Vedlegg 4). I informasjonsskrivet ble det også påpekt at det medførte ingen konsekvenser dersom man *ikke* ønsket å delta i studien.

Ettersom rekruttering av deltakere skulle foretas på kun et arbeidssted, ble det vurdert at det var mest hensiktsmessig å gjøre en henvendelse til alle miljøterapeuter som innfridde kravet

til inklusjon, i motsetning til enkelt-vise eller gruppe-vise forespørslar. Dette fordi dersom de første som fikk en henvendelse *ikke* ønsket å delta, så kunne de neste som ble forespurt oppleve det som om de var «andrevalg», noe som kunne oppleves som negativt. På bakgrunn av denne tilnærmingen for rekruttering, så var det også mulig at antallet deltakere kunne bli litt høyere enn 4-6 studiedeltakere. Det var ikke ønskelig å takke nei til deltakere som meldte sin interesse for å bidra til studien, ettersom dette kunne bli oppfattet som en avvisning. At studiedeltakere kunne overstige antallet på 4-6, var en medvirkende årsak til at det var planlagt å benytte transkriberingsassistent.

4.1.2 Konfidensialitet

Kvale og Brinkmann (2015, s. 106) viser til at konfidensialitet innenfor forskning omhandler at studiedeltakerne skal være informert og samtykke til hvordan datamaterialet behandles. Å bevare konfidensialitet overfor studiedeltakerne omhandler å ikke tilkjenne personkarakteristika som kan identifisere deltakerne. Ettersom det var planlagt å benytte transkriberingsassistent ble dette arbeidsforholdet kontraktregulert (vedlegg 2). På bakgrunn av behandling av personopplysninger ble det innhentet godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata AS (NSD) (Vedlegg 1). Krav fra NSD om oppbevaring og håndtering av datamaterialet er etterfulgt i forskningsprosessen. Intervjuene ble transkribert 1-2 dager etter gjennomføring, ved å lytte på lydopptak fra diktafon. Hvert lydopptak ble så overført til datamaskin med brukernavn og passord, samt at lydfilene ble kryptert. Lydopptaket på diktafonen ble deretter slettet. Etter at forsker var tilfreds med transkripsjon av alle intervjuene, ble også lydfilene på pc slettet. Personidentifiserende informasjon som utdanning og ansiennitet ble lagt til koblingsnøkkel, slik at tekstmaterialet kun inneholdt fiktive navn. Koblingsnøkkel ble oppbevart innelåst og adskilt fra øvrig datamateriale. Datamaskin og øvrig datamateriale ble også oppbevart i låsbart rom. Særskilte hendelser og beskrivelser som kunne tenkes være av personidentifiserende art ble fjernet i den transkriberte teksten. Ved presentasjon av deltakere i studien er det valgt å presentere deltakerne som gruppe, ettersom personkarakteristika som utdanning og ansiennitet, sett i sammenheng med hvor undersøkelsen er gjennomført, kan spores til enkeltdeltakere.

4.1.3 Konsekvenser

Ved gjennomføring av kvalitativ forskning må det gjøres etiske overveielser med hensyn til fordeler og ulemper ved deltakelse for den enkelte studiedeltaker, samt for den gruppen som deltakerne representerer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 107). Så langt forsker kunne vurdere

var det ingen umiddelbare negative konsekvenser forbundet med å delta i studien. Refleksjoner vedrørende eventuelle/potensielle konsekvenser var dersom resultater fra studien, ble opplevd som ufordelaktige for noen av gruppene omtalt i studien. For eksempel miljøterapeutgruppen, foreldre som har barn innlagt for behandling av anoreksi, eller øvrige faggrupper ved sengeposten. Nytteverdien av studien ble likevel vurdert å ha flere fordeler, enn eventuelle ulemper. En refleksjon/vurdering var at når et barn eller en ungdom er så alvorlig syk av anoreksi at det er behov for innleggelse til døgnbehandling, så vil både de nærmeste pårørende og de ulike faggrupper innen hjelpeapparatet, fra hvert sitt ståsted, ha erfaring med hvor utfordrende og krevende behandling kan være. Denne studien representerer således et lite utvalg av miljøterapeuters perspektiv på hvordan disse utfordringene oppleves og forstås av dem. Studiens empiriske materiale representerer *ikke* hvordan pårørende eller andre faggrupper opplever utfordringer fra sitt perspektiv, i behandlingshverdagen. Kunnskapen som utvikles i denne studien kan likevel ha nytteverdi for andre faggrupper enn de som jobber i den miljøterapeutiske virksomheten, samt for fagfeltet som jobber etter familiebasert behandlingstilnæringer. Tjora (2012, s. 106) viser til at intervjuforskning kan brukes til å forstå sammenhenger, utover de enkelte studiedeltakernes erfaringer/opplevelser som individer.

Øvrige etiske overveielser var knyttet/relatert til intervjusituasjonen og transkriberingen. Under intervjuene omhandlet det om å utvise sensitivitet dersom forsker registrerte at deltakere ga uttrykk for, at de ikke ønsket eller var tilbakeholdne med hensyn til å utdype et tema ytterligere. Selv om det kunne vært fordelaktig for studien med en videre utforskning, ble hensyntakende overfor deltakerne veid tyngre. Kvale og Brinkmann (2015, s. 107) viser til studiedeltakere i intervjusituasjonen kan komme til å dele informasjon som de senere vil angre på. Malterud (2011, s. 202) påpeker også at studiedeltakerne må føle seg fortrolige og trygge under intervjusituasjonen, uten å føle seg presset. Under transkriberingsprosessen ble det tatt hensyn til hvordan talespråket kan fremstå som rotete og usammenhengende ved direkte ordrett nedskrivning, og derav kan oppleves sårende/krenkende for studiedeltakere (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 107). Av denne grunn ble intervjuene lett redigert slik at teksten fremstod som mer forståelig og leservennlig.

4.1.4 Forskerens rolle

Kvale og Brinkmann (2015, s. 108) viser til at ved kvalitative studier der det benyttes intervjuer, så hviler det et særlig ansvar på forsker om etisk etterrettelighet og moralsk

ansvarlig forskningsatferd. Ettersom forsker selv er det viktigste redskap for å innhente kunnskap, er egen rolle, posisjon og integritet avgjørende for kvaliteten på kunnskapen som produseres. På bakgrunn av min rolle og tilknytning til arbeidssted der det skulle rekrutteres deltakere, ble det vurdert at forespørsel om deltakelse skulle komme fra ledelse ved sengeposten, og ikke fra meg. Hensikten var å unngå at deltakere i egenskap av relasjon til meg, skulle føle press eller forpliktelse til å delta i studien. I informasjonsskrivet om studien var det også påpekt at det var ingen konsekvenser dersom man *ikke* ønsket å delta.

Det er tilstrebet ærlighet, refleksivitet og gjennomsiktighet gjennom alle faser i forskningsprosessen. Samt å ha bevissthet hvordan forforståelse, relasjon til studiedeltakerne og inngående kunnskap om forskningstemaet kan være til hinder for å opprettholde en profesjonell avstand. Fra en hermeneutisk innfallsvinkel så har det også vært nyttig underveis i studien og stadig se på datamaterialet og studien forøvrig med nye blikk. Lesing av artikler og teori, og bearbeiding og analyse av data har vært en stadig pendel mellom deler og helhet, der forsker utvider forståelsen og innsikten for hver gang. Dette har vært til hjelp for å ha et

4.2 Kvalitativ metode

Forskningsspørsmålet for denne studien var hvilke utfordringer miljøterapeuter erfarte når de hadde veiledning med foreldre i forbindelse med måltidsituasjoner. Problemstillingens formulering og art gjorde det naturlig å velge en kvalitativ metode som forskningsstrategi for å besvare forskningsspørsmålet. Metode viser til den veien man går for å nå fram til målet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 140), og skal ved transparent rapportering styrke studiens forståelse, pålitelighet og troverdighet (Tong, Sainsbury & Craig, 2007). Noen karakteristika ved kvalitativ forskning er at den tilstreber helhetsforståelse, er fleksibel/tilpasningsdyktig, har høy grad av forskerinvolvering, samt at mange av veivalgene gjøres underveis i prosjektet etter hvert som forsker får ny innsikt (Polit & Beck, 2012, s. 487). Kvalitative metoder er velegnet når målet er å utforske meningsinnholdet av ulike fenomener i en gitt sammenheng, slik det oppleves og erfares av de som er involverte (Malterud, 2011, s. 26).

4.3 Design

Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk), og det finnes en rekke ulike strategier for innsamling og behandling av data (Malterud, 2011, s. 26). For denne studien ble det vurdert at semistrukturerte

forskningsintervjuer, også kalt livsverdenintervjuer eller dybdeintervjuer, var en hensiktsmessig fremgangsmåte for innsamling av data. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 22) er målet for slike intervjuer «...å hente inn beskrivelser om den intervjuedes livsverden for å kunne fortolke betydningen». Med plassering av denne målformuleringen av Kvale og Brinkmann innenfor vitenskapsteorien, kan man si at «å hente inn beskrivelser av den intervjuedes livsverden» viser til en fenomenologisk tilnærming for datainnsamling, mens «å fortolke betydningen av den intervjuedes livsverden» viser til den delen av forskningsprosessen der hermeneutikken gjør seg mest framtrædende, som i analysedelen av studien. Malterud (2011, s. 44) påpeker at i en kvalitativ studie så gjør forskeren bruk av både beskrivelser (fenomenologi) og tolkning (hermeneutikk), samt at «...enhver beskrivelse er farget av tolkninger, og enhver tolkning bygger på beskrivelser». Som forsker har man likevel nytte av å ha et bevisst forhold til hvor man legger tyngdepunktet innenfor de vitenskapsteoretiske ståstedene, i ulike deler av forskningsprosessen (Malterud, 2011, s. 45). Studiedesign bør tydeliggjøre de teoretiske rammene som ligger til grunn, slik at leserne kan forstå og følge veien i forskningsprosessen (Tong et al., 2007). Det vil derfor presenteres noen hovedtrekk fra retninger innen fenomenologi og hermeneutikk, som vurderes å ha mest betydning for denne studien. Etersom semistrukturerte livsverdenintervjuer er valgt som forskningsstrategi, vil det vektlegges aspekter/momenter relevant for denne tilnærmingen.

4.3.1 Fenomenologi og hermeneutikk

Fenomenologi er en filosofisk tradisjon, utviklet av Edmund Husserl (1859-1938) og Martin Heidegger (1889-1976). Tilnærmingen ved dette perspektivet er rettet mot hvordan man kan forstå individers erfaringer fra hverdagslivet (Polit & Beck, 2012, s. 494). Grunnleggende innenfor fenomenologien er at menneskers erfaringer regnes som gyldig kunnskap (Malterud, 2011, s. 45). To hovedperspektiver innenfor denne retningen er deskriptiv fenomenologi og fortolkende fenomenologi, også kalt hermeneutikk (Polit & Beck, 2012, s. 494 - 496). Husserl er sentral innenfor den deskriptive fenomenologiske retningen og var opptatt av hvordan vi kan forstå kunnskap og hvordan vi konstituerer verden gjennom bevisstheten vår (Lorem, 2014, s. 44; Thornquist, 2003, s. 84). I følge Husserl ligger ikke mening i objektene eller tingene vi har rundt oss, men hvordan bevisstheten vår forstår eller oppfatter objektene. Det er vår relasjon til våre omgivelser og verden som gjør at verden fremstår som meningsfull for oss. Samme fenomen eller situasjon kan ha ulik betydning og mening for ulike mennesker (Lorem, 2014, s. 44). Livsverden er et sentralt begrep for Husserl, og også for psykologen og

fenomenologen Amedeo Giorgi (1931-) som har inspirert til analysemetoden systematisk tekstkondensering av Malterud (2011, s. 96). Overført til denne studien så er det altså studiedeltakernes «hverdagsverden» jeg søker tilgang til ved intervjuene. Hverdagen slik de lever i den, har erfaring med den, hvordan den framtrer for dem. Fra et fenomenologisk inspirert forskningsperspektiv så er det menneskers livsverden vi søker tilgang til ved kvalitative forskningsintervjuer. En variant av slike intervjuer er det semistrukturerte intervju som benyttes i denne studien. Denne intervjuformen er en hensiktsmessig metode når vi ønsker å utforske og forstå temaer og fenomener slik de erfares og beskrives av intervjupersonene selv (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46 og 47). I det analytiske arbeidet med datamaterialet, letes det etter kjennetegn ved de fenomenene som studeres, samtidig som det tilstrebes å sette egen forforståelse om fenomenene til side (*bracketing/epochè*) (Giorgi referert i Malterud, 2011, s. 97; Polit & Beck, 2012, s. 495).

Heidegger, som var student hos Husserl, mente at det var umulig å tilsidesette egen forforståelse. Heidegger beveget seg bort fra den deskriptive fenomenologiske retningen, og ble et sentralt navn innenfor retningen fortolkende fenomenologi, også kalt hermeneutikk (Polit & Beck, 2012, s. 496). Hermeneutikken retter sin oppmerksomhet mot tolkningslære, eller vilkår for hvordan vi kan forstå. Hermeneutikkens utgangspunkt dreide seg om tolkning av tekster, men rettet seg etter hvert også mot menneskets handling, samhandling og dialogen i mellommenneskelige møter (Thornquist, 2003, s. 139). Hans-Georg Gadamer (1900-2002) er et annet sentralt navn innenfor hermeneutikken. Gadamers utgangspunkt for å oppnå forståelse er en erkjennelse av at vi er historiske vesener og at våre opplevelser og erfaringer må settes inn i et skjema (historien) som en forutsetning for å ha mulighet for å forstå. Dersom vi ikke kan plassere våre erfaringer innenfor en kontekst av historie ville inntrykkene våre bli kaotiske og usammenhengende (Aadland, 1997, s. 168). På bakgrunn av dette har vi alle med oss en forståelseskontekst, en forforståelse i møte med andre.

Oppsummert kan man si at tilsidesettelse av egen forforståelse (*bracketing/epochè*) aldri fullt ut kan gjennomføres, og derfor vektlegges heller at forsker må ha et transparent og reflektert forhold til egen forforståelse. Dette innebærer å synliggjøre og tydeliggjøre egen rolle og eget ståsted i forskningsprosessen (Malterud, 2011, s. 19; Tong et al., 2007). Forskers rolle og ståsted for denne studien vil redegjøres for i følgende delkapittel.

Tolkningsprosessen for å oppnå en utvidet forståelse, beskriver Gadamer i et sirkellignende forhold; den hermeneutiske sirkel, der man beveger seg fra helheten til delen og så tilbake til helheten igjen (Gadamer, Schaanning & Holm-Hansen, 2010). I slike sirkellignende

bevegelser blir man eksponert for nye erfaringer slik at man utvider sin innsikt, og som igjen kan lede til ny og utvidet forståelse av et tema eller et fenomen.

I kvalitativ forskning kan man bruke begrepet eksplorerende/utforskende tilnærming som en beskrivelse for Gadammers hermeneutiske sirkel. En slik utforskende tilnærming, som beveger seg mellom deler og helhet, gir mulighet for at forsker kan lære, utvide og endre oppfatning i alle ledd i forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 147).

Denne studien har altså et kvalitativt design, utført ved semistrukturerte intervjuer med en beskrivende og utforskende målsetting.

4.4 Forskernes rolle og ståsted

Som beskrevet innledningsvis i dette kapittelet, så innebærer kvalitativ forskning høy grad av forskerinvolvering. Forskeren må redegjøre for sin rolle, posisjon og forforståelse, slik at leserne av studien har mulighet til å vurdere hvordan disse faktorene kan ha hatt innvirkning på resultatene (Malterud, 2011, s. 19; Tong et al., 2007).

Min utdanningsbakgrunn er klinisk barnevernspedagog, med videreutdanning i miljøterapi og relasjon- og nettverksarbeid. Jeg har 25 års yrkespraksis fra ulike barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger. Som jeg beskrev i innledningen så har jeg de siste 10 år har jobbet ved en spesialisert sengepost som jobber med barn og ungdom med spiseforstyrrelser, der hovedtilnærmingen er familiebasert behandling. I stillingen som fagutvikler er jeg involvert både i den miljøterapeutiske virksomheten, har rådgivende funksjon i lederteam, deltakelse på behandlingsmøter for pasienter, og jobber med forbedringsprosjekter i avdelingen. Fagutviklerstillingen innebærer ikke lederansvar eller personalansvar.

Refleksivitet viser også til identifikasjon av forskerens personlige interesse for tematikken som skal studeres, samt redegjørelse av den forforståelse man går inn i studien med (Malterud, 2011, s. 217; Tong et al., 2007). Min interesse for tematikken i studien er knyttet til endring- og utviklingsarbeid for familiebasert behandling av anoreksi i sengepost.

Utfordringer i veiledning av foreldre er et stadig tilbakevendende tema på mitt arbeidssted. Min faglige interesse og motivasjon har vært å få en dypere innsikt og forståelse for disse utfordringene, og at denne kunnskapen kan bidra til å styrke det miljøterapeutiske arbeidet i veiledning og samarbeid med foreldre. Min forforståelse var at miljøterapeutene ville beskrive et bredt spekter av dilemmaer og utfordringer under måltidsveiledning med foreldre.

Jeg har altså inngående feltkunnskap om tematikken som belyses i denne studien, og empiri er innhentet fra eget felt/eget arbeidssted. Med min rolle og posisjon til feltet så har jeg underveis i forskningsprosessen tilstrebet å utfordre, nyansere og utvide den (felt)kunnskapen jeg besitter. Refleksivitet fra forsker gjenspeiler en aktiv holdning, der det må tilstrebes å være bevisst hvilken betydning forforståelsen har for ulike ledd i forskningsprosessen, samt å utfordre egne forestillinger underveis i prosjektet (Malterud, 2011, s. 18; Polit & Beck, 2012, s. 495 og 496). Et nyttig tiltak i denne sammenhengen har vært å føre prosjektlogg, også kalt en refleksiv journal (Polit & Beck, 2012, s. 495). I prosjektloggen er det fortløpende notert ned egne forestillinger om problemstillingen, undringer og kritiske spørsmål som har meldt seg underveis, nye eller overraskende momenter fra datamaterialet, samt litteratur og teori som kunne gi nye dimensjoner eller ny innsikt til tematikken for studien. Overveielser, utfordringer og valg vedrørende/med hensyn til/ i forhold til metodisk framgang ble også fortløpende notert, og vil bli nærmere redegjort for i de kommende delkapitlene.

4.5 Utvalg

På bakgrunn av problemstillingen ble det valgt å gjøre et strategisk utvalg av deltakere til studien. Målsettingen med et strategisk utvalg er å rekruttere deltakere som har best mulig forutsetning for å gi reflektert informasjon om den problemstillingen som skal undersøkes (Malterud, 2011, s. 56; Tjora, 2012, s. 145). Det var naturlig å rekruttere utvalget fra en sengepost som behandlet spiseforstyrrelser for barn og unge med en familiebasert tilnærming, der foreldre var innlagt i posten sammen med barnet sitt. Det var ønskelig med et utvalg som kunne belyse og gi dybdebeskrivelser av tematikken, og følgende inklusjonskriterier ble derfor satt med hensyn til rekruttering:

- 1) At studiedeltakere jobbet i miljøterapeutgruppen i dag og aften turnus, ettersom det var disse som hadde ansvaret for veiledning av foreldre i forbindelse med måltidsituasjoner.
- 2) At studiedeltakere hadde jobbet ved avdelingen i mer enn 3 år. Med dette kriteriet ville jeg sikre at deltakerne hadde jobbet med mange ulike foreldre og hadde mengdetrening med hensyn til å veilede foreldre. Formålet var at mengdeerfaring hos deltakerne, kunne bidra til å utvide og nyansere datamaterialet.
- 3) At studiedeltakere hadde vært mest mulig tilstedeværende i jobb det siste året. Bakgrunn for dette inklusjonskriteriet var av at jeg ønsket informasjonsrike deltakere med variasjon og

dybdebeskrivelser av/nærhet til tematikken som skulle belyses. Lengre fraværperioder siste år kunne være til hinder for dette.

Det ble ikke satt kriterier for kjønn eller fagbakgrunn for deltakerne som skulle rekrutteres til studien. At utvalget kunne komme til å representere ulike kjønn og være tverrfaglig sammensatt, ville være positivt ettersom dette kunne bidra til et nyansert og rikere datamateriale. Malterud (2011, s. 57) viser til at et strategisk utvalg som ikke er for homogent, kan bidra til data som gir flere dimensjoner og beskrivelser av tematikken som skal undersøkes.

Det ble vurdert at et antall på 4-6 deltakere vil være tilstrekkelig for å besvare forskningsspørsmålet, samt praktisk håndterbart for forsker innenfor rammene og tidsperspektivet for studien. Et antall på 4-6 deltakere ville også gi, om ikke et fullgodt, så forhåpentligvis et tilstrekkelig metningspunkt. Hvor mange deltakere det er behov for i en studie må sees i sammenheng med formålet og forskningsspørsmålet. Er målet en heldekkende beskrivelse av et felt vil det kreve et betydelig høyere antall deltakere, enn dersom studien har et beskrivende og eksplorerende formål, slik som denne studien (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 148; Malterud, 2011, s. 60). Malterud (2011, s. 60) viser til at dersom forsker har god feltkunnskap og har vektlagt grundige teoretiske og metodiske forberedelser for datainnsamling og analyse, så kan et begrenset antall studiedeltakere være tilstrekkelig for å gi et bredt og variert datamateriale. Et strategisk utvalg som kan gi rikelig med informasjon om tematikken for studien, er viktigere enn antall studiedeltakere (Malterud, 2011, s. 61). Mengden på datamaterialet må heller ikke være større enn at forsker kan gjennomføre en grundig og forsvarlig analyse (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 149; Malterud, 2011, s. 61).

4.6 Rekruttering av deltakere

For å informere om denne studien ble det arrangert et informasjonsmøte med seksjonsleder for sengeposten. I etterkant av dette møtet ble det sendt en skriftlig forespørsel til seksjonsleder og enhetsleder (Vedlegg 3) om gjennomføring av den empiriske delen av studien ved den aktuelle enheten, samt informasjon om rekruttering av studiedeltakere. Enhetsleder ved seksjonen fulgte videre opp rekrutteringsprosessen, der det ble sendt ut e-post med forespørsel om deltakelse, til aktuelle studiedeltakere. Informasjonsskrivet om studien og samtykkeerklæring (Vedlegg 4) som ble sendt til aktuelle deltakere var utarbeidet av forsker. Det var et ønske å få et antall på 4-6 deltakere til studien. Det ble gjennomført tre

rekrutteringsrunder via e-post, og for hver runde var det to deltakere som meldte sin interesse for å delta. Etter tre rekrutteringsrunder var det altså 6 deltakere som ønsket å delta i studien, og rekruttering ble avsluttet. Noen deltakere tok kontakt med enhetsleder og sa seg villig til å delta i studien, mens andre tok direkte kontakt med meg.

4.7 Presentasjon av deltakere i studien

Alle studiedeltakerne ble rekruttert fra samme arbeidssted som var en spesialavdeling/sengepost for behandling av barn og unge med spiseforstyrrelser. En av deltakerne hadde avsluttet sitt arbeidsforhold til avdelingen/posten før rekruttering var påbegynt, men hadde godkjent at det kunne sendes forespørsel om deltakelse, og takket ja til forespørselen. Deltakerne jobbet i den miljøterapeutiske virksomheten i sengeposten, med ansvar for daglig oppfølging av barn og ungdommer og deres foreldre, som til enhver tid var innlagt ved posten. En av hovedoppgavene i den miljøterapeutiske virksomheten var gjennomføring av måltider og foreldreveiledning. Av de seks studiedeltakerne var fem kvinner og en mann. Alle deltakerne hadde sin grunnutdanning innenfor helse- og sosial faglig sektor. Vanlig utdanningsbakgrunn for miljøterapeuter innenfor barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger er for eksempel sykepleiere, barnevernspedagoger, vernepleiere eller pedagogiske utdanninger rettet mot barn og unge (Utdanningsdirektoratet, 2019).

Deltakerne i denne studien representerte tre ulike grunnutdanninger. Tre deltakere hadde spesialisert videreutdanning, mens to hadde annen type videreutdanning av mindre grad/studiepoeng. Fire av deltakerne hadde gjennomført kompetanseprogrammet «Kropp og selvfølelse» om behandling av spiseforstyrrelser. Alle studiedeltakerne vil omtales ved fellesbetegnelsen miljøterapeuter, uten referanse til utdanningsbakgrunn. For deltakerne var gjennomsnittlig lengde på ansettelse ved sengeposten 10,4 år.

4.8 Forberedelse til den empiriske delen av studien

4.8.1 Intervjuguide

En semistrukturert intervjuguide ble utarbeidet til intervjuene (Vedlegg 5). Det ble vektlagt at intervjuguiden hadde tilstrekkelig struktur for å belyse problemstillingen, og på den andre siden at guiden var fleksibel nok til å forfølge og utforske deltakernes utsagn og få

innholdsrike beskrivelser (Malterud, 2011, s. 129). Hovedspørsmålene i intervjuguiden var sentrert mot å få belyst forskningsspørsmålet fra ulike vinkler. Få hovedspørsmål ville stille særlige krav til at jeg måtte være fokusert, lyttende og oppmerksom på hva deltakerne formidlet, for å kunne følge opp med tilleggsspørsmål, som kunne gi nyttige og nyanserte data.

Under hovedspørsmålene i intervjuguiden ble det notert ned stikkord med to formål. For det første å opprettholde fokuset på følge opp og utforske utsagn fra deltakerne, og for det andre som forslag til mulige temaer for oppfølgingsspørsmål ved behov (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 166; Tjora, 2012, s. 113). Det ble også satt opp en liste med tips til mer inngående og spesifiserte spørsmål, som kunne bidra til ytterligere utdyping og beskrivelser fra deltakerne, for eksempel «*Kan du si litt mer om det?*», «*Kan du utdype det?*» «*Hva tenkte du om det?*» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 166-167).

4.8.2 Prøveintervju

Det ble foretatt et prøveintervju ca. en måned før den empiriske delen av studien skulle gjennomføres. Intervjuet ga nyttige erfaringer for alle ledd av intervjuprosessen. Herunder betydningen av gode praktiske forberedelser, som tiltak for å hindre forstyrrelser og bruk av diktafon for å sikre gode lydopptak. Intervjuet ga også mulighet for å teste ut intervjuguiden, hvordan rekkefølgen og formuleringen av spørsmålene fungerte, og erfare hvordan deltakeren responderte på spørsmålene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 91). Særlig viktig var erfaringen med å trene på intervjurollen, som å være aktivt lyttende, følge opp og utforske utsagn fra deltakerne, betydningen av gode oppfølgingsspørsmål, og samtidig holde fokus på tema og målet med intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 170). Prøveintervjuet ga også erfaring med det samspillet, og interaksjonen som oppstår mellom intervjuer og deltaker. Herunder hvordan ro, trygghet, tid, tempo, tenkepauser, sensitivitet og tilstedeværelse har betydning for hvordan intervjusituasjonen oppleves, og virker inn på muligheten for samproduksjon av gode data (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 49; Malterud, 2011, s. 131). Evaluering og refleksjoner sammen med deltakeren i etterkant av prøveintervjuet ga verdifulle innspill. Disse ble integrert videre i arbeidet med utforming av intervjuguiden, og for å utbedre intervjustil og intervjurollen til forsker. Prøveintervjuet ble transkribert av forsker og under dette arbeidet ble det lagt føringer for hvordan transkriberingen skulle utføres for den øvrige datainnsamlingen. Ytterligere beskrivelse av transkribering vil utdypes i et av de følgende delkapittel.

4.9 Gjennomføring av intervju

4.9.1 Praktiske forhold vedrørende tilrettelegging og gjennomføring av intervjuene.

Alle seks intervjuer ble gjennomført ved personlig oppmøte. Tidspunkt for gjennomføring ble avtalt med hver enkelt studiedeltaker, og det ble vektlagt å finne en tid og et sted der intervjuet kunne gjennomføres uten avbrytelser og forstyrrelser. Deltakerne ble forespurt hvor de ønsket å gjennomføre intervjuet, og alle valgte eget arbeidssted. Å la studiedeltakere velge hvor intervjuet skal gjennomføres, kan styrke trygghetsfølelsen og legge til rette for en avslappet atmosfære (Tjora, 2012, s. 120). Det var satt av/avsatt ca. 45 minutter til hvert intervju. To intervju varte i ca. 60 min, to i ca. 45 min og to i ca. 30 min.

4.9.2 Intervjuenes forløp

Intervjusituasjonen innledet med en briefing som beskrevet av Kvale og Brinkmann (2015, s. 160). Det ble også informert om bruk av lydopptaker og hvordan opptakene videre ville bli behandlet, samt understreket at data ville bli anonymisert. Alle godtok bruk av lydopptak. Deltakerne fikk også en påminnelse om å opprettholde taushetsplikt, og ikke bruke navn på foreldre eller pasienter. Alle deltakere underskrev samtykkeerklæring, og ble spurt om de hadde øvrige spørsmål vedrørende informasjonsskrivet eller studien for øvrig. Briefingen bidro til å klargjøre rammene for intervjusituasjonen og sikre informert samtykke for deltakelse, samtidig gjorde den at oppstarten fikk et litt formalisert preg.

På bakgrunn av min rolle og posisjon overfor/i forhold til studiedeltakerne, samt forforståelse til intervjutemaet, så ble studiedeltakerne gjort oppmerksom på at jeg kanskje ville stille spørsmål som de kunne tenke at jeg burde vite svaret på. Hensikten var å unngå at studiedeltakerne skulle begrense sine svar, ut fra sin forforståelse om hva jeg allerede hadde kunnskap om, eller hadde behov for å vite mer om. En annen hensikt var å minne meg selv på at jeg ikke skulle ta for gitt at jeg visste hva studiedeltakerne snakket om, men måtte være lydhør og utforske beskrivelser og meningsinnhold. Kvale og Brinkmann (2015, s. 48) og Tjora (2012, s. 110) viser til at en slik bevisst naiv posisjon fra forsker, viser til åpenhet og nysgjerrighet for studiedeltakernes beskrivelser og opplevelser, samt kan bidra til å klargjøre forventninger og rammer for kommunikasjonen under intervjuene.

Som tidligere redegjort for så hadde forsker et særlig fokus på å være aktivt lyttende under intervjuene. Denne posisjoneringen var avgjørende for å klare å følge opp, og videre utforske utsagn fra deltakerne. Med få spørsmål i intervjuguiden ble oppfølgingsspørsmålene særlig viktige for å få nyanserte og innholdsrike data. Som beskrevet av Kvale og Brinkmann (2015, s. 170), så var også erfaringen fra forsker at en aktiv lyttende posisjon krevde en særegen tilstedeværelse og sensitivitet i intervjusituasjonene. Det var konsentrasjonskrevende å fortløpende beslutte hvilke dimensjoner fra det deltakerne fortalte om, som videre skulle utforskes. Å innta en aktivt lyttende posisjon, gjorde det likevel lettere å *ikke* styre samtalen for mye inn mot forskers forutgående kunnskap (Malterud, 2011, s. 130).

Underveis i intervjuene ble det også fortløpende avklart meningsinnhold av begrep og uttrykk deltakerne benyttet. Hensikten var at kontroll av meningsinnhold, mens intervjuene pågikk, ville være til hjelp i analyseprosessen der datamaterialet skulle fortolkes og kategoriseres, samt styrke validitet av resultatene i studien (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 146, s. 163 og s. 278).

På bakgrunn av læring og ny forståelse i løpet av datainnsamlingen, ble det gjort noen tilføyelser i intervjuguiden. Å gjøre endringer og utbedringer etter hvert som forsker får ny innsikt er et av karakteristika ved kvalitativ forskning, samt i overenstemmelse med en utforskende tilnærming (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 147; Malterud, 2011, s. 129; Polit & Beck, 2012, s. 487). For eksempel var et hovedspørsmål i intervjuguiden: «Kan du fortelle så detaljert som mulig om en konkret veiledningssamtale som du har hatt med en forelder i forbindelse med et måltid, som du opplevde som utfordrende eller krevende?» Under dette hovedspørsmålet ble det satt opp et alternativt spørsmål: «Kan du huske en forelder som du har veiledet i forbindelse med måltider som du synes det var utfordrende eller krevende å veilede?» Tilføyelsen kom i etterkant av et intervju der deltakeren ikke kunne huske en konkret veiledningssamtale. Ved oppfølgingsspørsmål kunne hun likevel fortelle om mange generelle temaer og områder som det var utfordrende å veilede foreldre på. Når forsker ba henne fortelle mer om dette, kom hun plutselig på en spesiell forelder hun hadde jobbet mye sammen med, og som hun syntes det var utfordrende å veilede. Dette utløste videre en konkret og detaljert historie. Forskers refleksjon i etterkant av dette intervjuet var at innfallsvinkel til minner, for noen deltakere kunne være lettere tilgjengelig ved å huske konkrete personer, enn en konkret veiledningssituasjon. Underveis i datainnsamlingen ble det også tatt inn stikkord for oppfølgingsspørsmål, basert på interessante innspill og temaer som kom fram under intervjuene, og som kunne bidra til å ytterligere belyse eller gi ny innsikt til

forskningsspørsmålet. At forsker oppdager nye nyanser og dimensjoner under intervjuene kan forstås ut fra den hermeneutisk sirkel, der nye erfaringer kan utvide forståelsen av et fenomen (Gadamer et al., 2010).

4.10 Transkribering

På grunn av tilgjengelig tidsramme for gjennomføringen av studien, ble det engasjert en kontoransatt som transkriberingsassistent og nedfelt en skriftlig kontrakt i form av en databehandleravtale (Vedlegg 2). Første intervju ble nedskrevet i samarbeid mellom transkriberingsassistent og meg. Jeg jobbet videre på egenhånd med å fullføre transkribering av dette intervjuet, ettersom databehandleravtalen måtte oppheves/ble opphevet på grunn av praktiske årsaker. De øvrige intervjuene ble kun transkribert av meg. Alle intervju ble nedskrevet 1-2 dager etter intervjuet var gjennomført. Jeg transkriberte fra opptak, og markerte for emosjonelle uttrykk som latter, sukk, ord og uttalelser som deltakeren la trykk på, samt tenkepauser. Hensikten var at noe av stemningen og den emosjonelle formidlingen som var tilstede under intervjuet, også skulle komme til uttrykk i skriftlig tekst, og kunne være en styrke i analyseprosessen. I første fase av analysearbeidet med teksten, oppdaget jeg at det var en del småord (eks. ehh og tja) som forstyrret meningsinnholdet. Det ble derfor utført en ytterligere bearbeiding av transkripsjonen, der gjentakelser, små fyllord og korte ufullstendige setninger ble fjernet. Å redigere teksten i noe grad er som regel etisk rett ettersom ordrett sitering kan få deltakerne til å framstå negativt, for eksempel som stotrende, nølende, ubesluttsomme osv. (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 213-214; Malterud, 2011, s. 77). Det ferdig transkriberte materialet var til slutt på 76 sider.

4.11 Analyse

Analysen er inspirert av prinsippene for systematisk tekstkondensering (Malterud, 2011, s. 96 - 112). Metoden er datastyrt og egner seg for en deskriptiv tverrgående analyse, der man bearbeider informasjon fra flere deltakere, med sikte på utvikling av beskrivelser og ny innsikt i prosjektets forskningsspørsmål (Malterud, 2011, s. 94 og 96). Dette sammenfaller med denne studiens tilnærming som har en deskriptiv og utforskende/eksplorativ ambisjon. Ifølge Malterud (2011, s. 91) skal analysen «...bygge bro mellom rådata og resultat ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet». Prosessen for behandlingen av datamaterialet bygger på prinsipper om dekontekstualisering, der man siler ut noe av det

materialet som sier det samme, og rekontekstualisering, der man søker tilbake med de svarene man har funnet, for å se at de fortsatt stemmer overens med den sammenhengen de ble hentet ut fra (Malterud, 2011, s. 93). Systematisk tekstkondensering utføres innenfor en hermeneutisk kontekst, der forsker kan dra nytte av læring og ny innsikt underveis. Fleksibilitet og et åpent fokus i det analytiske arbeidet er en forutsetning for å utvikle ny kunnskap, likeledes/samtidig styrker systematikk kvaliteten på resultatene.

4.11.1 Analysetrinnene

En pre-analytisk fase startet under gjennomføring av intervjuene og transkribering av disse. Det ble lagt merke til interessante temaer som studiedeltakerne snakket om, og som var verdt å utforske videre. På bakgrunn av dette ble det gjort noen tilføyelser i intervjuguiden, før gjennomføring av de påfølgende intervjuene.

Når transkriberingsprosessen var fullført, ble hoveddelen av analysen gjennomført på følgende måte:

I første trinn av analysen ble det lest igjennom datamaterialet flere ganger for å få et helhetsinntrykk, samt at det ble notert ned midlertidige inntrykk og temaer. Det ble tilstrebet å forholde seg til tekstmaterialet med en fenomenologisk innfallsvinkel, være åpen for det tekstmaterialet formidlet, og bevisst unngå å systematisere materialet ut fra egen forforståelse og teoretiske referanser. Etter flere gjennomganger av materialet ble det videre sirklet inn foreløpige temaer som vakte særskilt interesse og oppmerksomhet, med tanke på å belyse forskningsspørsmålet. Dette arbeidet ble gjennomført med teksten i papirformat og ved bruk av merketusj med ulike farger.

I andre trinn av prosessen ble det med de foreløpige temaene som utgangspunkt gjennomført en systematisk gjennomgang for å finne meningsbærende enheter i teksten. Samtidig ble det utviklet kodegrupper, og de ulike meningsbærende enhetene som tematiserte noe av det samme ble plassert i de ulike kodegruppene. Dette arbeidet ble utført på datamaskinen der de ulike kodegruppene fikk ulik tekstfarge, samt at de meningsbærende enhetene fikk en markering fra hvilken studiedeltaker de representerte og fra hvilken side i datamaterialet tekstbiten kom fra.

I trinn tre av analysen ble mening kondensert fra de meningsbærende enhetene som var kodet sammen, og det ble utarbeidet subgrupper under hver kodegruppe. Subgruppene var de videre analyseenheter i kondenseringsprosessen. For hver subgruppe ble det utarbeidet et kondensat

(kunstig sitat), som sammenfattet innholdet av de meningsbærende enhetene, innenfor de ulike subgruppene. Kondensatet ble skrevet i jeg-form, og det ble benyttet utsagn slik som studiedeltakerne selv hadde uttalt seg under intervjuene. Det ble også satt inn sitater fra studiedeltakerne som illustrerte innholdet i kondensatene. Kodegrupper og subgrupper ble videreutviklet og justert i flere runder under analyseprosessen.

I trinn fire ble materialet fra de foregående analysetrinnene satt sammen igjen. Dette ble utført ved å utarbeide en analytisk tekst for hver kodegruppe, som sammenfattet essensen og kjennetegn fra flere deltakers historier. De analytiske tekstene representerer resultatene fra studien. Hver analytisk tekst ble så gitt en overskrift, et kategorinavn, som sammenfattet hva den analytiske teksten omhandlet. Som en avrunding på analyseprosessen ble resultatene vurdert opp mot de transkriberte intervjuene, blant annet med hensyn til å se at det var forbindelseslinjer mellom resultat og rådata (Malterud, 2011, s. 96 - 110).

Analysearbeidet var en dynamisk prosess med stadig pendling mellom del og helhet som beskrevet av Gadamer et al. (2010). Hver arbeidsfase i prosessen ble loggført og dokumentert, dette ble svært nyttig når det ble behov for å gå tilbake til tidligere trinn for å gjøre endringer. Gjennom analyseprosessen ble også forskningsspørsmålet ytterligere spesifisert. I følge Malterud (2011, s. 92) er det viktig å bruke lærdom som er erverves underveis til å videreutvikle forskningsprosjektet, for eksempel å kunne endre eller spisse på forskningsspørsmålet.

5 Resultater

I dette kapittelet presenteres resultatene av studien. De tre hovedkategoriene med subgrupper redegjøres for, og det blir benyttet sitater fra intervjuene som kan beskrive og utdype meningsinnhold av materialet som presenteres.

Kategori 1: Å nå fram til økt innsikt hos foreldre

Subgruppe 1: Å nå fram til foreldre med kunnskap og forståelse for sykdommen.

Subgruppe 2: Å få foreldre til å endre sin fremgangsmåte under måltidene.

Kategori 2: Å møte manglende forståelse hos foreldre

Subgruppe 1: Å møte negative reaksjoner fra foreldre.

Subgruppe 2: Å håndtere manglende foreldrerensjoner

Kategori 3: Å være fleksibel under uklare rammer

Subgruppe 1: Å veilede foreldre når behandlingstilnærmingen er uklar

Subgruppe 2: Å veilede foreldre ved uforutsette situasjoner

5.1 Kategori 1: Å nå fram til økt innsikt hos foreldre

Denne kategorien omhandler utfordringer som miljøterapeutene opplevde i veiledningsprosessen med foreldre der de søkte å nå fram med kunnskap og forståelse for sykdommen, og behovet for at foreldre måtte gjøre endringer med hensyn til hvordan de forholdt seg overfor barnet sitt under måltidsituasjonene. Kategorien består av to subgrupper: «Å nå fram til foreldre med kunnskap og forståelse for sykdommen» og «Å få foreldre til å endre sin fremgangsmåte under måltidene».

5.1.1 Subgruppe 1: Å nå fram til foreldre med kunnskap og forståelse for sykdommen.

Miljøterapeutene beskrev at det var en lang og krevende prosess å nå fram til foreldre med grundig nok kunnskap og forståelse for sykdommen. Selv om foreldre i første fase av innleggelsen fikk psykoedukasjon, og øvrig informasjon om spiseforstyrrelser fra ulike faggrupper ved sengeposten, så erfarte miljøterapeutene at dette likevel ikke var tilstrekkelig for foreldrene. Miljøterapeutene ga uttrykk for at de i veiledning med foreldre ofte over lang

tid måtte gjenta de samme temaene som omhandlet forklaringer på symptomtrykket ved spiseforstyrrelsen og hvordan det var hensiktsmessig å forholde seg til dette trykket, samt hvordan spiseforstyrrelsen kunne oppleves for barnet. Flere beskrev at det var vanskelig å få foreldre til å forstå sammenhengen mellom disse temaene og at de derfor måtte bruke mye tid på veiledning, også utenom måltidsituasjonene.

Flere miljøterapeuter beskrev at det var utfordrende få foreldre til å forstå at det var viktig at de fulgte opp at deres barn fikk i seg den mengde mat og drikke som var oppført på matplanene. Det innebar eksempelvis *ikke* akseptere at barnet lot noe være igjen på tallerkenen eller i glasset. Forståelse handlet ikke bare om at det var viktig at barnet spiste eller drakk opp det som ble servert. Å følge matplanene var i tillegg en strategi for å motvirke symptomtrykket ved spiseforstyrrelsen. Miljøterapeutene beskrev at det var flere ting som kunne hindre for forståelsen. En felles oppfatning blant miljøterapeutene, var opplevelsen av at mange foreldre var i en krisesituasjon på grunn av barnets sykdom. Samtlige beskrev at de oppfattet foreldre som fortvilte, slitne og redde. Trine sa det slik:

«Det er jo ikke alle foreldre som er like mottakelige for veiledning. Når jeg sier at de ikke er mottakelige, så betyr det ikke at de ikke vil, men de har hodet fullt av bekymringer, de er utmattet, de får masse informasjon fra oss, så de er på en måte bare ikke klare ennå.»

Et annet hinder for forståelse var, ifølge miljøterapeutene, at foreldrene hadde problemer med å skille mellom ulike ting aspekter ved sykdommen. Ett eksempel var når foreldre var *for* involverte i barnets sykdom slik at foreldrene tilpasset seg eller ble preget av den.

Miljøterapeutene beskrev at denne overinvolveringen kunne resultere i at foreldre forklarte og handlet etter samme eller lignende mønster, som de kunne observere hos ungdommene som var innlagt. Frida beskrev en situasjon slik:

«Jeg husker en pappa som stod og tilberedte middagsmåltidet til datteren sin, og så begynte han å skrape bort alt krydderet av maten. «Hvorfor gjør du det?»: spurte jeg. «Nei, jeg vet egentlig ikke»: svarte han. Når vi snakket om det så sa han at han bare tenkte at det var noe hun (datteren) ville skrape bort uansett, så derfor gjorde han det bare automatisk!»

En miljøterapeut fremholdt at det var utfordrende å veilede, når foreldre og miljøterapeuter hadde ulike forventninger og krav, til hva ungdommen skulle spise til måltidene.

Miljøterapeuten beskrev at miljøterapeutgruppa forventet og krevde at ungdommene skulle følge den oppsatte matplanen, mens foreldre ofte kunne ha lavere forventninger og krav til at ungdommen skulle fullføre hele måltidet. Miljøterapeuten mente at foreldrenes reduserte

forventninger og krav, ofte omhandlet at ungdommen hadde spist svært lite i en lang periode før innleggelse. Derav kunne foreldre være tilfredse dersom ungdommen spiste litt mer enn tidligere, og tenke at det var bedre at litt av måltidet ble spist, enn ingenting.

Miljøterapeutene opplevde at informasjonen som ble gitt til foreldre, ved psykoedukasjon og i veiledning, ikke alltid nådde fram til foreldrene. Denne informasjonssperren forklarte de med at foreldre ikke greide å skille mellom barnet og sykdommen. Samtlige miljøterapeuter fortalte at de brukte mye tid på å forklare foreldre, om atferd og symptomer på spiseforstyrrelsen, som de (miljøterapeutene) hadde observert hos ungdommene under måltidene. Miljøterapeutene beskrev at mange foreldre gjentatte ganger måtte erfare barnets atferd og symptomtrykk før de forstod at atferden hos barnet var relatert til sykdommen. Et eksempel på slik atferd kunne være at barnet hadde forsøkt å fjerne mat. Dette kunne utspille seg ved at barnet ofte «mistet» mat på gulvet, eller for eksempel tørket bort saus fra tallerkenen med servietten. Dersom foreldre selv ikke hadde observert denne atferden, eller ikke oppfattet atferden til barnet som en bevisst handling for å fjerne mat, kunne miljøterapeutene oppleve at foreldre hadde vanskelig for å forstå eller godta, at dette kunne være atferd som var relatert til spiseforstyrrelsen.

Å nå fram til foreldrene med forståelse for sykdommen, kunne «overskygges» av barnas lidelses- eller angst og sinneuttrykk, som for eksempel gråt eller raseri i forbindelse med måltidene. Flere beskrev at disse situasjonene kunne være vanskelig for foreldrene å forstå, selv om miljøterapeutene forsøkte å forklare at det var sykdommen som fikk ungdommene til å handle som de gjorde. Siri uttalte:

«En spiseforstyrrelse omfatter så mye, og den blir jo på en måte en del av personligheten til ungdommen der og da.»

Miljøterapeutene fremholdt at utfordringene med å nå fram til foreldre, med kunnskap og forståelse for sykdommen, gjorde det desto mer krevende å veilede foreldre til å endre atferd og framgangsmåte under måltidene.

5.1.2 Subgruppe 2: Å få foreldre til å endre sin framgangsmåte under måltidene

Problemene med at foreldre overidentifiserte seg med, eller tilpasset seg sykdommen kunne gjøre seg gjeldende i måltidsituasjonene. Miljøterapeutene beskrev at de veiledet foreldre til å stille tydelige forventninger og krav til at barnet måtte fullføre måltidene, samt at de måtte

sette grenser for barnets atferd. Samtlige miljøterapeuter fortalte at de syntes det var krevende å få forståelse og trygge foreldrene på at en tydelig og bestemt fremgangsmåte, i forbindelse med måltidene, var bra for barnets tilfriskning. Ellen uttalte:

«Jeg har opplevd veldig mange ganger at man forklarer foreldre, og foreldrene sier: «Ja vi forstår», og er helt enige og skal forsøke å gjøre det på den måten vi har snakket om, og så ser vi at i praksis så blir det fryktelig vanskelig for dem å gjennomføre det.»

Samtlige miljøterapeuter beskrev to veiledningssituasjoner der de opplevde det som særskilt krevende å veilede foreldre. Den ene situasjonen var i forkant av måltidene, når foreldre tilberedte maten til barnet sitt, den andre situasjonen var veiledning under måltidene. Når de veiledet foreldre der foreldrene tilberedte måltidet til barnet sitt, erfarte miljøterapeutene at foreldrene kunne være lite tilgjengelige/mottakelige, eller vegre seg/unnlate å følge veiledning. At foreldre vegret seg, eller unnlot å følge veiledning, gjorde seg særlig gjeldende når miljøterapeutene veiledet foreldre til å følge matplanen, og legge opp tilstrekkelig mat og drikke til barnet. Miljøterapeutenes forståelse av at foreldre vegret seg eller unnlot å følge veiledning, var at foreldrene ofte var stresset og gruet seg for barnets reaksjon på måltidet. Miljøterapeutenes erfaringer var at mange foreldre gruet seg for å sette grenser for barna under måltidene, ettersom dette kunne medføre store konfrontasjoner. I slike situasjoner hadde miljøterapeutene vansker med nå frem med veiledning.

Miljøterapeutene opplevde at protestene og konfrontasjonene med barnet under måltidene, ofte førte til at foreldre ikke maktet å opprettholde den fremgangsmåten under måltidene som de hadde blitt veiledet til å følge. Fremgangsmåten handlet i hovedsak om at foreldre vennlig, tydelig og bestemt skulle sørge for at barnet skulle spise/drikke alt som inngikk i det planlagte måltidet. Miljøterapeutene opplevde det som særlig utfordrende å få foreldre til å stå fast ved fremgangsmåten, til tross for barnets lidelsesuttrykk, for eksempel gråt og fortvilelse, uten å fjerne eller ta bort mat. Torill fortalte:

«Før måltidet veiledet jeg mor nøyaktig på den mengden mat barnet hennes skulle ha til middag, men mor fulgte det ikke opp. Da jeg tok det opp med mor etter måltidet sa hun: «Men jeg tenkte at det var nok, jeg så jo hvor vanskelig det var for henne (ungdommen).»

Noen beskrev også at dersom det var mye uro under et måltid så kunne de ha en opplevelse at foreldre for sin egen del bare ønsket å bli ferdige med måltidet, og av den grunn ikke så nøye fulgte opp at barnet spiste/drakk opp alt.

Det var også beskrivelser på at det kunne være uvant for foreldre å skulle være så tydelig og bestemt overfor barna sine som miljøterapeutene mente det var behov for. En miljøterapeut påpekte at foreldre selvfølgelig måtte få gjøre ting på sin egen måte, men samtidig så måtte de ikke være så vage og utydelige at barna deres ble utrygge og usikre. Miljøterapeuten forklarte at dersom foreldre var vage og utydelige, så ville dette kunne øke barnets redsel og motstand mot å spise, og forsterke symptomtrykket ved sykdommen. Noen miljøterapeuter beskrev hvordan foreldre kunne uttrykke skepsis når de ble veiledet til å sette tydelige grenser for barnet sitt. De mente at foreldre opplevde det som krevende eller unaturlig å sette grenser, enten fordi barnet hadde det så vanskelig eller fordi barnet tidligere hadde hatt lite behov for grensesetting. Siri uttalte:

«Når foreldrene kommet hit så får de jo beskjed fra oss: «Nå må du være tydelig, nå må du være bestemt, nå må du ta fram stemmen din, nå må spiseforstyrrelsen forstå at du mener alvor», og det må jo være kjempevanskelig for foreldrene. For det første dersom du ikke er slik som person, at du bare kan hente det fram sånn automatisk, og for det andre det å liksom se at vi kjemper imot spiseforstyrrelsen. Foreldrene ser jo mest barnet sitt, og vi ser jo mest spiseforstyrrelsen.»

Miljøterapeutene opplevde også at foreldres skepsis til sengepostens regler, omhandlet at disse reglene var svært annerledes enn hva man ellers i samfunnet tenker er vanlig eller normalt i forhold til ungdomsårene. Særlig at det i ungdomsårene er et fokus på løsrivelse, selvstendigjøring, selvbestemmelse og ansvar for eget liv. Eksempler på regler ved sengeposten var at foreldrene i første fase av oppholdet skulle ta full kontroll over mat og måltidene, herunder tilberede alle måltider til ungdommen, og at ungdommene hadde lite medbestemmelsesrett under måltidene.

Selv om foreldre kunne uttrykke skepsis til fremgangsmåten, om å være tydelig og bestemt under måltidene, så var det sjelden miljøterapeutene opplevde at foreldre direkte nektet å stille klare forventninger og grenser overfor barna sine. Likevel fortalte en av miljøterapeutene om en pappa som hadde gitt tydelig beskjed om at han *ikke* ønsket å være så bestemte overfor barnet sitt, fordi han ikke ønsket å møte barnet på en så autoritær måte. Miljøterapeutene opplevde en vanskelig balanse mellom å ha respekt og aksept for foreldrene og å «bygge dem opp» som kompetente omsorgsgivere ved å veilede foreldrene mot en mer bestemt og tydelig væremåte som kunne skape bedring i barnas sykdomstilstand. Torill sa:

«Vi er jo to fremmede mennesker som står foran hverandre, så jeg må jo kjenne litt på hvor grensa går når jeg skal veilede noen på hvordan de skal være overfor egne barn. De kjenner jo barna sine adskillig bedre enn det jeg gjør, men jeg kjenner sykdommen bedre enn det de gjør. Så det handler jo om at jeg og foreldrene må dele disse erfaringene med hverandre. Kanskje tenker foreldrene helt annerledes enn meg, av flere årsaker, men også det at de er i en krise, sånn at man må møte dem respektfullt, samtidig som du må være ganske klar og tydelig med hensyn til det som vi tenker er riktig å gjøre.»

Noen miljøterapeuter beskrev også at de opplevde det som krevende å veilede foreldre som hadde annen uheldig, eller lite hensiktsmessige framgangsmåter overfor barnet. Eksempler på dette kunne være negative kommentarer overfor barnet eller at foreldre «kjefte» på barnet. Miljøterapeutene opplevde at foreldre kunne oppleve veiledning på denne atferden som en kritikk av foreldrerollen og dette kunne vanskeliggjøre det videre samarbeidet. Å veilede foreldre til å gjøre endringer, uten at foreldrene selv var enige, eller så dette behovet, var en utfordrende prosess.

5.2 Kategori 2: Å møte manglende forståelse hos foreldre

Denne kategorien omhandler hvordan miljøterapeutene opplevde det som utfordrende å møte negative reaksjoner fra foreldre under veiledning, samt hvordan dette kunne føre til at miljøterapeutene ble mer tilbakeholdne når de veiledet. Videre omfatter kategorien hvordan miljøterapeutene opplevde det som frustrerende og slitsomt når foreldre ikke fulgte opp det de ble veiledet til. Kategorien består av to subgrupper: «Å møte negative reaksjoner fra foreldre» og «Å møte manglende foreldrerespons».

5.2.1 Subgruppe 1: Å møte negative reaksjoner fra foreldre

Miljøterapeutene opplevde det som utfordrende å veilede dersom de oppfattet foreldre som irriterte, frustrerte eller uenige til det de ble veiledet på. Negative reaksjoner fra foreldre kunne forekomme både verbalt eller via kroppsspråk. Gro uttalte:

«Man kan jo oppleve at noen foreldre blir litt fornærmet på en måte. Jeg vet ikke om de opplever veiledningen som en irettesettelse siden de reagerer slik som de gjør.»

Miljøterapeutene opplevde at slike negative reaksjoner særlig oppstod når foreldre tilberedte måltidene. En av miljøterapeutene uttrykte at hun kunne forstå at foreldre reagerte og kunne

bli irriterte når miljøterapeutene stod og fulgte med dem og kom med innspill for eksempel om at de måtte ha mer smør eller mer pålegg på brødskiva. Torill fortalte:

«Jeg stod på kjøkkenet sammen med en mamma som holdt på å tilberede et måltid til datteren sin. Jeg sa til henne: «Jeg tenker kanskje at det er litt lite drikke i glasset!» I stedet for å si ok eller være uenig, eller i det minste se på meg, så tok hun bare melkepakken og hev oppi litt mer melk og satte melkepakken hardt tilbake på benken igjen. Da er det litt sånn; Ok, jeg skjønner at dette ikke var det du hadde lyst til at jeg skulle si til deg akkurat nå.»

Miljøterapeutene oppgav at de ble usikre på egen fremgangsmåte dersom foreldrene reagerte negativt, men at de sjelden oppfattet at frustrasjon, irritasjon eller kritikk var rettet mot dem personlig, men mer mot måltidsreglene og strukturen i behandlingsopplegget som de formidlet. Likevel var det miljøterapeuter som syntes det var vanskelig å gi veiledning når foreldre responderte negativt. Miljøterapeutene beskrev at de kunne forstå at det kunne oppleves som vanskelig for foreldre å bli veiledet, men samtidig så forsøkte de jo bare å gjøre jobben sin. Flere fortalte at dersom de møtte negativ, eller avvissende atferd fra foreldre på veiledning, så kunne dette føre til at de ble litt passive og tilbakeholdne, og vegret seg for å utforske hva den negative reaksjonen til foreldrene handlet om. Noen beskrev at de ble mer forsiktig med hva de sa, og våget ikke å være så tydelig overfor foreldrene som de burde.

Vegring eller forsiktighet med å gå ordentlig inn i hva foreldrenes negative responser handlet om, var ifølge miljøterapeutene sterkere dersom foreldrene forsvarte atferden til barnet sitt, eller ga uttrykk for at de ikke hadde tiltro til at miljøterapeutene forstod hvor vanskelig barnet hadde det. Siri beskrev en situasjon slik:

«I veiledning så forsøkte jeg ut fra det jeg observerte i forhold til hennes (forelder) barn og forklare hva jeg kunne se som var en spiseforstyrret atferd. Blant annet at barnet lurte unna mat, unnlot å si sannheten og slike ting. Denne mammaen ble irritert og responderte på en måte med «Du sier at barnet mitt lyver!»

Miljøterapeutene opplevde også at vegring og forsiktighet var sterkere dersom de ikke kjente foreldrene så godt, eller hvis de ikke opplevde å ha en god relasjon eller god tone med foreldrene. En av miljøterapeutene beskrev at dersom hun ikke kjente foreldre så godt så visste hun heller ikke hvordan de oppfattet det å bli veiledet, og dersom de reagerte negativt så kunne dette medføre at hun ble usikker. Dersom hun kjente foreldrene bedre var det lettere å se den negative reaksjonen som et fortvilende uttrykk for helhetssituasjonen, mer enn at irritasjonen var direkte rettet mot henne.

5.2.2 Subgruppe 2: Å håndtere manglende foreldreresponser

Samtlige miljøterapeuter beskrev det som utfordrende når de over lengre tid hadde gitt veiledning, men foreldre ikke etterfulgte denne. Miljøterapeutene ga uttrykk for både frustrasjon og undring over at foreldre ikke fulgte opp det de hadde blitt veiledet til. Flere miljøterapeuter beskrev at selv om de hadde sagt til foreldre at de måtte se på matplanen til barnet sitt når de skulle gjøre i stand måltidene, så kunne likevel foreldre unnlate å gjøre dette. Frida uttalte:

«Ofte så må man gjenta og gjenta og så tenker man; Jeg har jo sagt mange ganger til foreldrene at de må ta opp matplanen til ungdommen og sjekke for hvert måltid at de har ordnet til rett mengde mat og drikke, fordi det kan jo være at de kanskje ikke har oppfattet eller husker hva som står på matplanen. Når flere miljøterapeuter har sagt det mange ganger og foreldrene likevel ikke gjør det så kan man jo tenke; Hvorfor er det slik?»

Miljøterapeutene beskrev veiledningen som særlig vanskelig overfor foreldre som selv ikke erkjente, eller unnlot å fortelle at de ikke maktet å stå imot symptomtrykket fra sykdommen. Miljøterapeutene beskrev hvordan dette skapte frustrasjon og fortvilelse for dem ettersom de opplevde at foreldre da bidro til å opprettholde sykdommen og direkte reduserte mulighet for tilfriskning for barnet. En miljøterapeut fortalte om en mor som fulgte veiledning når hun og datteren var innlagt ved sengeposten, men hver gang de var hjemme på permisjon så gikk datteren ned i vekt. Likevel sa mor alltid at hun hadde fulgt opp hjemme i forhold til mat og måltider, selv om vekten tydet på det motsatte. Miljøterapeuten beskrev at det over tid ble vanskelig for henne å fortsette å veilede, ettersom hun ikke lyktes å få en dialog med mor om de utfordringene hun (mor) stod i. Siri uttalte:

«Mor var faktisk med på å bidra til at jenta hennes ble sykere. Ikke slik at hun (mor) ville og ønsket det, men det ble slik.»

Igjen opplevde miljøterapeutene spenningen mellom å være så tydelig som de burde og opptre støttende. På den ene siden arbeidet avdelingen etter en familiebasert tilnærming med hovedfokus på å styrke, støtte og hjelpe foreldre til selv å håndtere måltidsituasjonene med barnet sitt. Miljøterapeutene påpekte at for at den familiebaserte behandlingen skulle bli vellykket så var de helt avhengige av å ha foreldrene på lag. På den annen side opplevde miljøterapeutene det som nødvendig å ta opp med foreldre at håndteringen ikke var

tilstrekkelig. Noen miljøterapeuter beskrev at de derved opplevde en fare for at foreldre da følte seg mindreverdige eller kunne få en opplevelse av at alt de gjorde var feil.

Miljøterapeutene beskrev at de alltid tilstrebet å begrunne behovet for at foreldre måtte gjøre endringer, ut fra sin kunnskap om hva som var hensiktsmessig i forhold til sykdommen, og derved forsøkte å unngå at foreldre skulle oppfatte veiledningen som en personlig kritikk. Samtlige miljøterapeuter beskrev også at de følte det belastende når foreldre ikke fulgte veiledning, spesielt i de krevende sakene med et alvorlig sykdomsbilde. Flere beskrev at de kunne føle seg utmattet av å «stå i et spenn» der de skulle ha respekt og forståelse for foreldrenes vanskelige situasjon og samtidig veilede dem til å gjøre endringer, som foreldre ikke fulgte opp. Trine beskrev det slik:

«Det var en ekstravakt som sa til meg: «Ååå jeg er så sliten av å være empatisk», og jeg skjønner nøyaktig hva han mener. For du må sette deg inn i foreldrenes sted, og så kan du selvfølgelig være fortvilt over at de er der og der, men du må bare gjøre det eller så når du ikke igjennom! Nettopp derfor kan veiledning i forbindelse med måltidene, selv om det bare er 2-3 ganger om dagen, gjøre at man blir susen i hodet, blir sliten, fordi man må hele tiden tenke: På hvilket sted er foreldrene? Hvor er sykdommen? Hvor er pasienten?»

Noen beskrev at det under veiledning kunne være utfordrende å kjenne på egen frustrasjon, og samtidig opprettholde intensitet, være positiv og ha tro på at foreldre med tiden ville komme til å gjøre de endringene som skulle til for å skape bedring i sykdomstilstanden hos barnet.

Siri sa:

«Man kan føle motløshet, men det er kjempeviktig å holde smilet oppe selv om man kjenner på den følelsen av avmakt.»

Miljøterapeutene hadde mange refleksjoner rundt at foreldre ikke etterfulgte veiledning. Noen beskrev usikkerhet med hensyn til om de var tydelige nok under veiledning overfor slike foreldrene, eller om det bare var slik at foreldrene trengte mer tid på å øve seg på å bli trygge i måltidsituasjonene. Andre undret seg over om det kunne være slik at disse foreldrene av andre årsaker ikke var mottakelige, eller hadde mulighet/forutsetninger for å klare å følge veiledningene. Ellen sa det slik:

«De fleste foreldre forsøker virkelig å følge det vi veileder dem til, men så kan det være relasjonene og emosjonene og mange andre årsaker som hindrer dem.»

Ifølge miljøterapeutene var det ofte i komplekse og kompliserte saker, med høyt symptomtrykk hos barnet, at de opplevde manglende respons på veiledning fra foreldre. Under intervjuene viste miljøterapeutene tilbakeholdenhet og gav uttrykk for at det var vanskelig å snakke om disse sakene. De ordla seg med forsiktighet og uttrykte stor forståelse for at det var svært krevende å være foreldre til et alvorlig sykt barn. Noen ga uttrykk for at også det kunne være saker der barnet hadde så stort symptomtrykk at det kanskje ble for stor belastning for foreldre å skulle håndtere måltidsituasjonene.

Miljøterapeutene framholdt at når det hadde gått lang tid uten av foreldre responderte på veiledning, så måtte det vurderes om den familiebaserte behandlingen med fokus på å veilede foreldre var den rette behandlingstilnærmingen, eller om det var behov for å forsøke andre tilnærminger.

5.3 Kategori 3: Å være fleksibel under uklare rammer

Denne kategorien omhandler hvordan miljøterapeutene kunne oppleve det som utfordrende å veilede dersom ikke rammer og struktur for den jobben de skulle gjøre var entydig. Enighet om behandlingstilnærming, oversiktlige behandlingsplaner for den enkelte familie og tydelig forventningsavklaring mellom foreldre og miljøterapeuter ble løftet fram som vesentlige elementer. Videre omhandler kategorien hvordan miljøterapeutene opplevde det som utfordrende å veilede i uforutsette situasjoner, der behandlingsplanene ikke ga tilstrekkelige føringer på hvordan ulike hendelser skulle håndteres. Kategorien består av to subgrupper: «Å veilede foreldre når behandlingstilnærmingen er uklar» og «Å veilede foreldre ved uforutsette situasjoner».

5.3.1 Subgruppe 1: Å veilede foreldre når behandlingstilnærmingen er uklar

Miljøterapeutene formidlet en felles forståelse av at målet med den familiebaserte tilnærmingen var å støtte og veilede foreldre slik at de fikk økt kunnskap og forståelse for sykdommen, samt å veilede til ferdigheter om hvordan foreldre kunne være tydelige i foreldrerollen og hjelpe barnet sitt under måltidene.

Likevel beskrev miljøterapeutene at fremgangsmåten for *hvordan* de skulle veilede innenfor den familiebaserte tilnærmingen ikke var entydig. Særlig kunne rolle- og arbeidsfordeling mellom miljøterapeutene og foreldrene ofte være uklar. Noen miljøterapeuter fortalte at de i

startfasen av innleggelsestiden inntok en mer aktiv og ledende rolle overfor foreldrene, mens andre beskrev at det ved den familiebaserte tilnærmingen var foreldrene selv som skulle ha hovedansvaret for måltidene, og at miljøterapeutene i all hovedsak skulle støtte og veilede foreldrene. Flere formidlet at det var viktig at de ikke var *for* aktive og «tok over» rollen til foreldrene. Torill uttalte:

«Vi har ikke helt konkrete måter å arbeide familiebasert på, og det kan gjøre at jeg blir usikker. Enkelte behandlere kan være veldig tydelig på at det er foreldrene selv som skal bestemme hvordan ting skal gjøres og gjennomføres under måltidene, mens andre behandlere tenker at det er vi miljøterapeutene som skal si til foreldrene hvordan det skal det være. Det gjør at jeg blir usikker og kan tenke; Hva er min rolle nå? Skal jeg gå inn i situasjonen nå? Skal jeg overta måltidet for mor eller ikke?»

Andre miljøterapeuter fortalte av selv om de jobbet etter en familiebasert tilnærming, så måtte behandlingen alltid tilrettelegges til hver enkelt familie. Trine uttrykte seg slik:

«Når man skal veilede så må man vite hvem man skal veilede for, fordi det må tilpasses, det er det som er poenget, og det er derfor man ikke kan bruke den samme tilnærmingen overfor alle. Vi kan ikke ha en standardtilnærming på hvordan vi skal veilede, det er ikke mulig, foreldrene er så forskjellige.»

Miljøterapeuter beskrev at de tilpasset grad av aktiv rolle til hver enkelt forelder. Mange saker kunne være komplekse, og det kunne være svært forskjellig hva de ulike foreldrene ønsket hjelp til, hvordan de forholdt seg til veiledningen, samt hva miljøterapeutene vurderte at foreldrene hadde behov for å bli veiledet på. I tillegg framholdt miljøterapeutene at veiledningen alltid måtte være rettet mot å skape bedring i ungdommenes sykdomssituasjon. Slike tilpassede individuelle forhold kunne gjøre det utfordrende å lage tydelige, konkrete behandlingsplaner for hvordan måltidene skulle utvikles, samt hvilke roller miljøterapeutene skulle ha under måltidene. Siri beskrev noen av faktorene som det måtte tas hensyn til:

«Det kommer jo an på om ungdommen er ny eller har vært her lenge, hvordan sykdomstilstanden og symptomtrykket til ungdommen er, hvor slitne foreldrene er, hvor inne i spiseforstyrrelsen de er, hvilken forståelse foreldrene har av spiseforstyrrelsen og viktigheten av å sette grenser, ja det er mange ting som spiller inn.»

Noen miljøterapeuter beskrev at manglende eller ufullstendige forventningsavklaringer kunne skape utfordringer. For eksempel at noen foreldre forventet en kort innleggelsesperiode, eller hadde forventninger om at personalet bare skulle «si eller gjøre noe» som gjorde at barnet begynte å spise. Noen miljøterapeuter opplevde også at foreldre ikke hadde fått tilstrekkelig

informasjon om behandlingstilnærmingen ved sengeposten. Dette medførte at foreldre ikke helt forstod at den familiebaserte behandlingen innebar at de måtte ha en svært aktiv rolle i behandlingen. Torill beskrev en slik situasjon der hun forsøkte å inkludere og samarbeide med foreldre om en beslutning som måtte tas:

«Det som jeg ofte synes kommer fram hos foreldre er litt frustrasjon og oppgitthet. Et godt eksempel er en jente som kom hit for en stund siden der foreldrene skulle veilede henne under måltidet, men hun nektet å spise. Hun satt bare der og var helt stiv i kroppen. Så sa jeg til foreldrene: «Ja hva tenker dere nå? Tenker dere at...» Mor avbrøt meg og svarte: «Men kjære deg, jeg vet ikke, det er jo derfor vi er her!» Jeg husker at jeg kunne se på mor, den oppgittheten hun hadde når hun så på meg, som om hun tenkte: «Men, så gjør noe da!»

5.3.2 Subgruppe 2: Å veilede foreldre ved uforutsette situasjoner

På tross av mange års arbeidserfaring og mye mengdetrening i å veilede foreldre fremholdt flere av miljøterapeutene at det kunne være utfordrende at behandlingsplanene ikke alltid ga tilstrekkelige føringer for å håndtere hendelser i forbindelse med måltidene. Ellen uttrykte det slik:

«Selv om vi har mange prinsipper som vi følger med hensyn til hvordan det er hensiktsmessig å håndtere symptomtrykket ved spiseforstyrrelsen, så er det ikke alltid to streker under svaret! Det er veldig mye som må baseres på skjønn, spesielt i forhold til hendelser som oppstår og hvordan man skal håndtere dem. Man kan godt være enige på forhånd om hvordan reglene for måltidene skal være, men det er utrolig mye som kan skje som er i en gråsoner og som det ikke er noe helt klar svar på.» Ellen

Mange av de uforutsette situasjonene var relatert til ungdommenes symptomtrykk og atferd. Dette kunne for eksempel være roping, hyling, gråt, kaste mat, skade seg selv, forlate måltidet eller annen utagerende atferd. Flere av miljøterapeutene beskrev at de kunne bli usikre på sin egen rolle i slike situasjoner, samt hvor aktivt de skulle gå inn å veilede foreldrene. Flere beskrev at de bare fortløpende måtte vurdere hva de skulle gjøre, både med hensyn til barnet og foreldre, samt at de måtte være lydhøre både for hva foreldrene ønsket å gjøre og maktet å gjøre. Miljøterapeutene oppga det som særlig utfordrende å veilede foreldre som ikke maktet å håndtere en slik krevende situasjon. I slike tilfeller måtte miljøterapeutene tre mer aktivt inn i situasjonen ved å veilede mer bestemt og tydelig, både overfor barnet og foreldre, enn de i utgangspunktet hadde planlagt sammen med foreldrene. Miljøterapeutene beskrev dette som vanskelig både fordi de kanskje risikerte å trå over foreldres grenser, og fordi de risikerte å

«overta» den autoritetsrollen til foreldrene som behandlingstilnærmingen i utgangspunktet hadde som intensjon å bygge opp. Trine beskrev det slik:

«Noen ganger under måltider så må vi bare gripe inn, fordi vi ser at det bærer helt galt avgårde. Vi må bare gjøre det, selv om foreldre ikke har gitt noe signal om at de ønsker hjelp fra oss. Likevel så skal det bra mye til før jeg går inn og overstyrer foreldrene eller overtar måltidet, rett og slett for å bygge foreldrene litt opp, at de ikke skal føle at de gjør alt feil. Så det skal egentlig mye til før jeg sier: «Nei! Nå må vi gjøre slik og slik.»

Noen miljøterapeuter beskrev at avdelingens familiebaserte behandlingsfokus og behandlingsplanene for hver enkelt ungdom, noen ganger kunne oppleves som et hinder for å utøve best mulig faglig skjønn. Dette gjorde seg særlig gjeldene når det oppstod uforutsette situasjoner der miljøterapeutene kunne ha behov for å ta beslutninger og avgjørelser som kunne gå på tvers av målet med den familiebaserte behandlingen. Dersom de ikke ble møtt med aksept og støtte for hvordan de hadde håndtert situasjonen fra resten av miljøterapeutgruppa og den øvrige personalgruppa ved sengeposten, så opplevde de dette som vanskelig. Torill beskrev det slik:

«Det kan jo oppstå uforutsette situasjoner som er svært utfordrende og da tenker jeg at miljøterapeutene burde ha hatt et mer fleksibelt rom for å endre på veiledningstilnærmingen. Vi skulle ha stått litt friere til å kunne ta en del avgjørelser utover det som står i behandlingsplanen. Ikke det at man skal skyve bort foreldrene eller noe sånn, men at man kan bli enige med foreldrene om hvordan man kan gjøre det. At man liksom ikke på død og liv må følge den behandlingsplanen der det står at det er foreldrene som skal ha ansvaret for måltidene. Jeg har i hvert fall opplevd at spesielt dersom man går inn og tar over for foreldrene så stilles det spørsmålstegn med hvorfor dette gjøres! For her jobber vi jo familiebasert!»

Flere miljøterapeuter framholdt at det ikke var mulig å lage føringer i behandlingsplanene på alle tenkelige situasjoner som kunne oppstå, og at de derfor var avhengige av å bruke faglig skjønn utover det som var beskrevet i behandlingsplanene. Når det oppstod vanskelige veiledningssituasjoner rundt måltidene så oppgav miljøterapeutene kollegaene i miljøterapeutgruppa som de viktigste støttespillere og drøftingspartnere, for hvordan de videre skulle håndtere den oppståtte situasjonen. Miljøterapeutene oppga det også som viktig å få støtte fra den behandlingsansvarlige i den enkelte sak, når det hadde oppstått hendelser der de måtte avvike fra den behandlingsplanen.

6 Diskusjon

I dette kapittelet drøftes de viktigste resultatene av/fra studien opp mot eksisterende kunnskap på feltet, samt innenfor rammene av teoretiske perspektiver som er valgt for denne studien.

Drøftingen retter seg mot problemstillingen: Familiebasert behandling i en spesialavdeling/sengepost for ungdom med anoreksi - Hvilke utfordringer erfarer miljøterapeuter når de har veiledning med foreldre i forbindelse med måltidsituasjoner?

6.1 Å nå fram til økt innsikt hos foreldre

6.1.1 Å nå fram til foreldre med kunnskap og forståelse for sykdommen.

Resultat fra studien viser at miljøterapeuter opplevde det som utfordrende og tidkrevende å nå fram til foreldre med tilstrekkelig kunnskap og forståelse for sykdommen anoreksi. Mye av tiden i veiledningen med foreldre ble brukt til å forklare atferd og symptomer på spiseforstyrrelsen. Hensikten er å både, å gjøre foreldre oppmerksomme på atferd som følger av sykdommen, for eksempel at ungdommen forsøker å fjerne mat ved måltidene. I tillegg så forsøkte miljøterapeutene å gi foreldrene kunnskap, slik at de skulle forstå hvorfor det er viktig å ikke etterkomme krav fra sykdommen, som for eksempel å la barnet slippe å spise all maten til et måltid.

Miljøterapeutenes utfordringer med å nå fram til foreldre med forståelse om sykdommen og symptomtrykket, kan forklares ut fra kompleksiteten ved sykdomsbildet ved anoreksi, der det nettopp kan være utfordrende å forstå og skape mening ut fra symptomtrykkene. Modellen («The cognitive-interpersonal maintenance model of eating disorders») av Schmidt og Treasure (2006) understøtter sammensattheten av sykdommen med beskrivelse av hvordan både kognitive, psykologiske og genetiske trekk kan prege en person med anoreksi, samt hvordan symptomtrykket kan arte seg ulikt. For eksempel kan noen pasienter være preget av tvangsmessige handlinger, andre mer preget av unngåelsesatferd, noen har utagerende atferd, mens andre trekker seg unna og er innesluttet (Schmidt & Treasure, 2006). At det tar lang tid å nå fram med kunnskap og forståelse av sykdommen kan også henge sammen med alle detaljene som knytter seg til symptomtrykkene. I denne studien ble det for eksempel beskrevet at ungdommene kunne ha mange ulike måter å forsøke å fjerne mat på, eller å unngå å måtte spise. Noen «mistet» mat på gulvet, andre tørket bort saus fra tallerkenen med

servietten. Noen ungdommer gråt, og andre uttrykte raseri. For foreldre kan det innebære stadig nye symptomtrykk som må forstås og håndteres. Det er også vanlig at symptomtrykket øker når spiseforstyrrelsen utfordres, som for eksempel når det stilles krav til at måltider skal fullføres. Summen av alle detaljene tilsvarer at det er en stor mengde informasjon foreldre skal sette seg inn i. Det fremgår også i studien at miljøterapeuter ofte oppfattet foreldre som slitne, bekymret og redde, dette har også betydning for hva man kan klare å «prosessere/fordøye» av informasjon. En annen refleksjon er at «anorektisk tankegang», altså hvordan sykdommen og symptomtrykket styrer ungdommens reaksjoner, kan være logisk vanskelig å både forstå, og følge opp. Schmidt og Treasure (2006) viser til hvordan «anorektiske tanker» eller pro-anorektisk tro og atferd, kan forsterkes ved å få en opplevelse av å ha «seiret», for eksempel ved å ha unngått å spise til et måltid, eller ha klart å fjerne mat. I prosessen med å få bedre innsikt i sykdommen så innebærer det også å nå fram til foreldre med kunnskap om at velmenende handlinger, som å la ungdommen slippe å fullføre et måltid, eller spise mindre enn planlagt, kan opprettholde og forsterke sykdommen. Resultatene fra denne studien kan indikere at miljøterapeutene både forsøker å gi foreldrene kunnskap om alle detaljene rundt sykdommen og symptomtrykket, og samtidig gi veiledning og råd om en overordnet måte å forholde seg på, herunder å følge matplanen (som er ungdommens medisin), være vennlig, tydelig og bestemt overfor ungdommen under måltidene, samt forvente, støtte og kreve at ungdommen fullfører all mat og drikke. I ett av intervjuene forklarer en av miljøterapeutene, at det nytter ikke å bare gi råd, foreldrene må forstå bakgrunnen for rådene som gis.

Resultatene kan også forstås som en hermeneutisk spiral (Gadamer et al., 2010), der stadige nye veiledningsrunder fra miljøterapeutene, og nye erfaringer fra måltidsituasjonen, utvider kunnskapsnivået stykkevis, og fører til at det tar tid å få økt innsikt. Et eksempel fra det empiriske materialet er at miljøterapeutene beskriver at mange foreldre gjentatte ganger må erfare barnets atferd og symptomtrykk, før de kan forstå at atferden hos barnet er relatert til sykdommen. Funn i denne studien sammenfaller med resultater fra Kay (2007), som viste at på tross av at foreldre fikk veiledning, psykoedukasjon og familieterapi, så kunne de likevel ofte ha vanskeligheter med å forstå sykdommen og alle dens kompleksiteter. Fox et al. (2017) dokumenterer også at pårørende sliter med å forstå atferd som følge av sykdommen, årsaker til sykdommen og hva som kan være opprettholdende faktorer.

Treasure og Todd (2016, s. 126) viser til at det ikke finnes en entydig og klar sykdomsmodell som kan forklare hvorfor noen utvikler en spiseforstyrrelse. Det kan være flere mulige

risikofaktorer, og utløsende årsaker. Det knytter seg også usikkerhet til hvordan sykdomsforløpet for den enkelte vil være, samt å kunne forutsi hvilke intervensjoner som vil medføre tilfriskning. Dette bidrar til at formidlingsprosessen om sykdommen til foreldre kan være utfordrende for helsepersonell. Miljøterapeutene i denne studien hadde lang erfaring med å jobbe med spiseforstyrrelser. I prosessen med å nå fram til foreldre med kunnskap og forståelse for sykdommen, baserte de formidlingen sin på forskning om hva som kan være opprettholdende faktorer for spiseforstyrrelsen, og strategier for å motgå disse. Det var også viktig å formidle til foreldre, andre foreldre- og ungdommers erfaringer fra tilfriskningsprosessen, samt egne erfaringer fra klinisk arbeid. Ifølge Treasure og Todd (2016, s. 126) så kan likevel manglende «sikker» informasjon» og «garanti» for at behandlingen kommer til å virke, kombinert med bekymring og redsel for barnet, utløse følelser hos foreldre som i samhandling med barnet kan være opprettholdende for sykdommen

At kunnskapsformidlingen til foreldre tok lang tid, kan også forstås ut fra at miljøterapeutene forsøker å imøtekomme foreldrenes behov. Resultat fra pårørendestudier viser at de ønsker mer kunnskap, informasjon, veiledning, opplæring og råd (Fox et al., 2017; Honey et al., 2007; Kopec-Schrader et al., 1993). I tillegg kan det forstås ut fra at miljøterapeutene, vurderte at foreldre trenger mer kunnskap om sykdommen for å hjelpe barnet sitt, men at det er utfordrende å nå fram til foreldre. Noen studier viser at foreldre kan ha vanskeligheter med å forstå hvor alvorlig en spiseforstyrrelse kan være, og ikke ser behovet for informasjon og opplæring for egen del, men ønsker at behandling skal rettes mot barnet (Couturier et al., 2012; Couturier et al., 2017; Turrell et al., 2005).

6.1.2 Å få foreldre til å endre sin fremgangsmåte

I studien fremkom det at miljøterapeuter opplevde det som utfordrende å få foreldre til å endre sin fremgangsmåte overfor barnet sitt under måltidene. Miljøterapeutene relaterte utfordringene til at foreldre har vansker med å skille mellom sykdommen og barnet, samt å motstå symptomtrykk som gråt, redsel eller sinneutbrudd. Miljøterapeutene synes det var krevende å få forståelse, og trygge foreldrene på at en tydelig og bestemt fremgangsmåte, i forbindelse med måltidene, er bra for ungdommens tilfriskning. De opplevde også at foreldre kan uttrykke skepsis, både til sengepostens regler i forbindelse med mat og måltider, samt til det å skulle være grensesettende over ungdommen, særlig når ungdommen har det vanskelig under måltidene.

Utfordringene med å få foreldre til å endre framgangsmåte under måltidene kan forstås ut fra «expressed emotions» (EE) /uttrykte følelser, der et av nivåene beskriver hvordan foreldre kan reagere på barnets lidelsesuttrykk med følelsesmessig overinvolvering. Som et forsøk på å dempe og håndtere konfliktene som oppstår under måltider, eller som et forsøk på omsorg og trøst til ungdommen, kan foreldre begynne å imøtekomme «krav» fra sykdommen (Whitney & Eisler, 2005). Fox et al. (2017) viser til samme funn, der pårørende, enten for å beskytte eller unngå å gjøre situasjonen verre for den som var syk, kunne tolerere eller ignorere atferd relatert til spiseforstyrrelsen. Schmidt og Treasure (2006) viser til hvordan denne tilnærmingen *ikke* utfordrer den anorektiske atferden, men heller kan styrke sykdommen og bidra til at anoreksien opprettholdes. Høye nivåer av EE, som for eksempel overinvolvering, har betydning for i hvilken grad foreldre etterlever/følger opp (*compliance*) behandlingsintervensjoner (Duclos et al., 2012). Dette samsvarer med funn i denne studien, der miljøterapeutene ofte opplevde det som utfordrende å veilede foreldrene til å følge opp matplanene til ungdommene. Svensson et al. (2013) viser til at foreldres egne følelsesmessige reaksjoner og nære relasjon til barnet, kan gjøre det vanskelig for dem når de skal støtte og veilede barnet under måltider. Foreldre kan også være motvillige til å utfordre barnet til å spise, fordi de ikke vil forårsake en scene foran andre (Hoste, 2015). Noen foreldre kan også være uenige i måten de blir veiledet til å håndtere situasjoner overfor barnet sitt under måltidene. De kan oppleve at det er urimelige strategier som stadig fører til konfrontasjoner med barnet, og som kan gå på tvers av foreldrenes verdier og holdninger (Honey et al., 2007).

Mange sengeposter benytter matplaner/kostlister for å sikre tilstrekkelig næring av hensyn til medisinsk forsvarlig behandling. I studien av Fjelkegård et al. (2020), som omhandler døgnbasert familiebasert behandling for ungdom med anoreksi, beskrives det at foreldrene selv er ansvarlig for at ungdommen spiser tilstrekkelig for å oppnå vektøkning, samt for å vurdere om det er behov for å øke mengde næring. Slik styrkes og tydeliggjøres foreldrenes rolle og ansvar i samsvar med prinsipper fra FBT (Lock & Le Grange, 2013). Fjelkegård et al. (2020) viser til at gode behandlingsresultater ikke bare omhandler gjenoppretting av vekt, men også i hvilken grad man klarer å hjelpe foreldre til å håndtere måltidsituasjonene og barnets ulike følelsesutbrudd. Familiens re-organisering rundt spiseforstyrrelsen og utfordringene ved EE, er velkjente temaer ved behandling av spiseforstyrrelser. Resultat bekrefter at det i behandling er viktig å ha fokus på faktorer som kan være vedlikeholdende for spiseforstyrrelsen, samt å ytterligere styrke kunnskapen for hvordan man kan jobbe i det miljøterapeutiske arbeidet for å redusere disse faktorene. Fjelkegård et al. (2020) viser til at

det er behov for å utvikle verktøy som evaluerer det miljøterapeutiske arbeidet som retter seg mot opprettholdende faktorer for sykdommen, som for eksempel foreldres evne til å forstå og begrense sykdomsuttrykk.

6.2 Å møte manglende forståelse hos foreldre

6.2.1 Å møte negative reaksjoner fra foreldre

Resultatene i studien viste at miljøterapeuter opplever det som utfordrende å veilede foreldre, dersom de møter negative eller avvisende reaksjoner. De opplevde likevel sjelden at reaksjonene var rettet mot dem personlig, men heller mot måltidsreglene og strukturen i behandlingsopplegget som de formidlet. Når miljøterapeuter møter negative reaksjoner, kan det føre til at de blir litt passive og tilbakeholdne under veiledning. De blir mer forsiktige, og våger ikke å være så tydelige, som de egentlig mener at de burde være.

Å arbeide i sengepost i den miljøterapeutiske virksomheten, betyr at miljøterapeutenes arbeidssted er lokalisert på samme sted der foreldre og ungdommer oppholder seg under innleggelsen. Det innebærer at miljøterapeuter er tilgjengelige og har tett/nært samvær med foreldre og ungdommer hele døgnet. Videre innebærer det at de er sammen med foreldre i mange vanskelige og utfordrende situasjoner i løpet av dagen. Tilgjengeligheten og det tette/nære samarbeidet med foreldrene, gjør dem også mer eksponert for foreldrenes umiddelbare responser på den krevende situasjonen de er i. Som beskrevet i de forutgående kapitlene så kan foreldre være slitne, preget av spiseforstyrrelsen og vegre seg for å følge opp matplanene, som de vet kan føre til konfrontasjoner med barnet sitt. Miljøterapeutenes jobb er å støtte, trygge og veilede foreldrene, slik at de på tross av utfordringene klarer å «stå i» måltidsituasjonene. Resultatene viser at selv om miljøterapeuter hadde stor forståelse for foreldrenes krevende situasjon, synes de likevel det var belastende å møte kritikk og avvisning i veiledningssituasjoner. Flere beskrev at de forsøkte jo bare å gjøre jobben sin. Hoste (2015) viser til at for personal som daglig omgås familien i en sengepost, kan det være utfordrende å håndtere foreldres forventninger, utålmodighet og engstelse når de ikke ser hurtig framgang og bedring for barnet sitt. Det er derfor viktig at miljøterapeutene kan håndtere egne reaksjoner, som de får som følge av foreldrenes reaksjoner.

At miljøterapeutene møter frustrasjon og kritikk kan ut fra et veiledningsteoretisk perspektiv, også forstås ut fra at premissene for veiledningssituasjon ikke er tydelig definert mellom foreldrene og miljøterapeutene. Tveiten (2016, s. 92, s. 93 og s. 97) viser til at det i veiledningssituasjoner kan være viktig å utfordre den man veileder, men den man skal veilede

må også være veiledbar. I dette ligger det at forventninger, avklaringer og samarbeidsformer må være avklart. Ifølge Tveiten (2016, s. 199) er det mange utfordringer ved veiledning og opplæring av pårørende. En av utfordringene er at man vektlegger råd og opplæring, og det er mindre fokus på refleksjon, og la den man veileder selv finne «svar». En slik tilnærming kan også være utfordrende med hensyn til å underkjenne «empowerments»-tenkningen som er viktig innenfor for FBT-modellen (Lock & Le Grange, 2013). Tveiten (2016, s. 201) beskriver at samhandling med pårørende ofte «...foregår i spenningsfeltet mellom brukermedvirkning og ekspertpåvirkning.» En miljøterapeut beskriver for eksempel at hun må finne balanse i veiledning mellom at; foreldrene kjenner barnet sitt best, men hun kjenner sykdommen best. Funn i studien viste at miljøterapeutene oftest opplevde negative reaksjoner i forbindelse med veiledning når foreldre forbereder måltidene til barnet sitt. Denne veiledningen bar mest preg av instruksjon med hensyn til rett mengde mat og drikke i forhold til matplanen, i motsetning til veiledning i etterkant av måltider der det var mer tid til samtale, evaluering og refleksjon rundt utfordringer. Foreldres negative reaksjoner kan ha kommet som følge av at de følte seg instruert og korrigeret. Studier fra pårørende viser at de ønsker tydelige og klare retningslinjer og tilbakemeldinger, samtidig så reagerer de negativt dersom de opplever å få «ordrer», eller de opplever at terapeuter eller behandlingsopplegget er for autoritært/har for streng disiplin (Honey et al., 2007; Kopec-Schrader et al., 1993).

At miljøterapeuter blir forsiktig og tilbakeholdne når de møter negative reaksjoner fra foreldre, kan forstås både ut fra aksept og forståelse for at foreldrene er i en krevende situasjon, og at de er avhengige av å ha et godt samarbeid med foreldrene. At de vegrer seg for videre veiledning, kan også omhandle at de blir usikre på hvordan de skal opprettholde veiledning, når de allerede er blitt avvist eller har møtt negativ respons.. At terapeuter kan bli forsiktige eller vegre seg for å veilede foreldre, kom også frem i studien av Godfrey et al. (2015) som så nærmere på familiemåltidet ved den polikliniske FBT behandlingen. Mange foreldre hadde tilpasset seg sykdommen gjennom å unngå konflikt, og derfor *ikke* ville utfordre barnet sitt til å spise mer mat. Resultat viste også at terapeutene ble trukket inn i dette systemet av unngåelse, enten ved at de *ikke* utfordret foreldrene til å utfordre barnet til å spise mer mat, at de utfordret foreldrene på en utydelig/uklar måte eller ved at de lot være å følge det opp dersom foreldrene avviste eller unngikk utfordringen.

6.2.2 Å håndtere manglende foreldre responser

Resultat i studien viste at miljøterapeuter opplevde det frustrerende, slitsomt og fortvilende når de veileder over lang tid, men foreldre ikke følger veiledning. De bekymret seg for at

dette reduserer ungdommens mulighet for tilfriskning. Miljøterapeutenes frustrasjon over manglende respons fra foreldre, sammenfaller med funn av Kay (2007), som viste at personalet ble frustrert når de opplevde utilstrekkelig innsats fra foreldre med hensyn til å hjelpe barnet. Som redegjort for i tidligere kapittel, så relaterte miljøterapeuter i denne studien til flere mulige forståelsesforhold til at foreldre ikke responderte, eller vegret seg for å følge veiledning. Blant annet at de var slitne, bekymret for barnet sitt, og preget av spiseforstyrrelsen. Samtidig som miljøterapeutene uttrykte stor forståelse for foreldrenes krevende situasjon, så kunne de likevel undre seg over at foreldre ikke fulgte veiledning. Miljøterapeutenes frustrasjon og fortvilelse kan forstås ut fra at de ikke «lykkes» med det de har til hensikt å gjøre. Både miljøterapien og den familiebaserte tilnærmingen, altså det miljøterapeutiske familiearbeidet, har til hensikt å styrke mestringskompetansen til foreldre, slik at de kan hjelpe barnet sitt. Når foreldre av ulike årsaker, ikke «deltar i, eller følger» behandlingstilnærmingen, så blir det også vanskelig å nå fram med veiledning. Miljøterapeuter i denne studien påpekte at for at den familiebaserte behandlingen skal bli vellykket, så er de helt avhengige av å ha foreldrene på lag. Dette sammenfaller med erfaring fra FBT i poliklinikk, der klinikere anser at foreldres manglende engasjement og oppfølging av prinsippene ved FBT (ta kontroll over mat og måltider), har negativ effekt for behandling (Dimitropoulos et al., 2017).

Det fremkom også i studien, at når foreldre over lang tid ikke responderer på veiledning, så opplevde miljøterapeutene at det var utfordrende å vite hvor direkte og tydelig de skulle være overfor foreldre, med hensyn til at de må gjøre endringer. De bekymret seg for at foreldre skulle føle seg klandret, og oppleve slike tilbakemeldinger som personlig kritikk. Miljøterapeutenes dilemma kan forstås ut fra at de jobber etter en familiebasert tilnærming, der målet er å støtte, styrke og foreldrene, så de blir i stand til å «gjenvinne» foreldreautoriteten i kampen mot sykdommen (Lock & Le Grange, 2013). Samtidig så vurderte miljøterapeutene noen ganger at foreldre av ulike årsaker, ikke maktet å gi ungdommen den støtte og hjelp som hun/han har behov for. Eksempler kan som nevnt tidligere være, at foreldre har re-organisert seg rundt sykdommen (Whitney & Eisler, 2005), eller er preget av sykdommen på andre måter, f.eks som ved overinvolvering («expressed emotions») (R. D. Rienecke et al., 2017). Miljøterapeutene jobbet også tett sammen med foreldrene og opplevde hvor slitne og frustrerte foreldre var, samt hvor utfordrende måltidene med ungdommene kunne være. Belastninger for pårørende er veldokumentert, og det er vanlig at pårørende føler skyld, skam og maktesløshet for at barnet deres har en

spiseforstyrrelse, samt at de føler seg klandret, gransket og misforstått av helsepersonell (Fox et al., 2017). Alle disse aspektene belyser ulike dimensjoner som kan gjøre det utfordrende for miljøterapeuter å vite hvor direkte og tydelig de kan være i veiledningen. Når foreldre over lang tid ikke responderer på veiledning i forbindelse med måltidsituasjoner, mente miljøterapeutene at det må vurderes flere, eller andre tilnærminger.

6.3 Å være fleksibel under uklare rammer

6.3.1 Å veilede foreldre når behandlingstilnærmingen er uklar

Det framkom i studien at miljøterapeuter hadde en felles forståelse av målet med den familiebaserte behandlingen, men fremgangsmåten for *hvordan* de skal veilede innenfor den familiebaserte tilnærmingen var ikke entydig. Særlig kan rolle- og arbeidsfordelingen mellom miljøterapeuter og foreldre kan være uklar.

Resultatene kan belyses ut fra at manualen for FBT (Lock & Le Grange, 2013) er utarbeidet for poliklinisk arbeid, og gir ikke retningslinjer for hvordan prinsippene skal benyttes innenfor døgnbaserte enheter. Fra litteratur som tematiserer bruk av FBT prinsipper for behandling av ungdom i sengepost, er overordnede anbefalinger å involvere foreldre så mye som mulig i behandling, la dem ta så mye ansvar og beslutninger som mulig, samt å styrke og støtte dem (*empower*) i foreldrerollen (Lock & Le Grange, 2013, s. 26 og s. 94; Murray et al., 2015). Det finnes både varianter av dagbehandling, innleggelse i sengepost av kortere varighet (Richards et al., 2018) eller døgnbaserte behandlingstilbud (Fjelkegård et al., 2020; Halvorsen et al., 2017; Spettigues et al., 2019). Ettersom det er lokalt utviklede behandlingstilbud så er det også stor variasjon i intervensjonenes innhold, struktur og fremgangsmåte, for eksempel om de benytter seg av kostlister eller ikke, og hvor mye ansvar og beslutninger som er lagt til foreldre. Resultat fra denne studien viste at selv om sengeposten jobber etter overordnede prinsipper fra FBT, om å styrke og støtte foreldre til å ta kontroll over måltidsituasjonene, så opplevde ikke miljøterapeutene at det var helt klare føringer for *hvordan* de skulle benytte FBT prinsippene når det oppsto utfordringer under måltider. En miljøterapeut beskrev for eksempel at hun under et utfordrende måltid ble usikker på sin egen rolle og hvor aktivt hun skal gå inn å hjelpe mor under måltidet. At miljøterapeuten blir i tvil om sin egen rolle, kan forstås ut fra at hun ikke vil ta over måltidet for mor, slik at hun reduserer mors foreldreautoritet. Samtidig så ser hun at mor har behov for støtte, og ønsker å være behjelpelig overfor mor. Dilemmaet viser hvordan miljøterapeuten forsøker å balansere tilnærmingen sin

både ut fra en familiebasert tilnærming, samt ivareta pårørende behov. Fjelkegård et al. (2020) viser til at det mangler metodiske beskrivelser for hvordan man kan jobbe etter FBT prinsipper i den miljøterapeutiske virksomheten i en sengepost. Det påpekes at det er viktig å utarbeide/utvikle dette, blant annet for å tydeliggjøre ansvarsfordelingen mellom foreldre og miljøterapeuter. Miljøterapeutene i denne studien opplevde at selv om de jobber etter en familiebasert tilnærming, der foreldre skal ha hovedansvar for gjennomføring av måltider, så må de også kunne være fleksible og tilpasse seg hver enkelt families behov.

Resultatene viste også at miljøterapeutene opplevde utfordringer i veiledning når foreldre ikke helt forsto, den familiebaserte tilnærmingen. Miljøterapeutene oppfattet at dette både kunne handle om foreldres forventninger, og at foreldre noen ganger ikke var tilstrekkelig informert om hvilken aktiv rolle de skulle ha i behandlingen. En implikasjon av dette resultatet kan være at det i forkant av innleggelse bør gjøres forventningsavklaringer mellom sengeposten og foreldre, og at foreldre informeres grundig om den familiebaserte tilnærmingen. Kanskje også særlig rettet mot det miljøterapeutiske arbeidet, ettersom det er her måltidsituasjonene gjennomføres, og det ofte kan være store utfordringer i forbindelse med måltidene. Ettersom re-ernæring og måltider er en så viktig del av behandlingen, og foreldre er forventet å følge opp (*compliance*) måltidene, så er det viktig å avklare forventningene rundt dette på forhånd, slik at behandling i størst mulig grad gjennomføres i samråd/samstemmighet (*concordance*) med foreldrene.

6.3.2 Å veilede foreldre ved uforutsette situasjoner

Et resultat viser at miljøterapeuter opplever det krevende å veilede i uforutsette situasjoner, der behandlingsplanene til ungdommene, ikke gir føringer på hvordan slike hendelser skal håndteres under måltidene. Mange av de uforutsette situasjonene var relatert til ungdommens symptomtrykk og atferd, som for eksempel utagerende atferd. Miljøterapeutene mener samtidig at det ikke er mulig å lage føringer for alle tenkelige situasjoner som kan oppstå, og de er derfor avhengige av å bruke faglig skjønn utover det som er beskrevet i behandlingsplanene. Når de tar beslutninger som går utover behandlingsplanene, synes de det er utfordrende. Både, fordi de kan risikere å «overta» autoritetsrollen til foreldrene, eller trå over foreldrenes grenser, eller for at de har tatt en beslutning som «går på tvers» av den den familiebaserte tilnærmingen og kan få «negative» tilbakemeldinger fra kollegaer på det. Hoste (2015) og Murray et al. (2015) viser til at en hovedutfordring ved bruk av FBT prinsipper i sengepost, er at det i større grad involverer personell, som kan komme til å gripe inn under

vanskelige måltider, og derav redusere foreldrenes rolle. Miljøterapeutene i denne studien mente likevel at det i enkelte krevende situasjoner kunne være behov for å tre mer aktivt inn i situasjonen og veilede mer bestemt og tydelig.

7 Metodologiske vurderinger og refleksjoner

Studiens troverdighet viser til hele forskningsprosessen og retter seg mot om studiens resultater er gyldige, pålitelige og overførbare (Drageset & Ellingsen, 2010). Å redegjøre for begrepene, er å informere leseren om hvilke betingelser kunnskapen er utviklet under (Malterud, 2011, s. 17 og s. 181). Nedenfor løftes fram de viktigste momenter for denne studiens troverdighet, samt øvrige refleksjoner knyttet til styrker og begrensninger ved studien.

7.1 Gyldighet

Aadland (1997, s. 248) viser til at gyldighet (validitet) betyr treffsikkerhet, og retter seg mot at data må være relevante (gyldige) i forhold til forskningsspørsmålet. For å vurdere studiens gyldighet må det derfor kontrolleres og stilles spørsmål til om studien undersøker det den hadde til hensikt å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Ettersom jeg har inngående kunnskap og engasjement for temaet for denne studien, så har det vært nødvendig å få andres innspill og råd underveis i forskningsprosessen, for å styrke gyldighet av studien. Det har vært tilstrebet å ha en bevissthet om at tilknytningen til feltet, og egen forforståelse kunne svekke/innsnevre gyldigheten. Å drøfte metode, fremgangsmåte og datamaterialet sammen med andre har derfor vært viktig for å innta en metaposisjon, og «identifisere egne blinde flekker» (Malterud, 2011, s. 39). Veileders innspill og tilbakemeldinger har vært av særlig viktig betydning i hele forskningsforløpet, både med hensyn til metodevalg, utarbeidelse av forskningsspørsmål og intervjuguide, samt i bearbeidelsen av datamaterialet.

For å forebygge overidentifisering er det etterfulgt teoretiske anbefalinger og retningslinjer under studieforløpet, som beskrevet av blant andre Kvale og Brinkmann (2015), Malterud (2011) og Tjora (2012). En refleksjon i etterkant, er at ettersom studien ble utført på eget arbeidssted, samt vaksomhet over å kunne bli forledet av egen forforståelse, kanskje har bidratt til at «rett» metodisk fremgang er vektlagt tynge enn fleksibilitet i forskningsprosessen. Det har selvfølgelig likevel vært viktig å kunne være fleksibel underveis i studien. Herunder både i intervjusituasjonen, ved analysing av data og ved presentasjon av resultater.

Utvalget vurderes også å ha styrket gyldighet ved studien. Miljøterapeutene hadde lang erfaring fra veiledning av foreldre i forbindelse med måltidsituasjoner, og dette bidro til å løfte fram både nyansert materiale og de vanligste utfordringene. Resultat av studien bør også sees i lys av at det er en stund siden intervjuene ble gjennomført. Miljøterapeutene kan derav

ha fått andre erfaringer knyttet til forskningsspørsmålet pr. i dag. En ytterligere styrking av studiens gyldighet, kunne ha vært å rekruttere miljøterapeuter fra ulike sengeposter. Dette kunne kanskje ha bidratt til å belyse andre aspekter eller erfaringer ved forskningsspørsmålet.

Under intervjuene ble det vektlagt å ikke stille ledende spørsmål, samt fortløpende få meningsavklaring fra studiedeltakerne. Å ha avklart mening i begrep og uttalelser fra studiedeltakerne ga en trygghet om at jeg hadde forstått budskapet som deltakerne formidlet. Å fortløpende avklare meningsinnhold bidrar til å styrke felles forståelse mellom deltaker og forsker, samt styrker gyldigheten av resultatene i studien (Drageset & Ellingsen, 2010; Malterud, 2011, s. 182). God kunnskap om intervjuetemaet, bruk av ulike spørsmålsformuleringer/spørreteknikker og en aktiv lyttende posisjon, bidro sammen til å få rikt datamateriale. Det var også nyttig å ha transkribert intervjuene selv. Ettersom jeg selv var deltaker i forskningssamtalene, og husket visse detaljer og momenter fra intervjuene, så følte jeg meg også sikrere på at jeg ved lett redigering av teksten, likevel representerte og bevarte meningsinnholdet i det som ble formidlet av studiedeltakerne. Kvale og Brinkmann (2015, s. 207) og Malterud (2011, s. 77) viser til at det er fordel og styrke for studien dersom forsker selv transkriberer intervjuene.

Øvrige tiltak for å styrke gyldighet ved studien, har det vært å føre prosjektlogg (refleksiv journal), samt at hvert trinn og veivalg i analyseprosessen ble grundig dokumentert på datamaskinen. Å følge hovedstrukturen for en veletablert analyseprosedyre, som systematisk tekstkondensering (Malterud, 2011, s. 96 - 112), bidrar også til å styrke resultatenes gyldighet.

7.2 Pålitelighet

Studiens pålitelighet (reliabilitet) retter seg mot om man kan stole på resultatene av studien, og omhandler konsistens og nøyaktighet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Drageset og Ellingsen (2010) viser til at det er glidende overganger mellom begrepene gyldighet (validitet) og pålitelighet, for eksempel dersom man skal få gyldige data, så må de også være pålitelige. For å styrke påliteligheten av data ble praktiske forhold ved gjennomføringen av intervjuene grundig forberedt. Blant annet med å sikre at det ikke skulle være avbrytelser og forstyrrelser underveis, samt å sikre gode lydopptak.

Det er i studien også tilstrebet transparens (gjennomsiktighet), ved grundig redegjørelse og beskrivelse av egen posisjon, forforståelse, overveielser og valg som er tatt gjennom forskningsforløpet. Egen forforståelse kan ha vært en styrke i forskningsprosessen. Utstrakt feltkunnskap og interesse for forskningstemaet kan utfra en hermeneutisk innfallsvinkel være

positivt. Gadamer et al. (2010) viser til at høyt kunnskapsnivå om et område eller tema, kan føre til at man har flere fordommer, og derav ha bedre forutsetninger for å forstå et fenomen. Som nevnt ovenfor så må også data være pålitelige for at de skal være gyldige. Ry Nielsen og Repstad (2004, s. 240) viser til at når man intervjuer kollegaer så er man ofte dyktigere enn utenforstående til å vite hva det snakkes sant om, og at dette er en fordel både i intervjusituasjonen og under analysen. Egen forforståelse har nok også hatt innvirkning på hvilke spørsmål som ble forfulgt i intervjuene, og hva oppmerksomheten min spesielt la merke til i tekstanalysen. En annen forsker ville kunne ha stilt andre oppfølgingsspørsmål eller lagt merke til andre ting i analysearbeidet. Ved valg av teoretiske perspektiver, så er det også valgt en innfallsvinkel og et ståsted som problemstillingen behandles innenfor. «Å velge perspektiv betyr at noe belyses, mens andre ting kommer i skyggen» (Thornquist, 2003, s. 217). Hadde andre teorier blitt valgt, ville andre aspekter ved tematikken for studien kunne blitt mer framtrædende. Som redegjort for tidligere i studien, så har jeg tilstrebet å ha en aktiv refleksiv holdning, og forsøkt å være bevisst hvilken betydning forforståelsen har for ulike ledd i forskningsprosessen. Jeg har tilstrebet å ha et kritisk blikk på hvordan forforståelsen kan ha påvirket veivalg i studieforløpet. Der det har vært mulig er det forsøkt å forebygge egen forforståelse, for eksempel under intervjuene ved å innta en bevisst naiv posisjon.

7.3 Overførbarhet

Troverdighet omhandler også i hvilken grad studien er overførbar (generaliserbar). Malterud (2011, s. 62) viser til at begrepet overførbar er mer realistisk enn begrepet generaliserbar, som kan assosieres med at noe er allmenngyldig. Å si at funnene ved en studie er overførbare, er en bedre beskrivelse som antyder at det er grenser for hvordan funnene kan gjøre seg gjeldende i andre sammenhenger (Malterud, 2011, s. 62). Denne studien har et begrenset utvalg med kun 6 miljøterapeuter, så resultatene er åpenbart ikke representative for alle miljøterapeuter som gruppe. Kvalitative studier lar seg ikke overføre i samme form som eksempelvis en spørreundersøkelse. Å gjennomføre samme type studie som denne studien, overfor et likt utvalg, ville være gjennomførbart, men utfra andre betingelser enn denne studien. Andre studier kan for eksempel benytte samme forskningsspørsmål og intervjuguide, men samhandlingen og samtalene i intervjusituasjonene kan ikke gjenskapes. Studien kan likevel ha overføringsverdi til andre miljøterapeutgrupper som jobber med en familiebasert behandlingstilnærming for ungdom med anoreksi. En styrke med studien er at den belyser tematikk som det er begrenset forskning på, og derav kan bidra med kunnskapsutvikling. Fra

et slikt perspektiv kan studien ha nytteverdi for alle faggrupper som har et familiebasert fokus i behandling av ungdom med spiseforstyrrelser, samt for foreldre og andre pårørende.

8 Avslutning

8.1 Oppsummering

Studiens resultat viser at miljøterapeuter opplever det utfordrende å nå fram til foreldre med kunnskap og forståelse for spiseforstyrrelsen. Spesielt omhandlet dette og nå fram til foreldre med forklaringer på symptomtrykket ved spiseforstyrrelsen og hvordan det var hensiktsmessig å forholde seg til dette trykket, samt hvordan sykdommen kunne oppleves for barnet.

Videre viser funn at utfordringene miljøterapeutene opplever i forbindelse med veiledning av foreldre er komplekse. Til tross for at foreldrene uttrykte at de hadde forstått sin rolle i behandlingen, opplevde miljøterapeutene at informasjonen og veiledningen de formidlet ikke ble gjennomført når det oppsto utfordrende situasjoner. Ofte var dette fordi foreldrene var slitne og fortvilte over situasjonen med barnet, samt at de ville unngå konflikter. I tillegg opplevde miljøterapeutene at foreldre ble preget av sterke følelsesuttrykk hos barna og hadde vanskelig for å skille mellom barna og sykdommen.

Resultatene viser også at miljøterapeutene fant det krevende å samarbeide med foreldre som av ulike årsaker ikke fulgte veiledning, samt krevende når foreldre ga negative reaksjoner på veiledning. Miljøterapeutene fant det utfordrende å veilede når rammer og strukturer ikke var entydig, spesielt relatert til rolle og arbeidsfordeling mellom miljøterapeuter og foreldre. I tillegg opplever miljøterapeutene at foreldre ikke alltid er godt nok informert eller helt forstår den familiebaserte tilnærmingen.

8.2 Implikasjoner for praksis

Den miljøterapeutiske virksomheten ved en sengepost, må sees i sammenheng med det overordnede behandlingstilbudet som sengeposten gir. Det vil derfor vises til implikasjoner for praksis, både generelt for en familiebasert behandlingstilnærming, og spesielt for det miljøterapeutiske arbeidet.

En implikasjon for praksis vil kunne være å styrke informasjonsutveksling og forventningsavklaringer mellom foreldre og sengepost før innleggelse. Ved å starte et samarbeid på denne måten vil sengeposten ha mulighet for å grundig redegjøre for behandlingen som gis, og bakgrunnen for at man jobber ut fra en familiebasert tilnærming. Det vil også kunne gi foreldre en bedre mulighet, til å være forberedt på den aktive rollen de er tiltenkt under behandlingen, samt stille spørsmål og uttrykke meninger om behandlingsopplegget. En annen implikasjon for praksis kan være å jevnlig ha psykoedukasjon for foreldre den første tiden under innleggelse. Dette kan bidra til økt kunnskap om spiseforstyrrelser, samt mestring av symptomtrykk, og utdypet forståelse for hvordan sykdommen kan prege foreldrefunksjonen. I miljøterapien kan implikasjon for praksis være et samarbeidsmøte med foreldre før man starter opp med veiledning i forbindelse med måltidsituasjoner. I et slikt møte kan man tydeliggjøre for foreldre hvilke situasjoner man veileder i, hvordan man veileder og hvorfor man veileder på den måten man gjør. Samarbeidsmøtet kan benyttes til å klargjøre rollefordelingen mellom foreldre og miljøterapeuter, og gi en mulighet for å avtale hvordan man skal samarbeide dersom det oppstår utfordringer i forbindelse med veiledningssituasjonene. Møtet kan også tilrettelegge for at foreldre gir tilbakemelding på hvordan de ønsker støtte og veiledning. En annen implikasjon for praksis i det miljøterapeutiske arbeidet, vil kunne være å ha måltidsveiledning i undervisningsform, for foreldre. Undervisning vil kunne rette seg spesifikt mot utfordringer i forbindelse med måltidene, og fremme foreldres refleksjon rundt hvordan symptomtrykket fra spiseforstyrrelsen påvirker dem, samt hvilke strategier de benytter for å håndtere symptomtrykket.

8.3 Videre forskning

I denne oppgaven presenteres helsepersonells erfaringer med familiebasert behandling for ungdommer med anoreksi. Videre forskning bør fokusere på, både helsepersonells erfaringer, men også hvordan foreldre og ungdommer erfarer familiebasert behandling (FBT) i sengepost. Videre forskning på helsepersonells erfaringer er viktig for å styrke eller motbevise utfordringene belyst i denne studien. I tillegg bør det utforskes hvordan pårørende erfarer denne typen behandling, og eventuelt kartlegge hvordan FBT i sengepost kan videreutvikles for å gi best mulig behandling. Erfaringer fra både helsepersonell og foreldre, som skal fungere som et team i behandling, vil styrke utviklingen av familiebasert behandling. Et tema

som også bør utforskes er ungdommenes erfaringer med denne typen tilnærming. Ut fra denne oppgaven framstår det også et behov for å utarbeide beskrivelser for når man bør gå over til annen behandling hvis FBT ikke fungerer tilstrekkelig.

9 Referanseliste

- Aadland, E. (1997). *"Og eg ser på deg..." : vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Accurso, E. C., Ciao, A. C., Fitzsimmons-Craft, E. E., Lock, J. D. & Le Grange, D. (2014). Is weight gain really a catalyst for broader recovery?: The impact of weight gain on psychological symptoms in the treatment of adolescent anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 56, 1-6. 10.1016/j.brat.2014.02.006
- Amaresha, A. C. & Venkatasubramanian, G. (2012). Expressed emotion in schizophrenia: an overview. *Indian journal of psychological medicine*, 34(1), 12-20. 10.4103/0253-7176.96149
- Anastasiadou, D., Medina-Pradas, C., Sepulveda, A. R. & Treasure, J. (2014). A systematic review of family caregiving in eating disorders. *Eat Behav*, 15(3), 464-477. 10.1016/j.eatbeh.2014.06.001
- Anastasiadou, D., Sepulveda, A. R., Parks, M., Cuellar-Flores, I. & Graell, M. (2016). The relationship between dysfunctional family patterns and symptom severity among adolescent patients with eating disorders: A gender-specific approach. *Women & Health*, 56(6), 695-712. 10.1080/03630242.2015.1118728
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731. 10.1001/archgenpsychiatry.2011.74
- Bakker, R., van Meijel, B., Beukers, L., van Ommen, J., Meerwijk, E. & van Elburg, A. (2011). Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: the nurses' perspective on effective interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(1), 16-22. 10.1111/j.1744-6171.2010.00263.x
- Beukers, L., Berends, T., de Man-van Ginkel, J. M., van Elburg, A. A. & van Meijel, B. (2015). Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(6), 519-526. 10.1111/inm.12150
- Blondin, S., Meilleur, D., Taddeo, D. & Frappier, J. Y. (2019). Caregiving experience and expressed emotion among parents of adolescents suffering from anorexia nervosa following illness onset. *Eat Disord*, 27(5), 453-470. 10.1080/10640266.2018.1553431
- Braut, G. S. (2019). Compliance. I Store medisinske leksikon. Hentet 22.09.19 fra <https://sml.snl.no/compliance>
- Couturier, J., Kimber, M., Jack, S., Niccols, A., Van Blyderveen, S. & McVey, G. (2012). Understanding the uptake of family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: Therapist perspectives. *Int J Eat Disord*, 46. 10.1002/eat.22049
- Couturier, J., Kimber, M. & Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders* 46, 3-11. 10.1002/eat.22042
- Couturier, J., Lock, J., Kimber, M., McVey, G., Barwick, M., Niccols, A., . . . Woodford, T. (2017). Themes arising in clinical consultation for therapists implementing family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: a qualitative study. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 28. 10.1186/s40337-017-0161-3
- Dimitropoulos, G., Freeman, V. E., Lock, J. & Grange, D. L. (2017). Clinician perspective on parental empowerment in family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 39(4), 537-562. doi:10.1111/1467-6427.12086

- Direktoratet for e-helse. (2018). ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer (Blåboka). Hentet 30.09.18 fra file:///C:/Users/Ingvild/Downloads/Komplett%20B1%C3%A5bok%20IDC-10%20Psykiske%20lidelser%20og%20atferdsforstyrrelser.pdf
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien forskning*, 5(4), 332-335.
- Duclos, J., Vibert, S., Mattar, L. & Godart, N. (2012). Expressed Emotion in Families of Patients with Eating Disorders: A Review of the Literature. *Current Psychiatry Reviews*, 8(3), 183-202. 10.2174/157340012800792975
- Fink, K., Rhodes, P., Miskovic-Wheatley, J., Wallis, A., Touyz, S., Baudinet, J. & Madden, S. (2017). Exploring the effects of a family admissions program for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 51. 10.1186/s40337-017-0181-z
- Fisher, C. A., Skocic, S., Rutherford, K. A. & Hetrick, S. E. (2019). Family therapy approaches for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev*, 5, Cd004780. 10.1002/14651858.CD004780.pub4
- Fjelkegård, M., von Hausswolff-Juhlin, Y. & Olsen, E. M. (2020). Hur påverkar involvering av familjen heldygnsbehandling av barn och tonåringar med restriktiv ätstörning? *Fokus på familjen*, 48(01), 22-31.
- Folkehelseinstituttet. (2009, 25.01.16). Fakta om spiseforstyrrelser - anoreksi, bulimi og overspisingsslidelse. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/spiseforstyrrelser/spiseforstyrrelser2/>
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000, § 6, -b). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Fox, J. R. E., Dean, M. & Whittlesea, A. (2017). The Experience of Caring For or Living with an Individual with an Eating Disorder: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 103-125. 10.1002/cpp.1984
- Gadamer, H.-G., Schaanning, E. & Holm-Hansen, L. (2010). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk* (Wahrheit und Methode Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik). Oslo: Pax.
- Garber, A. K., Sawyer, S. M., Golden, N. H., Guarda, A. S., Katzman, D. K., Kohn, M. R., . . . Redgrave, G. W. (2016). A systematic review of approaches to refeeding in patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 49(3), 293-310. 10.1002/eat.22482
- Girz, L., Lafrance Robinson, A., Foroughe, M., Jasper, K. & Boachie, A. (2013). Adapting family-based therapy to a day hospital programme for adolescents with eating disorders: preliminary outcomes and trajectories of change. *Journal of Family Therapy*, 35, 102-120.
- Goddard, E., Macdonald, P., Sepulveda, A. R., Naumann, U., Landau, S., Schmidt, U. & Treasure, J. (2011). Cognitive interpersonal maintenance model of eating disorders: intervention for carers. *The British Journal of Psychiatry*, 199(3), 225-231. Hentet fra <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/5C711EA30F298E0D4D95E167B7625DB6/S0007125000256444a.pdf/div-class-title-cognitive-interpersonal-maintenance-model-of-eating-disorders-intervention-for-carers-div.pdf>
- Godfrey, K., Rhodes, P., Miskovic-Wheatley, J., Wallis, A., Clarke, S., Kohn, M., . . . Madden, S. (2015). Just one more bite: a qualitative analysis of the family meal in family-based treatment for anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, 23(1), 77-85. 10.1002/erv.2335

- Hage, T. W., Rø, Ø. & Moen, A. (2015). "Time's up" – staff's management of mealtimes on inpatient eating disorder units. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 13. 10.1186/s40337-015-0052-4
- Halvorsen, I., Reas, D. L., Nilsen, J. V. & Rø, Ø. (2017). Naturalistic Outcome of Family-Based Inpatient Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 26(2), 141-145. Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/erv.2572>
- Haynos, A. F., Watts, A. W., Loth, K. A., Pearson, C. M. & Neumark-Stzainer, D. (2016). Factors predicting an escalation of restrictive eating during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 59(4), 391-396. Hentet fra [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(16\)00090-2/pdf](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(16)00090-2/pdf)
- Helsedirektoratet. (2017). Pårørendeveileder. Hentet 21.03.20 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/etiske-dilemmaer-i-mote-med-parorende>
- Helsedirektoratet. (2017, -a). Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/seksjon?Tittel=definisjon-og-diagnostiske-kriterier-10521>
- Helsedirektoratet. (2017, -b). Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser. Hentet 25.03 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/seksjon?Tittel=familiearbeid-ved-spiseforstyrrelser-for-10509#dialog-og-samarbeid-med-familie-og-andre-paerorende-bor-vektlegges-for-personer-med-spiseforstyrrelsersterk-anbefaling>
- Helsedirektoratet. (2017, -c). Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/seksjon?Tittel=risiko-og-sarbarhetsfaktorer-ved-10512>
- Helsedirektoratet. (2017, -d). Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser. Hentet 14.05 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/seksjon?Tittel=somatisk-behandling-for-pasienter-6877#det-anbefales-a-tilstrebe-en-reduksjon-av-undervekt-fra-0,5-til-1,5-kg/uke-for-pasienter-med-anoreksisterk-anbefaling>
- Helsedirektoratet. (2017, -f). Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/poliklinisk-behandling-og-indikasjon-for-innleggelse>
- Helsedirektoratet. (2017, -g). Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser. Hentet 21.03.20 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/familiearbeid-ved-spiseforstyrrelser-for-barn-unge-og-voksne-i-primar-og-spesialisthelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2017, -h). Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser
- Hentet 21.03.20 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser/generelt-om-behandling-for-spiseforstyrrelser>
- Helsedirektoratet. (2018). Spiseforstyrrelser hos barn og unge - pakkeforløp. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/spiseforstyrrelser-hos-barn-og-unge/behandling-og-oppfolging-spiseforstyrrelser-hos-barn-og-unge-pakkeforlop>
- Helsepersonelloven. (2001, § 10 a.). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

- Henderson, K., Buchholz, A., Obeid, N., Mossiere, A., Maras, D., Norris, M., . . . Spettigue, W. (2014). A family-based eating disorder day treatment program for youth: Examining the clinical and statistical significance of short-term treatment outcomes. *Eating disorders*, 22(1), 1-18. Hentet fra <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10640266.2014.857512?needAccess=true>
- Honey, A., Boughtwood, D., Clarke, S., Halse, C., Kohn, M. & Madden, S. (2007). Support for parents of children with anorexia: what parents want. *Eating disorders*, 16(1), 40-51. Hentet fra <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10640260701773447?needAccess=true>
- Hoste, R. R. (2015). Incorporating family-based therapy principles into a partial hospitalization programme for adolescents with anorexia nervosa: challenges and considerations. *Journal of Family Therapy*, 37(1), 41-60. 10.1111/1467-6427.12055
- Kay, M. L. (2007). *The effects on staff of working in an eating disorders unit* (Mastergradsavhandling, University of Sourh Africa). Hentet fra <http://uir.unisa.ac.za/bitstream/handle/10500/2173/dissertation.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kells, M., Davidson, K., Hitchko, L., O'Neil, K., Schubert-Bob, P. & McCabe, M. (2013). Examining supervised meals in patients with restrictive eating disorders. *Applied Nursing Research*, 26(2), 76-79. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2012.06.003>
- Kells, M., Schubert-Bob, P., Nagle, K., Hitchko, L., O'Neil, K., Forbes, P. & McCabe, M. (2017). Meal Supervision During Medical Hospitalization for Eating Disorders. *Clinical Nursing Research*, 26(4), 525-537. 10.1177/1054773816637598
- Kopec-Schrader, E., Marden, K., Rey, J., Touyz, S. & Beumont, P. (1993). Parental evaluation of treatment outcome and satisfaction with an inpatient program for eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27(2), 264-269.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, E. & Selnes, B. (1992). *Fra avvik til ansvar: En miljøterapeutisk tilnærming til ungdom i institusjon* (2 utg.). Oslo: Tano.
- Lauvås, P. & Handal, G. (2014). Veiledningsbegrepet. I *Veiledning og praktisk yrkesteori* (3 utg., s. 50-52). Latvia: Cappelen Damm AS.
- Le Grange, D., Hoste, R. R., Lock, J. & Bryson, S. W. (2011). Parental expressed emotion of adolescents with anorexia nervosa: outcome in family-based treatment. *The International journal of eating disorders*, 44(8), 731-734. 10.1002/eat.20877
- Lillevik, O. G. & Øien, L. (2015). Hva er miljøterapi? *Sykepleien*, 5. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.54066>
- Lock, J. (2018). Family therapy for eating disorders in youth: current confusions, advances, and new directions. *Curr Opin Psychiatry*, 31(6), 431-435. 10.1097/ycp.0000000000000451
- Lock, J., Agras, W. S., Le Grange, D., Couturier, J., Safer, D. & Bryson, S. W. (2013). Do end of treatment assessments predict outcome at follow-up in eating disorders? *Int J Eat Disord*, 46(8), 771-778. 10.1002/eat.22175
- Lock, J. & Le Grange, D. (2013). *Treatment manual for anorexia nervosa: A Family-Based Approach*. New York: Guilford Press.
- Long, S., Wallis, D. J., Leung, N., Arcelus, J. & Meyer, C. (2012). Mealtimes on eating disorder wards: A two-study investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 241-246. 10.1002/eat.20916
- Lorem, G. F. (2014). *Psykisk helse : forståelse, kommunikasjon og samspill*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3 utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Martinussen, M., Friberg, O., Schmierer, P., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Neunhoeffer, A.-L., . . . Rosenvinge, J. H. (2017). The comorbidity of personality disorders in eating disorders: a meta-analysis. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(2), 201-209. Hentet fra <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-016-0345-x>
- Murray, S. B., Anderson, L. K., Rockwell, R., Griffiths, S., Le Grange, D. & Kaye, W. H. (2015). Adapting Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa Across Higher Levels of Patient Care. *Eating Disorders*, 23(4), 302-314. 10.1080/10640266.2015.1042317
- Nasjonalt kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. (2018). Empowerment-egenkraftmobilisering. Hentet 22.03.20 fra <https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/sentrale-begreper/egenkraftmobilisering/>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2017). Eating disorders: recognition and treatment. NICE guideline [NG69]. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/chapter/Recommendations#inpatient-and-day-patient-treatment>
- Olkowska, A. & Landmark, B. (2016). *Miljøterapi: Prinsipper, perspektiver og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ornstein, R. M., Lane-Loney, S. E. & Hollenbeak, C. S. (2012). Clinical outcomes of a novel, family-centered partial hospitalization program for young patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 17(3), e170-e177. 10.1007/BF03325344
- Plath, D., Williams, L. T. & Wood, C. (2016). Clinicians' views on parental involvement in the treatment of adolescent anorexia nervosa. *Eat Disord*, 24(5), 393-411. 10.1080/10640266.2016.1189796
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed. utg.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health.
- Richards, I. L., Subar, A., Touyz, S. & Rhodes, P. (2018). Augmentative Approaches in Family-Based Treatment for Adolescents with Restrictive Eating Disorders: A Systematic Review. *Eur Eat Disord Rev*, 26(2), 92-111. 10.1002/erv.2577
- Rienecke, R. D., Accurso, E. C., Lock, J. & Le Grange, D. (2016). Expressed Emotion, Family Functioning, and Treatment Outcome for Adolescents with Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, 24(1), 43-51. 10.1002/erv.2389
- Rienecke, R. D., Lebow, J., Lock, J. & Le Grange, D. (2017). Family Profiles of Expressed Emotion in Adolescent Patients With Anorexia Nervosa and Their Parents. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 46(3), 428-436. 10.1080/15374416.2015.1030755
- Rienecke, R. D. & Richmond, R. L. (2018). Three-month follow-up in a family-based partial hospitalization program. *Eating Disorders*, 26(3), 278-289. 10.1080/10640266.2017.1388665
- Ry Nielsen, C. J. & Repstad, P. (2004). Fra nærhet til distanse og tilbake igjen: Om å analysere sin egen organisasjon. I P. Repstad (Red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretattlig samarbeid i teori og praksis* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Schmidt, U. & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 343-366. 10.1348/014466505x53902
- Skårderud, F. (2000). *Sterk/Svak: Håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykatrieboken: Sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi boken: Mentalisering som holdning og handling*. Oslo: Gyldendal Nors Forlag AS.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001, § 3-8). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3
- Spettigue, W., Norris, M. L., Douzich, I., Henderson, K., Buchholz, A., Valois, D. D., . . . Obeid, N. (2019). Feasibility of Implementing a Family-Based Inpatient Program for Adolescents With Anorexia Nervosa: A Retrospective Cohort Study. *Front Psychiatry, 10*, 887. 10.3389/fpsy.2019.00887
- Stice, E. (2016). Interactive and mediational etiologic models of eating disorder onset: Evidence from prospective studies. *Annual Review of Clinical Psychology, 12*, 359-381. Hentet fra <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093317>
- Svensson, E., Nilsson, K., Levi, R. & Suarez, N. C. (2013). Parents' experiences of having and caring for a child with an eating disorder. *Eating disorders, 21*(5), 395-407. Hentet fra <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10640266.2013.827537?needAccess=true>
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care, 19*(6), 349-357. 10.1093/intqhc/mzm042
- Treasure, J., Cardi, V. & Kan, C. (2012). Eating in eating disorders. *Eur Eat Disord Rev, 20*(1), e42-49. 10.1002/erv.1090
- Treasure, J. & Russell, G. (2011). The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *Br J Psychiatry, 199*(1), 5-7. 10.1192/bjp.bp.110.087585
- Treasure, J. & Todd, G. (2016). Interpersonal Maintaining Factors in Eating Disorder: Skill Sharing Interventions for Carers. I Y. Latzer & D. Stein (Red.), *Bio-Psycho-Social Contributions to Understanding Eating Disorders* (s. 125-137). Cham: Springer International Publishing. Hentet fra https://doi.org/10.1007/978-3-319-32742-6_9
- Turrell, S. L., Davis, R., Graham, H. & Weiss, I. (2005). Adolescents with anorexia nervosa: multiple perspectives of discharge readiness. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs, 18*(3), 116-126. 10.1111/j.1744-6171.2005.00021.x
- Tveiten, S. (2013). *Veiledning : mer enn ord...* (4 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Utdanningsdirektoratet. (2019). Yrkesbeskrivelse miljøterapeut. Hentet 19.09 fra <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/miljoterapeut>
- Wallis, A., Alford, C., Hanson, A., Titterton, J., Madden, S. & Kohn, M. (2013). Innovations in Maudsley family-based treatment for anorexia nervosa at the Children's Hospital at Westmead: a family admission programme. *Journal of Family Therapy, 35*, 68-81. 10.1111/j.1467-6427.2012.00604.x
- Whitney, J. & Eisler, I. (2005). Theoretical and empirical models around caring for someone with an eating disorder: The reorganization of family life and inter-personal maintenance factors. *Journal of Mental Health, 14*(6), 575-585.

Vedlegg

Vedlegg 1 Godkjenning fra NSD

Vedlegg 2 Databehandleravtale

Vedlegg 3 Henvendelse til seksjonsleder og enhetsleder om gjennomføring av studien

Vedlegg 4 Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vedlegg 5 Intervjuguide

Vedlegg 1 Godkjenning av studien fra NSD

Gunn Pettersen
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 31.10.2016

Vår ref: 50462 / 3 / AH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.10.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

50462	<i>Familiebasert behandling for barn med anoreksi: En kvalitativ studie om miljøterapeuters erfaringer fra veiledningssamtaler med foreldre vedrørende måltider</i>
Behandlingsansvarlig	UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Gunn Pettersen
Student	Ingvild Wasmuth Lundblad

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Åsne Halskau

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Kontaktperson: Åsne Halskau tlf: 55 58 21 88

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Ingvild Wasmuth Lundblad ingvildwl@hotmail.com



Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Personvernombudet anbefaler at utvalget (miljøterapeutene) minnes om at de har taushetsplikt ovenfor masterstudent og således ikke kan oppgi informasjon under intervjuene på en måte som gjør at enkeltbarn/pårørende gjenkjennes.

Det vil bli benyttet transkriberingsassistent. Transkriberingsassistenten er databehandler for prosjektet. UiT Norges arktiske universitet skal inngå skriftlig avtale med transkriberingsassistent om hvordan personopplysninger skal behandles, jf. personopplysningsloven § 15. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder: <http://www.datatilsynet.no/Sikkerhet-internkontroll/Databehandleravtale/>.

Forventet prosjektslutt er 30.06.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak

Vi gjør oppmerksom på at også databehandler må slette personopplysninger tilknyttet prosjektet i sine systemer.

Vedlegg 2 Databehandleravtale

Databehandleravtale etter personopplysningsloven

Databehandleravtale

I henhold til personopplysningslovens § 13, jf. § 15 og personopplysningsforskriftens kapittel 2.

mellom

Gunn Pettersen
(Behandlingsansvarlig)

Ingvild Wasmuth Lundblad
(Student)

Wenche Nystad
(Databehandler)

1. Avtalens hensikt

Avtalens hensikt er å regulere rettigheter og plikter etter Lov av 14. april 2000 nr. 31 om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) og forskrift av 15. desember 2000 nr. 1265 (personopplysningsforskriften). Avtalen skal sikre at personopplysninger om de registrerte ikke brukes urettmessig eller kommer uberettigede i hende.

Avtalen regulerer databehandlers bruk av personopplysninger på vegne av den behandlingsansvarlige, herunder innsamling, registrering, sammenstilling, lagring, utlevering eller kombinasjoner av disse.

2. Formål

Formålet med databehandleravtalen.

I forbindelse med students Masteroppgave: Familiebasert behandling for barn med anoreksi – Hvilke erfaringer har miljøterapeuter fra veiledningssamtaler med foreldre vedrørende måltider? skal det gjennomføres intervjuer med miljøterapeuter. Det vil bli benyttet diktafon under intervjuene og disse lydopptakene vil i etterkant bli nedskrevet av databehandler (transkriberingsassistent). Databehandler vil transkribere intervjuene inn på students pc og student vil være tilstede når transkriberingen blir gjennomført. Lydfilene lagret på pc vil bli kryptert. Når intervjuene er nedskrevet opphører databehandlers tilgang til lydopptakene.

3. Databehandlers plikter

Databehandler skal følge de rutiner og instruksjoner for behandlingen som behandlingsansvarlig til enhver tid har bestemt skal gjelde.

Databehandler plikter å gi behandlingsansvarlig tilgang til sin sikkerhetsdokumentasjon, og bistå, slik at behandlingsansvarlig kan ivareta sitt eget ansvar etter lov og forskrift.

Behandlingsansvarlig har, med mindre annet er avtale eller følger av lov, rett til tilgang til og innsyn i personopplysningene som behandles og systemene som benyttes til dette formål. Databehandler plikter å gi nødvendig bistand til dette.

Databehandler har taushetsplikt om dokumentasjon og personopplysninger som vedkommende får tilgang til iht. denne avtalen. Denne bestemmelsen gjelder også etter avtalens opphør.

4. Bruk av underleverandør

Dersom databehandler benytter seg av underleverandør eller andre som ikke normalt er ansatt hos databehandler skal dette avtales skriftlig med behandlingsansvarlige før behandlingen av personopplysninger starter.

Avtale med underleverandører

En slik avtale skal gjøres som et tillegg til denne avtalen dersom det blir nødvendig.

Samtlige som på vegne av databehandler utfører oppdrag der bruk av de aktuelle personopplysningene inngår, skal være kjent med databehandlers avtalemessige og lovmessige forpliktelser og oppfylle vilkårene etter disse.

5. Sikkerhet

Databehandler skal oppfylle de krav til sikkerhetstiltak som stilles etter personopplysningsloven og personopplysningsforskriften, herunder særlig personopplysningslovens §§ 13 – 15 med forskrifter. Databehandler skal dokumentere rutiner og andre tiltak for å oppfylle disse kravene. Dokumentasjonen skal være tilgjengelig på behandlingsansvarliges forespørsel.

Avviksmelding etter personopplysningsforskriftens § 2-6 skal skje ved at databehandler melder avviket til behandlingsansvarlig. Behandlingsansvarlig har ansvaret for at avviksmelding sendes Datatilsynet.

6. Sikkerhetsrevisjoner

Behandlingsansvarlig skal avtale med databehandler at det gjennomføres sikkerhetsrevisjoner jevnlig for systemer og lignende som omfattes av denne avtalen.

Revisjon

Revisjonen kan omfatte gjennomgang av rutiner, stikkprøvekontroller, mer omfattende stedlige kontroller og andre egnede kontrolltiltak.

7. Avtalens varighet

Avtalen gjelder så lenge databehandler behandler personopplysninger på vegne av behandlingsansvarlig.

Ved brudd på denne avtale eller personopplysningsloven kan behandlingsansvarlig pålegge databehandler å stoppe den videre behandlingen av opplysningene med øyeblikkelig virkning

Avtalen kan sies opp av begge parter med en gjensidig frist på 14 dager, jf. punkt 8 i denne avtalen.

8. Ved opphør

Ved opphør av denne avtalen har databehandler fortsatt taushetsplikt om dokumentasjon og personopplysninger som vedkommende har hatt tilgang til iht. denne avtalen.

9. Meddelelser

Meddelelser etter denne avtalen skal sendes skriftlig til:

Ingvild W. Lundblad

Adr: XX

10. Lovvalg og verneeting

Avtalen er underlagt norsk rett og partene vedtar tingrett som verneeting. Dette gjelder også etter opphør av avtalen.

Valg av verneeting kan avtales

Denne avtale er i 2 – to eksemplarer, hvorav partene har hvert sitt.

Sted og dato

Behandlingsansvarlig

.....

(underskrift)

Databehandler

.....

(underskrift)

Student

.....

(underskrift)

Vedlegg 3 Henvendelse til seksjonsleder og enhetsleder om gjennomføring av studien

Ingvild Wasmuth Lundblad

Tlf.: XX/ mob: XX

E-post: XX

Tromsø 06.11.16

Til seksjonsleder og enhetsleder

Forespørsel om å få gjennomføre intervjuundersøkelse.

I forbindelse med mitt Masterstudie i helsefag, studieretning psykisk helse, skal jeg skrive masteroppgave og søker med dette om å få utføre den empiriske delen av studien ved deres enhet.

Tema for denne studien er: Familiebasert behandling for barn med anoreksi – Hvilke erfaringer har miljøterapeuter fra veiledningssamtaler med foreldre vedrørende måltider?

Hensikten med studien er å øke forståelsen og kunnskapen om miljøterapeuters erfaringer fra veiledningssamtaler med foreldre vedrørende måltider; hvilke utfordringer miljøterapeutene eventuelt opplever i disse samtalene og hvilke temaer eller områder miljøterapeutene relaterer utfordringene til.

Økt innsikt om dette temaet kan bidra til å øke kompetansen med hensyn til hvordan man i det miljøterapeutiske arbeidet på best mulig måte kan veilede og samarbeide med foreldre som har barn innlagt for behandling av anoreksi. Kunnskap som utvikles i studien kan også være et bidrag til hvordan man kan forebygge utfordringer som oppstår i forbindelse med måltider, samt kunne si noe om hvilken type veiledning som vil være hensiktsmessig å fokusere på ved en behandlingstilnærming der et familiebasert fokus er et utgangspunkt for bedring for pasienten.

Jeg ønsker å intervju 4-6 ansatte fra miljøterapeutgruppa som følger dag/aften turnus. Hver ansatt må ha minimum 3 års erfaring fra dag/aften turnus ved enheten. Dette for å sikre at de har et bredt erfaringsgrunnlag fra veiledningssamtaler med foreldre. Ansatte som har vært fraværende (pga. sykdom eller permisjoner og lignende) store deler av siste år (2015/2016) er ikke aktuelle deltakere for studien.

Dersom det er mulig, og ikke til hinder for øvrig drift, kan det være ønskelig at noen av studiedeltakerne får mulighet til å bruke deler av arbeidstiden sin til å gjennomføre intervjuet.

Intervjuene beregnes til å ha en varighet på ca. 45 min og data vil bli lagret på lydbånd.

Jeg planlegger å gjennomføre intervjuene i november måned 2016. Alle opplysninger vedrørende studiedeltakerne vil anonymiseres i Masteroppgaven.

Vitenskapelig veileder for studien er førsteamanuensis Gunn Pettersen ved Institutt for helse- og omsorgsfag ved Universitetet i Tromsø tlf. XX, mailadresse: XX

Vedlagt er et informasjonsskriv om studien som jeg ber om at du/dere sender på mail til aktuelle deltakere for studien. De deltakerne som ønsker å være med i studien tar så direkte kontakt med meg. Det vil framgå av informasjonsskrivet at de som forespørres vil kunne få en ytterligere henvendelse angående deltakelse i studien. Dette som en påminnelse dersom noen av de som forespørres kunne tenke seg å delta, men har glemt å svare. Dersom det skal sendes ut en slik påminnelse vil jeg ta kontakt med deg/dere slik at også denne henvendelsen kommer fra ledelsen.

En av de ansatte i miljøterapeutgruppa som avsluttet sitt arbeidsforhold ved avdelingen i september 2016 har blitt forespurt av student om tillatelse til å sende ut en forespørsel om deltakelse i studien. Den ansatte har takket ja til dette så jeg ber om at det også blir sendt ut en forespørsel til denne tidligere ansatte.

Dersom noe er uklart eller dere har noen spørsmål så ta gjerne kontakt med meg.

Med vennlig hilsen

Ingvild Wasmuth Lundblad

Vedlegg 4 Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til deltakere

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Familiebasert behandling for barn med anoreksi: En kvalitativ studie om miljøterapeuters erfaringer fra veiledningssamtaler med foreldre vedrørende måltider»

Bakgrunn og hensikt

Når barn og ungdom har utviklet spiseforstyrrelsen anorexia nervosa er første skritt på veien mot tilfriskning å begynne å spise igjen. Foreldrene til barna/ungdommene er sammen med hjelpeapparatet en viktig støtte i kampen mot sykdommen. Man vet også at foreldre kan være svært preget av sykdommen, og at sykdommen kan gi store utfordringer for foreldre. Måltider kan for både pasienter, foreldre og miljøterapeuter utgjøre de vanskeligste og mest utfordrende situasjonene i løpet av dagen ved en spesialavdeling for spiseforstyrrelser. Ved en familiebasert behandlingsmodell i sengepost er det miljøterapeutene som har veiledningssamtaler med foreldre vedrørende måltider. Hensikten med denne studien er å øke forståelsen og kunnskapen om miljøterapeuters erfaringer fra slike veiledningssamtaler. Med veiledningssamtaler så mener jeg både samtaler der miljøterapeuter selv har vurdert at det bør gis veiledning til foreldre vedrørende måltider, eller at foreldre selv ønsker veiledning vedrørende måltider.

Prosjektet er en masterstudie i helsefag, studieretning psykisk helse, som jeg tar ved Institutt for helse- og omsorgsfag ved Universitetet i Tromsø.

Du blir forespurt om å delta i studien ettersom du har jobbet ved en spesialavdeling for behandling av barn/ungdom med spiseforstyrrelser i over 3 år, og igjennom din arbeidserfaring har hatt mange veiledningssamtaler med foreldre vedrørende måltider.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Dersom du er villig til å delta i studien vil jeg avtale et tidspunkt der det passer for deg og gjennomføre et semistrukturert intervju. At intervjuet er semistrukturert vil si at jeg har med en intervjuguide med noen utvalgte temaer og spørsmål som jeg ønsker å høre dine tanker og refleksjoner rundt. Temaene og spørsmålene vil rette seg mot dine opplevelser og erfaringer fra veiledningssamtaler du har hatt med foreldre vedrørende måltider i ditt daglige arbeide.

Intervjuet vil ha en varighet på ca. 45 min og det vil bli tatt lydopptak av intervjuet. Intervjuet vil så bli transskribert (nedskrevet) og analysert, og benyttet i drøftingen av problemstillingen i masteroppgaven. Under intervjuet er du er fortsatt underlagt taushetsplikt gjennom din stilling, og du kan ikke oppgi personidentifiserende kjennetegn under intervjuet som for eksempel navn på pasienter, pårørende o.l.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Opplysningene som innhentes skal benyttes i dette aktuelle mastergradsprosjektet samt at de vil kunne bli benyttet i en artikkel ved en senere anledning. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og det er kun jeg som student, samt transkriberingsassistent som vil ha tilgang til dine personopplysninger. Det vil være utarbeidet en kontrakt (databehandleravtale) med transkriberingsassistent som sikrer trygg håndtering av personopplysninger. Lydfil med opptak av intervjuet vil bli kryptert og oppbevart på passordbeskyttet PC. Når lydfilene er nedskrevet vil de bli slettet. Annet materiale som minnepenn og notater vil være innelåst i skap. For å ivareta

konfidensialitet og personvern vil navneliste (koblingsnøkkel) for deltakere i studien oppbevares adskilt fra øvrig data.

Masteroppgaven og eventuelt artikkelen dersom denne skrives på et senere tidspunkt, vil ikke inneholde navn på personer, yrkestitler eller andre identifiserende karakteristika som kan knyttes til deltakere i prosjektet.

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen 30 juni 2017. Når masteroppgaven er godkjent, avsluttes prosjektet og alt materiale knyttet til prosjektet blir slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og dersom du ikke ønsker å delta medfører dette ingen konsekvenser for deg, og du trenger ikke begrunne ditt valg. Du kan også når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du kunne tenke deg å være med i studien er det fint om du tar kontakt med meg slik at vi kan avtale nærmere tidspunkt for intervjuet. Du kan sende meg en sms eller en mail så vil jeg ta kontakt deg. Du kan også ringe meg dersom du ønsker det.

Det er ønskelig at intervjuet gjennomføres i løpet av november 2016.

Vedlagt i denne forespørselen er også en samtykkeerklæring som du må skrive under på for å kunne delta i studien. Du tar med underskrevet samtykkeerklæring når vi møtes til intervjuet.

Du vil kunne motta en ytterligere henvendelse om deltakelse i studien innen 1 uke som en påminnelse dersom du for eksempel har glemt å svare. Dersom du allerede har tatt kontakt med meg eller du har bestemt deg for å **ikke** delta ber jeg om at du bare ser bort fra henvendelsen.

Har du spørsmål til studien kan du gjerne ta kontakt med meg på telefon eller e-post.
Ingvild Wasmuth Lundblad tlf. jobb.: XX eller mobil: XX. E-post: XX eller XX

Du kan også ta kontakt med min veileder førsteamanuensis Gunn Pettersen på tlf: XX eller e-post: XX

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Med vennlig hilsen

Ingvild Wasmuth Lundblad

Samtykke til deltakelse i mastergradsprosjektet:

«Familiebasert behandling for barn med anoreksi: En kvalitativ studie om miljøterapeuters erfaringer fra veiledningssamtaler med foreldre vedrørende måltider»

Jeg (ditt navn) bekrefter med dette at jeg har mottatt informasjon om studien, og samtykker til å delta.

Sted:.....

Dato:.....

Signatur:.....

Vedlegg 5 Intervjuguide

Problemstilling: Familiebasert behandling for barn med anoreksi – Hvilke erfaringer har miljøterapeuter fra veiledningssamtaler med foreldre vedrørende måltider?

Intervjuguide

Før intervjuet: Få samtykkeerklæring, si litt om min rolle som forsker og hensikten med studien. Klargjøre at det kun gjelder veiledningssamtaler der barnet/ungdommen ikke er tilstede. Ikke bruke navn på foreldre eller pasient. Si noe om at jeg kanskje vil stille spørsmål som deltaker tenker at jeg burde vite. Si litt om hvordan intervjusituasjonen gjennomføres og bruk av båndopptaker. Informere om at studiedeltaker kan stille spørsmål underveis dersom noe er uklart og at det er greit å ta tenkepauser. Undersøke om deltakeren har noen spørsmål før vi begynner.

Hvilken utdanning har du?

Har du tatt kompetanseprogrammet Kropp og selvfølelse?

Hvor lenge har du jobbet ved avdelingen?

1. Kan du fortelle litt om dine erfaringer fra veiledningssamtaler som du har hatt med foreldre vedrørende måltider?

(Hvilke erfaringer nevnes? Utforske de erfaringene som nevnes. Veiledning før- og etter måltider? Likheter? Ulikheter? Innhold i veiledningene? Nyansatte mht. å lære å veilede?)

2. Kan du fortelle så detaljert som mulig om en konkret veiledningssamtale som du har hatt med en forelder vedrørende måltider som du opplevde som utfordrende eller krevende? (EVT. Kan du huske en forelder som du har veiledet vedrørende måltider som du synes det var utfordrende eller krevende å veilede?)

(Hvilke områder/temaer relateres utfordringene til? På hvilken måte var dette utfordrende for deg? Roller, Grenser, Forståelse, Relasjon)

3. Hvilke behov har du/hva er viktig for deg for å klare å stå i slike veiledningssituasjoner? (Kollegaer, Systemet)

4. Er det andre forhold ved veiledningssamtaler med foreldre vedrørende måltider som du ønsker å tilføye?

Hva? Hvordan? (Evt. Hvorfor, senere i intervjuet)

- *Kan du si litt mer om det?*
- *Kan du utdype det?*
- *Hvordan opplevde du det?*
- *Hva tenkte du om det?*
- *Kan du beskrive hva som skjedde?*
- *Har du flere eksempler på det?*
- *Skjer det ofte/sjelden?*
- *Er det vanlig/uvanlig?*
- *Hva var det som gjorde at du...?*

Avslutte intervjuet: Eventuelt med å dele med studiedeltaker punkter som jeg har festet meg ved, eller som har gitt meg innsikt. Åpne for at studiedeltaker kan kommentere dette.