



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	07-05-2021 00:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	319
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7999
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *: Ja

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	85
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

«Du jobber godt nå.»

Om tilnærminger og holdninger ved måltidsstøtte for anorexia nervosa.

«You are doing great.»

Approaches and attitudes when providing meal support for anorexia nervosa.

319

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

21. mai 2021

Abstract

Background: Anorexia nervosa is an eating disorder characterized by a distorted perception of weight, food, and body image. The patients create compulsive and obsessive habits to limit their calorie intake. This can result in a dangerously low weight. Anorexia nervosa is a serious illness, where the person usually is ambivalent about recovery. Admittance to a hospital or an eating disorder unit, may be necessary to restore weight and to reestablish normal eating behaviors. Supervised meals are an important part of the treatment, and nurses play a key role in providing support during meals to the patients.

Aim: The aim of the bachelor thesis is to assess which approaches and attitudes a nurse should have when providing meal support to patients hospitalized for anorexia nervosa. Research articles and professional literature will be used to discuss the thesis question. Nursing theory will be used to argue the significance of the findings from the thesis.

Method: The bachelor thesis uses a literature review method. "PICO" for qualitative studies was created and used as a tool to formulate a researchable question. Searches were carried out in the following databases: MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL and Epistemonikos. Six research articles were included in the literature review.

Results: The research show that nurses have a directive and controlling approach in mealtimes, underpinned with kindness, empathy and understanding. Patients with anorexia have heightened anxiety around meals and show distorted behavior to an increase in caloric intake. This causes difficult thoughts and emotions during mealtimes. Different approaches from staff can cause distress and uncertainty. The nurses' approaches aim to restore normal eating behavior and reduce anxiety. Nurses have reported negative views towards patients during mealtimes, describing them as rebellious and dominating.

Conclusion: Support during meals is an essential nursing task as it reduces the patients suffering. An open-minded approach towards patients can encourage them to find personal reasons as a motivation to change. Nurses need to be both emphatic, direct, and flexible, to comply with the different needs of the patients without compromising on the structure of the treatment. Being able to handle resistance from patients with understanding, helps the nurse to provide better care for the patients. More research is needed on meal support for eating disorders.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	4
1.1 Innledning.....	4
1.2 Problemstilling med problemformulering	4
1.3 Begrunnelse for problemstilling	4
1.4 Begrepsavklaringer	5
2.0 Bakgrunn	6
2.1 Anorexia nervosa	6
2.2 Menneske-til-menneske-forholdet	7
2.3 Kommunikasjonsteori.....	8
3.0 Metode	9
3.1 Design	9
3.2 Søkeprosess	10
3.3 Kritisk vurdering av artikler.....	12
3.4 Analyse og syntese.....	12
3.5 Kritikk av metode.....	13
3.6 Etsiske vurderinger	13
4.0 Syntese	14
4.1 Måltidsstøtte – gjennomføringen	14
4.2 Måltidsstøtte – betydningen.....	15
4.3 Måltidsstøtte – erfaringene og holdningene	15
5.0 Diskusjon	16
5.1 Resultatdiskusjon.....	16
5.1.1 Måltidsstøtte - gjennomføringen	17
5.1.2 Måltidsstøtte - betydningen.....	19
5.1.3 Måltidsstøtte – erfaringene og holdningene	20
5.1.4 Implikasjoner.....	23
5.1.5 Perspektivering	25
5.2 Metodediskusjon	25
6.0 Konklusjon	26
7.0 Referanser	28
8.0 Vedlegg	31
8.1 Vedlegg 1 PICO-skjema	31
8.2 Vedlegg 2 Søkehistorikk	32
8.3 Vedlegg 3 Flytdiagram	33
8.4 Vedlegg 4 Litteratormatrise med styrkeskjema	34

1.0 Introduksjon

1.1 Innledning

I Norge er det beregnet at omkring 50 000 kvinner i alderen 15 til 44 år, vil ha en form for spiseforstyrrelse årlig (Rosenvinge & Göttestam, 2002). Anorexia nervosa er den tilstanden som tradisjonelt gir mest oppmerksomhet, på grunn av lidelsens ofte dramatiske uttrykk (Skårderud, 2020, s. 69). Anorexia nervosa har høyere dødelighet enn flere andre psykiske lidelser (Arcelus et al., 2011, s. 729). Hva det innebærer å ha en slik spiseforstyrrelse, blir forklart senere.

Dette er en tematikk med stort alvor, men det er mye vi vet i dag. Det er mulig å bli frisk, og man kan få tilstrekkelig hjelp i primærhelsetjenesten (Skårderud et al., 2018, s. 399). Dersom det blir nødvendig med sykehusinnleggelse, er det god behandling å få. Ved flere spesialistavdelinger jobber det helsepersonell med kompetanse til å hjelpe de som ønsket å få kontroll, men som mistet den på veien. Behandlingen tilpasses den enkelte, og to viktige delmål er reernæring med jevn vektoppgang, og å utfordre matangsten (Helse Bergen, 2020). Her er miljøterapi med assisterte måltider en nødvendig del av tilbudet, og sykepleiere sentrale. Motivasjonen for oppgaven har vært å få innsyn i dette ofte krevende arbeidet (Skårderud et al., 2020, s. 234).

1.2 Problemstilling med problemformulering

Hva er det vi ikke vet om måltidene på avdelinger for spiseforstyrrelser? Et av de større spørsmålene er knyttet til måltidsstøtten. Dette er en av sykepleiernes viktigste arbeidsoppgaver, men hva innebærer det egentlig? Bacheloroppgaven starter med en bred problemformulering, som er tilpasset litteratursøk i databaser: Hvordan kan sykepleier gi måltidsstøtte til pasienter innlagt med anorexia nervosa?

Etter litteraturgjennomgang blir problemet ytterligere presisert, og problemstillingen justert: Hvilke tilnærminger og holdninger bør sykepleier ha, for å støtte pasienter med anorexia nervosa i måltid?

1.3 Begrunnelse for problemstilling

Interessen for temaet spiseforstyrrelser springer ut fra praksis i psykisk helsevern. Situasjonen som ga sterkest inntrykk, er den som oppgaven undersøker. Etter å ha

bistått jevnaldrende i måltid og sett frykten deres, forsto jeg betydningen av måltidsstøtte. Med begrenset erfaring kjente jeg på usikkerhet rundt gode tilnærminger. Og å se noen motsette seg mat og dermed hjelp, gjorde at jeg måtte jobbe med egne holdninger. Hvordan kunne jeg lykkes med måltidsstøtten? Jeg observerte erfarne sykepleiere, og lyttet til pasientene. Og gjennom oppgaven fikk jeg mulighet til å undersøke empirien nærmere. Jeg hadde flere hypoteser på hva jeg kom til å finne. Disse presenteres i resultatdiskusjonen.

Noen avgjørelser er tatt, og nevnes kort. Bacheloroppgaven skrives i faget sykepleie, og dermed er sykepleier et naturlig fokus. Kjønn er ikke en avgjørende faktor, fordi oppgaven ikke ønsker å bidra til forestillingen om spiseforstyrrelser som en «kvinnelidelse». Diagnosen anorexia nervosa er i fokus, tross spiseforstyrrelsens mange lidelser. Valget av diagnose tar ikke vekk alvoret forbundet med andre former, som bulimi og overspisingslidelse. I teksten vil anorexia nervosa og anoreksi brukes om hverandre. Det samme gjelder ordet sykepleier, som veksles med miljøterapeut, hjelper eller ansatt. Ved behov for å bruke pronomen, velges «hen».

1.4 Begrepsavklaringer

I oppgaven vil begrepene anorexia nervosa og måltidsstøtte, nevnes ofte. Når pasienter har spisesalen som et viktig rom, er miljøterapi navnet på behandlingsformen (Helse Bergen, 2020). På grunn av oppgavens spesifikke tilnærming, blir ikke begrepet miljøterapi forklart nærmere.

Anorexia nervosa er en spiseforstyrrelse, og en gruppe psykiske lidelser der symptomene dreier seg om overopptatthet av mat, kropp og vekt (Helsedirektoratet, 2017, s. 3). Sentrale elementer er: Vedvarende begrensning i energiinntak, intens frykt for vektoppgang, atferd som forhindrer dette, samt en forstyrrelse i selvoppfattet vekt og kroppsfasong (American Psychiatric Association, 2013, s. 339). Atferden fører til signifikant lav kroppsvekt i forhold til alder, kjønn, utviklingstrinn og fysisk helse. Alvorlighetsgrad må vurderes ut ifra kliniske symptomer, funksjonssvikt, behovet for tilsyn, og grad av undervekt (defineres ved kroppsmasseindeks (KMI)). (American Psychiatric Association, 2013, s. 339).

Måltidsstøtte innebærer å assistere i måltid, og er en av miljøterapeutens viktigste arbeidsoppgaver (Hage, 2020, s. 197). Måltidsstøtte kan gjøres på ulike måter, og avhenger av setting og hvem en bistår med støtte, samt avdelingens terapeutiske tilnærming (s. 199). Det handler om å se personen, både før, under og etter måltidet. Hjelper bør kjenne til utfordringene, og oppfordre pasienten til å sette ord på støtten som behøves. Å delta i småprat, lytte til radio, få støtte i form av stillhet eller som veiledning og motiverende ord, kan avlede de spiseforstyrrede tankene (s. 199).

2.0 Bakgrunn

Oppgaven ønsker en drøfting med tyngde. Å sørge for et rammeverk der teori og empiri virker sammen, bidrar til dette. Oppgaven følger pennen til Finn Skårderud og kolleger fra faglitteraturen om spiseforstyrrelser, Joyce Travelbee, og Hilde Eide og Tom Eide. De nevnte fagpersonene er inkludert på grunn av sin relevans for problemstillingen.

2.1 Anorexia nervosa

Den norske psykiateren Finn Skårderud (2020) har en interessant tilnærming til lidelsen, og omtaler pasienten som nekteren. Nekteren har munnen lukket, benekter at hen spiser lite, opplever å være stor, og blir engstelig av å ha mat i magen (s. 12). De fleste beholder maten, men en spiseforstyrrelse er sjelden enten-eller, og pasienter med anoreksi kan ha overspising, overdreven trening eller oppkast, som del av sykdomsbildet (s. 14). En person med anoreksi mangler ofte begreper for det som foregår inni seg, og i omgivelsene. I tiden før en spiseforstyrrelse opplever personen usikkerhet og forvirring, og søker måter å håndtere kaoset på. Å ta kontroll over noe konkret som mat, kropp og vekt, kan bli løsningen. Men dette beskrives som en etterligning av kontroll, som svikter deg når spiseforstyrrelsen inntreffer, og da har løsningen blitt problemet (s. 22).

Spiseforstyrrelser oppstår ofte i tenårene eller i ung voksen alder, og rammer kvinner hyppigere enn menn (World Health Organization, 2020). I litteraturen finnes disponerende, utløsende og vedlikeholdende risikofaktorer (Skårderud, 2020, s. 74). Årsakssammenhenger er ikke nødvendig kunnskap i de mest brukte behandlingsmetodene, familierapi og kognitiv atferdsterapi (Torsteinsson, 2020, s.

66). Av hensyn til problemstillingens spesifikke tilnærming, blir ikke disse utdypet videre. Anoreksi er en alvorlig sykdom, der undervekt over tid kan gi fysiske og psykiske belastninger. Det anbefales en reduksjon av undervekt fra 0,5 til 1,5 kg per uke, fordi det fremmer et godt forløp (Helsedirektoratet, 2017, s. 80). En døgnavdeling for spiseforstyrrelser har en overordnet struktur, med rammer som omtales som «ikke-forhandlingsbare» eller «udiskutable» (Hage, 2020, s. 196; Skårderud, 2020, s. 104). Det bidrar til riktig fokus i behandlingen, og et eksempel er at måltidene skal fullføres (Hage, 2020, s. 196).

Prognose forteller hvor mange som blir friske, og lavere alvorlighetsgrad gir et bedre forløp, og lang oppfølgingstid gir gode resultater (Rø, 2020, s. 51). Det er ikke enighet om hva det vil si å bli frisk, og symptomfrihet og normalvekt betyr ikke at målet er nådd (Rø, 2020, s. 51). Ofte er dette delmål. Anoreksibehandling er preget av ambivalens og en pasient kan ønske å bli frisk, men tar ikke imot hjelpen (Skårderud, 2020, s. 28). Motstridende følelser kan føre til avvising og manipulasjon, og det gjør arbeidet krevende (Hage, 2020, s. 202). Dette utfordrer den terapeutiske relasjonen med pasienten, og samarbeidet med kolleger påvirkes også av lidelsens kompleksitet (Hage, 2020, s. 203).

2.2 Menneske-til-menneske-forholdet

Sykepleie innebærer arbeid med mennesker, og er blitt beskrevet som en mellommenneskelig prosess (Travelbee, 1999, s. 53). Faget er rikt på teorier som understreker betydningen av vår bistand for de syke. Gitt oppgavens tema var det naturlig å undersøke Joyce Travelbee sin teori nærmere.

Joyce Travelbee var en psykiatrisk sykepleier fra USA (Travelbee, 1999, s. 5). Hun inkluderes her for sin tenkning omkring forholdet mellom sykepleier og pasient. Bak de to merkelappene møtes menneskene, fordi den ene har kunnskaper i å fremme helse, og kan ivareta den andres behov ved sykdom (s. 72). En sykepleier motiverer og endrer andre, men er kun et menneske som også har behov for å reflektere over det hun erfarer, med sykdom, lidelse og død (s. 75). Med yrket, følger ansvaret med å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Begrepet beskriver de erfaringene som sykepleier og pasient deler, gjennom flere faser. Her lærer de hverandre å kjenne, og

sykepleier opptrer empatisk, og formidler sympati og medfølelse. Dersom ytterpunktet nås, oppstår en gjensidig forståelse og kontakt (s. 172). Pasientens behov blir ivaretatt av sykepleieren som evner å bruke seg selv terapeutisk, og anvender en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer (s. 41).

Slik Travelbee (1999, s. 140) tenker, er kommunikasjon et middel for å nå målet om ivaretagelse av pasientens sykepleiebehov. Parallelt, blir kommunikasjon betraktet som noe uunngåelig, og en gjensidig prosess for deling av tanker og følelser (s. 137). Kommunikasjon kan og føre til forandring. Det unike ved pasientene vil imidlertid gjøre det umulig for sykepleiere å lage eller følge faste regler, i enhver interaksjon. Betydningen av å tilegne seg gode kommunikasjonsferdigheter, understrekes (Travelbee, 1999, s. 138).

2.3 Kommunikasjonsteori

Professorene Hilde Eide og Tom Eide løftes frem for teoriene om profesjonell og personorientert kommunikasjon. Sentrale aspekter er å kommunisere med et selvstendig tenkende individ, med egne muligheter og ønsker, som skal oppleve å bli lyttet til for hele seg, ikke bare som pasient (Eide & Eide, 2017, s. 16). Professorene benytter ulike navn på dialogpartnerne i litteraturen sin, men ettersom oppgaven søker kunnskap om sykepleier og pasient, blir disse navnene anvendt.

Kommunikasjon er å skape en forbindelse mellom personer, der informasjon utveksles gjennom dialog, og nonverbale tegn og signaler (Eide & Eide, 2017, s. 17). Når en pasient ønsker hjelp for sin spiseforstyrrelse, er dette et viktig signal. Sykepleiers evne til å skape en arbeidsallianse, vil ha betydning for pasientens tillit til institusjonen og hjelperne rundt (s. 123). Dette kan innebære å forsikre om at behandlingen er trygg, rutiner følges og avtaler blir holdt. God kommunikasjon er helt essensielt, og samarbeid om en felles målsetting, vil bidra til dette (s. 123).

Eide og Eide (2017) trekker frem den emosjonelle belastningen det er for helsepersonell å sette andres følelser og behov først (s. 40). Ferdigheter innen profesjonell kommunikasjon, styrker rollen som dialogpartner. Den utforskende, bekreftende, og utfordrende tilnærmingen, fremheves. Når sykepleier har en

utforskende holdning, er ønsket å forstå pasientene bedre. Ambivalens kan prege sykdomsbildet, og for å oppnå en klarere forståelse av seg selv, må problemer, forventninger, og følelser tydeliggjøres (s. 192). Å tåle, ved å samtidig bekrefte det pasientene formidler, er en ferdighet som forutsetter empati, og stimulerer til motivasjon (s. 157). Gjennom bekræftende ord eller handlinger, kommuniserer sykepleier at den andre er sett (s. 158). Det bidrar positivt til relasjonen og arbeidsalliansen. Kommunikasjon som virker utfordrende, kan bidra til forandring (s. 237). Sykepleier kan hjelpe pasientene til å tenke nytt om seg selv, ved å være direkte og utfordre deres perspektiv. Utfordringen bør skje på en vennlig måte, ikke som kritikk (s. 247).

Kommunikasjon med bruk av disse ferdighetene, kan også resultere i avvising. Betydningen av støtte fra kolleger, understrekes. Eide og Eide (2017) definerer kjennetegn ved en god gruppe: Å arbeide mot et felles mål bidrar til enighet, der den kollektive innsatsen oppleves som inspirerende. Ved gjensidig støtte verdsettes åpenhet og tillit, og den enkelte blir anerkjent for sitt bidrag. Som et siste punkt, blir sjenerøsitet og oppmuntring vektlagt. Å arbeide med pasienter som er svært preget av sykdom er krevende, og bør møtes med oppmuntring og forståelse (s. 344).

Sykepleiere som jobber med pasienter i endring, fyller veilederrollen. Det innebærer å gi råd og instruksjoner, være samtalepartner, og bekrefte vedkommende som en unik person i endring (s. 258). Når pasienter blir innlagt på en døgnavdeling, er dette ofte starten på endringsarbeidet. Fremtredende trekk er manglende motivasjon, liten eller ingen innsikt i egen situasjon, og usikkerhet omkring nødvendigheten ved forandring (s. 263). Metoden for arbeidet har ikke like stor betydning som det egenskapene til veilederen har (s. 272). Professorene fremhever empati og varme, med en tilstedeværelse av relasjon, motivasjon og fleksibilitet (s. 273).

3.0 Metode

3.1 Design

Oppgaven har litteraturstudium som metode. Å arbeide systematisk med litteratur innenfor et avgrenset område av sykepleiefaget gir verdifull kompetanse, både for noviser og erfarne (Høgskulen på Vestlandet, u.å.-a). Det er en tilnærming som

fremmer nysgjerrighet, og åpner for utforskning av etablert praksis. Å være kritisk til det vi vet, og undre oss over det vi ikke vet, er selve essensen. Kunnskap om hvordan forskning kan samles og diskuteres for å gi innsikt og tilføre noe nytt til praksis, holder sykepleiefaget levende.

En litteraturstudie har flere kriterier, men tillater ulike måter å gjennomføre arbeidet (Christoffersen et al., 2015, s. 63). Struktur er et overordnet fokus, og gir forskeren en tydelig ramme å forholde seg til. Parallelt med det voksende kravet om å jobbe kunnskapsbasert, kan bruken av litteraturstudier gjøre at flere lykkes med arbeidet (Christoffersen et al., 2015, s. 63). Andre fordeler er at det krever få ressurser, diskusjoner omkring forskning gjøres lett tilgjengelig, og samlet bidrar det til å styrke sykepleiens kunnskapsgrunnlag.

3.2 Søkeprosess

Trine Wiig Hage, en sykepleier med doktorgrad i spiseforstyrrelser, var en viktig del av det innledende arbeidet. Blant Hage sin forskning og referanser ble det funnet relevante artikler, og utvalget ga inspirasjon for retning og søkeord.

Kunnskapspyramiden anbefalte å starte øverst for å lete etter oppsummert og kvalitetsvurdert forskning (Helsebiblioteket, 2016a). Et pyramidesøk på ordet anorexia nervosa resulterte i retningslinjer og store oppsummeringer for diagnosen generelt, der ingen omhandlet måltidsituasjonen spesielt. Ubesvarte spørsmål ga kurs for arbeid i de nederste nivåene av kunnskapspyramiden.

Som forberedelser til systematiske litteratursøk ble «PICO» utviklet. Verktøyet var til hjelp når problemformuleringen skulle presiseres, og tilpasses databasesøk (Helsebiblioteket, 2016b). En kvalitativ tilnærming ble valgt, fordi elementene i «PICO» rammet inn problemformuleringen på en hensiktsmessig måte. Videre arbeid innebar å finne søkeord, herunder tekst- og emneord og ulike kombinasjoner. Emneord ble tilpasset databasenes emneordliste, og tekstord ble inkludert etter oversettelse til engelsk. MeSH-ordboken var til hjelp. Se vedlegg 1.

Databasenes emneord inkluderte ulike stavemåter og endelser, og sørget for relevante treff ved å markere hovedtema i artiklene (Nortvedt et al., 2012, s. 59).

Emneord ble supplert med egenvalgte tekstord, for å få et rikere søk. Andre søketeknikker var boolske operatører (AND/OR), og trunkering (*). Sistnevnte ble brukt ved stammen av tekstordene for å få med entalls- og flertallsendelser, samt ulike varianter (Helsebiblioteket, 2016d). Ordene under «PICO»-elementene ble kombinert med OR for å utvide søket. Deretter ble elementene kombinert med AND, for treff i artikkelreferanser som inneholdt kombinasjonene Population AND Interest AND Context. Tekst- og emneord om sykepleie, ble inkludert i starten. I kombinasjon med andre søkeord ga dette få eller ingen treff, og de ble ekskludert fra videre søk. Maskeringer og den boolske operatoren NOT, var ikke nødvendig i søket. Valget av databaser ble: MEDLINE og EMBASE på grunn av sitt rike innhold av helsefaglige referanser, PsycINFO for å inkludere forskning fra fagfeltet psykologi, CINAHL for vekten på sykepleie og kvalitativ forskning, og Epistemonikos for dekkningen av systematiske oversikter (Helsebiblioteket, u.å.). Se søkehistorikk (vedlegg 2). Problemformuleringen ble knyttet til et kjernesporsmål om erfaringer og holdninger.

Inklusjonskriterier ble bestemt: Fokus på måltid for diagnosen anorexia nervosa eller restriktiv spiseforstyrrelse (hvis annen definisjon ble brukt), pasienter i aldersgruppene «adolescents» eller «young adults», og studier med setting på sykehus eller spesialistavdeling for spiseforstyrrelser. Det var ønskelig med forskningsartikler publisert i fagfelleverderte tidsskrifter, skrevet på engelsk, norsk, svensk eller dansk, og med publiseringsdato fra år 2010-2020. Eksklusjonskriterier var artikler på andre språk, studier eldre enn ti år, fravær av IMRaD-struktur, pediatri, og behandling for diagnosen utenfor sykehus. Se kapittel 1.3 for begrunnelse av problemstilling, med presisering av diagnose og kjønn.

Systematiske søk i databasene ble gjennomført, og resulterte i fem enkeltstudier, med kvalitativ eller kvantitativ metode. Det lyktes ikke å finne relevante systematiske oversikter i Epistemonikos. Etersom databasesøket ble gjennomført i desember 2020, var det ønskelig med et supplerende litteratursøk på nyåret. Det ble utført referansesøk på utvalget, og siteringssøk i Google Scholar. I referansesøket ble det funnet en artikkel som ikke var identifisert i databasene. Forskingen viste seg å ha relevans, og artikkelen ble kritisk vurdert og inkludert i oppgaven (gjelder Gianini et al. (2015)). Se flytdiagram for beskrivelse av utvalgsprosessen (vedlegg 3).

3.3 Kritisk vurdering av artikler

De øverste nivåene i kunnskapspyramiden siler ut, og gir tilgang til oppsummert forskning av god kvalitet. Til oppgaven var det ønskelig å finne enkeltstudier som kunne belyse problemstillingen. Å kritisk vurdere litteraturen ble viktig. Målet var ikke å lete etter feil, men heller å bestemme forskningens styrker og svakheter, samt vurdere relevans opp mot eget spørsmål (Thidemann, 2019, s. 26). Helsebiblioteket (2016c) sine sjekklister ble brukt her.

Vektlagte forhold var metode, utvalg, analyse, presise funn, forskernes rolle og etiske prinsipper. Metoden ble vurdert opp mot formålet og utvalget etter strategi, størrelse og karakteristikk, for å vurdere representativitet for populasjonen. Videre var det en styrke om forskerne brukte standardiserte og valide målemetoder i datainnsamlingen, om de beskrev analysen grundig, og gjorde rede for egne roller. P-verdi, bredden på konfidensintervallene og grad av korrelasjon, hadde betydning for presise resultater i de kvantitative studiene. I de kvalitative studiene ville metodetriangulering, refleksivitet, og forsker- og informantvalidering være en styrke, fordi funnene kunne være farget av forskernes forforståelse, og subjektive tolkning av data (Drageset & Ellingsen, 2010, s. 9). Forskerne var åpne om forhold som hindret generalisering av resultatene. Studiene ga innsikt i en setting det var forsket mindre på, og kunnskapen ble vurdert som relevant opp mot eget spørsmål. Se litteratormatrisen med styrkeskjema, for utdyping av den kritiske vurderingen (vedlegg 4).

3.4 Analyse og syntese

I analysen av artiklene ble det brukt fargekoder i teksten for å identifisere ulike kategorier. Studiedesign og metode for datainnsamling ble trukket ut for å illustrere måltidspraksisen, og hvordan måltidsstøtte ble gitt. Studienes hensikt og begrunnelse for intervensjoner, var viktig for å belyse betydningen av måltidsstøtten. Ettersom kjernes spørsmålet omhandlet erfaringer og opplevelser, ble innholdet til denne kategorien hentet fra studiene som presenterte slike funn. Deretter ble analysens ulike elementer sammenstilt i en oversiktlig litteratormatrise, med annen relevant informasjon fra artiklene (vedlegg 4). Senere ble hovedfunnene identifisert, og en tematisk fremstilling ble valgt til syntesen. Målet var å formidle resultatene på en effektiv og helhetlig måte (Christoffersen et al., 2015, s. 68).

3.5 Kritikk av metode

I et litteraturstudium vektlegges struktur. Til det innledende arbeidet bør det legges en plan for orientering i litteraturen, og betydningen av gode innledende søk, skal være kjent. Oppgaveforfatter var alene om dette arbeidet, og det kan ha påvirket omfanget av litteraturgjennomgangen. En medskribent kunne bidratt med verdifull kunnskap om metoden, og gjennomført en parallell orientering i litteraturen. Det innledende arbeidet og databasesøkene, resulterte hovedsakelig i primærstudier. Innenfor sykepleieforskning er det vanlig å basere litteraturstudier på data fra primærkilder (Christoffersen et al., 2015, s. 62). Men dette fokuset kan overskygge betydningen av å finne gode systematiske oversikter. Et viktig prinsipp ved kunnskapsbasert praksis er nettopp å lete etter oppsummert forskning først (Helsebiblioteket, 2016a).

3.6 Etiske vurderinger

I et litteraturstudium må en innom andres arbeid for å produsere noe eget, og det krever en bevissthet omkring enkelte forhold. Etisk forsvarlighet er grunnprinsippet bak forskning innen helsefag (Christoffersen et al., 2015, s. 43). Når mennesker er involvert, vil Helsinkideklarasjonen regulere og informere om overordnede etiske prinsipper bak slikt arbeid (World Medical Association, 2013). Oppgaven søker kunnskap om unge og sårbare mennesker, og da er det viktig at studiene har fulgt prinsippene. I møte med deltakerne, bør forskerne ta hensyn til informert samtykke, individets privatliv, konfidensialitet, unngå å påføre skade eller belastning, og at deltakerne tjener på utfallet av forskningen (World Medical Association, 2013). I tillegg bør studiene være forelagt etisk komité.

Ved akademisk arbeid er det retningslinjer å forholde seg til. Tydelige rammer for håndtering av kilder, sikrer gjensidig tillit mellom de som produserer, leser og gjengir litteratur. Et overordnet prinsipp er å være ærlig, overfor eget og andres verk. Kildene skal markeres tydelig, både i tekst og litteraturliste, med en referansestil i tråd med høyskolens retningslinjer (Høgskulen på Vestlandet, u.å.-b). Oppgaven skal bygge på anerkjent litteratur, hovedsakelig i form av bøker og forskningsartikler, som er primærkilder (Høgskulen på Vestlandet, u.å.-b). Med nøyaktig dokumentasjon unngås plagiat, og leseren kan sette seg inn i oppgavens tematikk og finne igjen

kilder for å kontrollere fakta (Søk & Skriv, 2020). Der det er nødvendig å oversette språket i andres arbeid, må dette gjøres korrekt, uten at innhold går tapt.

4.0 Syntese

I det følgende blir hovedfunnene fra artiklene presentert tematisk. For informasjon om artiklernes design, populasjon og intervensjon, se litteratormatrisen (vedlegg 4).

4.1 Måltidsstøtte – gjennomføringen

Betydningen av måltidsstøtte fremheves i flere av studiene (Beukers et al., 2015; Hage et al., 2017; Long, Wallis, Leung & Meyer, 2012; Long, Wallis, Leung, Arcelus, et al., 2012). I enkelte artikler ble ikke måltidsstøtte nevnt, men funksjonen var beskrevet som en tilstedeværelse av fagperson (ofte sykepleier). I de to kvantitative artiklene satt pasientene alene i måltidet, av hensyn til resultatene. Det gjaldt studiene til Gianini et al. (2015) og Levinson et al. (2019). Her var hensikten å undersøke henholdsvis pasienters spiseforstyrrede atferd i måltid, og forholdet mellom matangst og spiseforstyrrelser.

I en spørreundersøkelse besvart av 22 spesialistavdelinger for spiseforstyrrelser i Storbritannia, ble det rapportert om store variasjoner i gjennomføringen av måltidene (Long, Wallis, Leung, Arcelus, et al., 2012). Ansatt-pasient-forholdet kunne variere fra 1:1 til 1:10. 59% svarte at ansatte av og til deltok i måltidene, uten å spise selv. For noen avdelinger var dette en regel, mens for andre var det opp til den enkelte å bestemme. Tilstedeværelse av sykepleier i måltid varierte, og 90,9% svarte at ansatte uten sykepleierutdanning, av og til satt med pasientene. Oppgitte årsaker var en bevisst involvering av det tverrfaglige teamet, eller en mangel på sykepleiere (s. 242). Forskerne fant og variasjoner når det gjaldt måltidenes tidsramme, forhold ved spisestuen, og logistikk rundt serveringen (s. 243).

Innad i avdelingene, fant studier variasjoner ved ansatte sine tilnærminger i måltidet (Beukers et al., 2015; Hage et al., 2017; Long, Wallis, Leung & Meyer, 2012; Long, Wallis, Leung, Arcelus, et al., 2012). Der måltidsstøtte ble observert, fant Beukers et al. (2015, s. 523) en direkte og kontrollerende holdning hos de ansatte, understøttet av omsorg, empati og forståelse. Hage et al. (2017, s. 145) gjorde liknende funn hos

sine deltakere, og beskrev en overordnet empatisk og aksepterende stil. Der måltidsstøtte ble rapportert, fant Long, Wallis, Leung og Meyer (2012, s. 422) at pasientene anerkjente støtten, men at ulike tilnærminger og mangel på kontinuitet hos hjelperne var utfordrende, og kunne gi frustrasjon og angst. Hage et al. (2017, s. 139-140) så at når det oppsto situasjoner som kom i konflikt med pasientenes reernæring eller regler for måltidet, reagerte ansatte med enten å følge, eller justere reglene. I studien til Beukers et al. (2015, s. 524) ble regler for måltidet alltid fulgt.

4.2 Måltidsstøtte – betydningen

Pasienter med anorexia nervosa viser spiseforstyrret atferd i måltider (Beukers et al., 2015; Gianini et al., 2015; Hage et al., 2017; Levinson et al., 2019; Long, Wallis, Leung & Meyer, 2012). I studien til Gianini et al. (2015) ble innlagte pasienters spiseatferd undersøkt mot friske jevnaldrende. Pasientene med anoreksi hadde økt forekomst av avvikende atferd som å dissekere maten, unødvendig bestikkbruk, ta små biter, stirre på maten og skjære den fra hverandre (s. 30). Forskerne fant at økt forekomst av det nevnte var assosiert med en reduksjon i kaloriinntak, og deler av atferden var assosiert med angst under måltid (s. 31). Levinson et al. (2019, s. 1085) fant at jo lavere KMI, desto mer angstfylt opplevdes spisingen.

Beukers et al. (2015) studerte sykepleieres intervensjoner rettet mot symptomreduksjon i tidlig fase av behandlingen. Tilnærmingene ble plassert i fire kategorier: (I) Observerende og instruerende, (II) oppmuntrende og motiverende, (III) støttende og forståelsesfull, og (IV) undervisende. (I) Sykepleierne satt ved siden av pasientene, observerte spisemønsteret, passet tiden og korrigerende atferden ved å instruere dem til normal spiseatferd. (II) Pasientene ble bedt om å spise når de tok pauser, og oppfordret til å kjempe mot spiseforstyrrelsen. (III) Sykepleierne støttet, ga ros etter korrigeringer, og viste forståelse for at måltidet var vanskelig. (IV) Underveis fikk de informasjon om diagnosens påvirkning på atferd og følelser, og ble forklart betydningen av å gjenopprette et normalt spisemønster (IV) (s. 522-523).

4.3 Måltidsstøtte – erfaringene og holdningene

I studien til Long, Wallis, Leung og Meyer (2012) om opplevelser og erfaringer, rapporterte pasienter om angst under måltidene, og knyttet det til panikk, skyld og

ydmykelse (s. 423). Når ansatte spiste med dem, svarte flere at dette var gunstig (s. 422). Pasienter rapporterte om problematiske og motstridende tanker i måltidet, ofte om matens usunne bestanddeler, følelsen av å være mett og feit, småspising for at maten skulle vare lengre og påvirkning fra medpasienters atferd (s. 423-424). Det ble uttrykt bekymring for at de ansatte ikke forsto tankene og ikke kunne hjelpe dem, tross støtten som ble gitt (s. 423). Struktur, rutiner og opplevelse av mangel på autonomi kunne gi distansering fra behandlingen, og pasientene ønsket mer ansvar, samt å delta i måltidsplanleggingen (s. 424).

Viktigheten av struktur og å følge måltidets regler, støttes av ansatte som jobber med denne pasientgruppen (Beukers et al., 2015; Hage et al., 2017; Long, Wallis, Leung & Meyer, 2012). Hage et al. (2017, s. 145) fant at ansatte hadde behov for fleksibilitet, samt å vurdere helheten før en beslutning ble tatt. Tidligere er balansen mellom bestemthet og fleksibilitet, rapportert som utfordrende for ansatte (Long, Wallis, Leung, Arcelus, et al., 2012, s. 244). Hage et al. (2017) fant tydelige avvik mellom handlinger, og subjektive opplevelser. Når ansatte reagerte rolig på utfordrende situasjoner og utsatte diskusjoner til senere, var dette for å unngå «kamper» med pasientene (s. 146). Tidligere hadde Long, Wallis, Leung, Arcelus, et al. (2012, s. 244) gjort likende funn, hvor ansatte rapporterte om et negativt syn overfor pasientene, og beskrev dem som rebelske og dominerende.

5.0 Diskusjon

5.1 Resultatdiskusjon

I oppgaven var ønsket å undersøke måltidsstøtte til pasienter innlagt med anoreksi. Det spesifikke målet var å identifisere sykepleieres tilnærminger og holdninger. Når problemstillingen skal besvares, bør ordlyden forklares. Med tilnærminger menes fysiske tiltak og kommunikasjon, mens holdninger er innstillingen til pasientene og arbeidet. Fra oppgavens data blir tre hovedtrekk presentert og diskutert. For å hevde at kunnskapen er nødvendig for en som skal gi måltidsstøtte, vil funnene bli problematisert og drøftet grundig. Deretter følger implikasjoner ved oppgavens resultater, og her er sykepleieteori sentral. Resultatdiskusjonen rundes av med anbefalinger for videre forskning, og klinikken. For enkelthets skyld, presenteres hovedtrekkene numerisk i starten, og senere under sine tilhørende overskrifter.

1. (*Gjennomføringen*) Ansatte har en direkte og kontrollerende holdning i måltidet, understøttet av omsorg, empati og forståelse. Mangel på kontinuitet i tilnærmingene er stressende for pasientene, og variasjoner i gjennomføring av måltider byr på utfordringer for behovet for struktur.
2. (*Betydningen*) Pasienter viser spiseforstyrret atferd i måltider, og deler av atferden er assosiert med angst, og en reduksjon i kaloriinntak. Sykepleiere sine tilnærminger er rettet mot spiseforstyrret atferd, og å redusere angst.
3. (*Erfaringene og holdningene*) Pasienter ønsker mer ansvar, rapporterer om problematiske og motstridende tanker i måltidet, og er bekymret for at de ikke blir forstått. Sykepleiere forteller om et negativt syn overfor pasientene, utsetter diskusjoner for å unngå «kamper» med dem, og finner det utfordrende å balansere bestemtthet med fleksibilitet.

5.1.1 Måltidsstøtte - gjennomføringen

I den vide problemformuleringen, ble måltidsstøtte til pasienter med anoreksi vektlagt. Hypotesen var at søkene ville resultere i forskning om måltidsstøtte, med nok erfaringslære fra pasienter og hjelpere til å drøfte betydningen av ulike tilnærminger. Men empirien var mangelfull, og hypotesen ble avvist. Under, blir første hovedtrekk belyst, med vekt på tilnærminger (fysiske tiltak og kommunikasjon).

Det er variasjoner i gjennomføring av måltider på spiseforstyrrelsesavdelinger. Faglitteraturen bekrefter at dette er naturlig, ettersom det finnes flere tradisjoner for behandling (Hage, 2020, s. 199). På den ene siden bør det tas på alvor når pasienter opplever bordplassering som viktig, blir stresset av den «korte» tiden i måltid, og distanserer seg fra behandlingen når rammene er strenge (Long, Wallis, Leung & Meyer, 2012, s. 421). Men på den andre siden oppstår dette når det eksisterer en organisatorisk forankret struktur, som er til for å gi forutsigbarhet og trygg behandling (Hage, 2020, s. 196). Dette poenget presiseres i retningslinjen for diagnosen, nemlig at «døgnbehandling av mennesker med anoreksi må skje i en enhet som har tilstrekkelig struktur og kompetanse» (Helsedirektoratet, 2017, s. 52).

Enkelte fysiske tiltak, med mulighet for justeringer, fremheves som betydningsfulle. Ansatt-pasient-forholdet vil variere, ettersom antall innlagte pasienter og hvor de er i

behandlingsforløpet, ikke er en fast størrelse (Hage, 2020, s. 199). Tilstedeværelse av sykepleier i måltid bør tilstrebes. En studie begrunner situasjonene uten, med en mangel på sykepleiere eller et behov for å involvere det tverrfaglige teamet (Long, Wallis, Leung, Arcelus, et al., 2012, s. 242). Tverrfaglig involvering er viktig, men sykepleiere viser en egen kompetanse og erfaring til å gjenkjenne og forstå spiseforstyrret atferd (Beukers et al., 2015, s. 524). Slik vil også den ovennevnte retningslinjens krav om kompetanse, bli ivaretatt. Ansatte som spiser under måltidet rapporteres som betydningsfullt, men det er variasjoner i praksis, og faglitteraturen holder heller ingen fasit her (Hage, 2020, s. 199). Tiltaket er verdifullt, fordi det viser normal spiseatferd, men skal ikke ta vekk fokuset fra de som behøver støtte.

Variasjoner i kommunikasjon er utfordrende for pasienter å forholde seg til. På den ene siden ser forskere at ansatte har en overordnet empatisk og aksepterende stil i måltid med pasienter (Hage et al., 2017, s. 145). Og når det er forsket spesifikt på sykepleiere sine tilnærminger, beskrives holdningen som direkte og kontrollerende (Beukers et al., 2015, s. 523). Er denne holdningen nødvendig i måltider som er underlagt struktur? På den andre siden kan ansatte reagere forskjellig når strukturen utfordres. Regler blir da enten fulgt eller justert, og slik motstridende kommunikasjon gir stress og uforutsigbarhet for pasientene (Hage et al., 2017, s. 146).

Faglitteraturen bekrefter funnet. En inkonsistens i etterlevelse av rammer kan forsterke spiseforstyrrede tanker, fordi pasientene opplever at de har et valg (Hage, 2020, s. 197). I følge kommunikasjonsteori vil sykepleier lykkes med en direkte holdning, dersom det er en arbeidsallianse i bunn (Eide & Eide, 2017, s. 123). Da er pasienten forsikret om at rutiner følges, og at strukturen gjør behandlingen trygg.

Naturlige variasjoner i gjennomføring av måltider gir forutsigbarhet, så lenge det er kontinuitet i tilnærmingene. Skårderud (2020, s. 104) understreker at selv ved udiskutable forhold, kan man diskutere veier til målet. Er det slik at struktur med strenge rammer, fører til mer tap enn gevinst? Tidligere er det nevnt at variasjoner kan forsterke spiseforstyrrede tanker. Men på den andre siden, hvis sykepleier er gjennomgående streng i måltidene, er det også lite rom for å gjøre feil. Og bør ikke sykepleier bidra til mestring? Det kan tenkes at behovet for struktur bør justeres etter hvor pasientene er i behandlingsforløpet. Eller bør strukturen bestå, og graden av ansvar justeres? Ansvars-aspektet drøftes i kapittel 5.1.3.

5.1.2 Måltidsstøtte - betydningen

I det følgende blir andre hovedtrekk belyst. Her blir sykepleieres tilnærminger, med vekt på kommunikasjon i møte med pasientenes symptomer, drøftet. En innledende hypotese var at måltidsstøtte til pasienter med anoreksi har stor betydning, og at sykepleier evner å identifisere spiseforstyrret atferd. Funn fra kvantitative studier understreket alvoret og støttet hypotesen. Pasienter opplever angst når de blir eksponert for mat (forsterkes jo lavere KMI), og viser tydelig spiseforstyrret atferd.

Under måltid øker lidelsestrykket, og spiseforstyrrelsen viser seg som avvikende spiseatferd og angst (Gianini et al., 2015, s. 31; Levinson et al., 2019, s. 1085). Dette kommer frem i oppgavens data, og atferden er beskrevet nærmere i kapittel 4.2. Faglitteraturen bekrefter resultatet, og omtaler dette som vektkontrollerende atferd (Rø, 2020, s. 46). På den ene siden kan sykepleier observere symptomene tidlig, og kartlegge behovet for støtte. Og dersom pasienter beskriver sine spiseforstyrrede ritualer, kan atferden gjenkjennes og brytes. Men på den andre siden understreker Skårderud (2020, s. 95) at dette kun er delmål, og et fravær av symptomer betyr ikke at personen er frisk. Et eksempel er en som ikke lenger har spiseforstyrret atferd i måltider, men som en dag nekter å spise. Kan det være at vedkommende er bekymret for at andre tror hen er frisk? Tanken bør utforskes videre. Dette viktige poenget fremheves i retningslinjene, men strekker seg lengre enn oppgavens tema. Psykiatrisk behandling av spiseforstyrrelser må innebære tiltak rettet mot spiseforstyrret atferd og symptomreduksjon, i tillegg til psykoterapeutisk behandling rettet mot årsaker og vedlikeholdende faktorer (Helsedirektoratet, 2017, s. 9).

Sykepleiere sine tilnærminger er rettet mot pasientenes symptomer, og illustrerer bruk av profesjonell kommunikasjon i praksis. På den ene siden fører tilnærmingene til kontroll på pasienten. Sykepleier sitter nærme, observerer spisemønsteret, korrigerer avvik og veileder til normal atferd (Beukers et al., 2015, s. 522). Men kontroll kan møte motstand, og korrigeringene kan bli avvist. Dette skyldes ofte ambivalens, et sentralt trekk ved diagnosen (Skårderud, 2020, s. 28). Er det slik at pasienten vil bli frisk, men opplever spiseforstyrrelsen som en trygghet? På den andre siden er motstridene følelser kjent, og sykepleier viser forståelse. Korrigerer balanseres med støtte, ros og informasjon om betydningen av endring (Beukers et al., 2015, s. 523). Motivet bak tilnærmingene samsvarer med ferdigheter innen

utforskende, bekreftende og utfordrende kommunikasjon (Eide & Eide, 2017). Sykepleier utforsker spiseatferden for å forstå pasienten bedre. Når ambivalens møtes, vekkes følelser som sykepleier bekrefter, og pasienten tenker nytt om seg selv. Slik utfordrende kommunikasjon er avgjørende for endring (s. 237).

Sykepleierens konkrete handlinger krever mye av pasienten, men er nødvendig for bedring. To viktige elementer fremheves, og det er tid og ros. Måltider er krevende, og det kan ta tid før pasienten ser behovet for endring. En lav KMI vil også forsterke angstopplevelsen (Levinson et al., 2019, s. 1085). Når sykepleier korrigerer og veileder, bør pasienten få ros for å løse problemet (Eide & Eide, 2017, s. 284). Hvis vedkommende reagerer negativt, møter sykepleier følelsene og roser den andre for å uttrykke seg. Men hva hvis det låser seg helt? En pasient vil bli frisk, men ønsker ikke hjelp i dag. Sykepleier utfordrer ambivalensen, og forteller om diagnosens påvirkning på atferd og følelser, men blir avvist. Hva er dette et uttrykk for? Kan det tenkes at pasienten tidligere har fått mange positive tilbakemeldinger, og opplever å ikke innfri forventningene? Sykepleier må være bevisst hva det roses for, og alltid begrunne slik at det knyttes til noe bestemt (Eide & Eide, 2017, s. 167) Hvis pasienten er ufin bør en huske at motstand skyldes frykt, og ikke ondskap (Skårderud, 2020, s. 187). Ydmykhet er en gode, for dersom en ikke når gjennom med sine tiltak, er veiledning fra kolleger verdifullt. Det øker kompetansen, og fører til at ansatte får et språk om sine reaksjoner (Skårderud, 2020, s. 188). Den krevende oppgaven med å veilede en pasient til endring, understreker betydningen av måltidsstøtte.

5.1.3 Måltidsstøtte – erfaringene og holdningene

I det følgende blir tredje hovedtrekk diskutert. Problemstillingen søker kunnskap om sykepleiers holdninger, herunder innstillingen til pasientene og arbeidet.

Kjernes spørsmålet omhandlet erfaringer og opplevelser, og hypotesen var at empirien ville være rik på dette området. Tidligere er det rapport om sykepleieres empatiske og aksepterende holdning. Andre studier finner at ansatte har et negativt syn på pasientene. Holdningene er altså flere, og hypotesen støttes.

Å bistå pasienter i måltid krever en bevissthet omkring egne holdninger, og sykepleier bør fokusere på hele personen. I oppgavens data er det forhold som

kompliserer dette. Pasienter anerkjenner støtten, men er bekymret for at hjelperne ikke forstår de problematiske tankene under måltidet (Long, Wallis, Leung & Meyer, 2012, s. 423). Et eksempel er å tenke at en blir feit av å være mett. Samtidig opplever pasienter mangel på autonomi, og ønsker å delta i planleggingen av måltidene (s. 424). På den ene siden understreker dette alvoret med lidelsen. Som tidligere nevnt er ambivalens sentralt, og når pasienter ønsker mer ansvar, poengterer faglitteraturen at hjelperne ikke «skal gå på akkord med [...] forsvarlige rammer for en behandlingsrelasjon» (Torsteinsson & Hage, 2020, s. 107). Pasienter sine valg og tanker i måltid kan opprettholde skadelig atferd, og derfor bør endring skje langsomt (s. 106).

På den andre siden opplever pasienter tap av identitet under måltidene (Long, Wallis, Leung & Meyer, 2012, s. 424). En frisk person kan ikke forstå spiseforstyrrede tanker, men sykepleier bør ha et todelt fokus (atferd og tanker). Man kan eksempelvis si «Jeg ser at det er vanskelig å ta større biter, hva er det spiseforstyrrelsen forteller deg?». Slik viser sykepleier at man ser lidelsen, og ønsker å forstå tankene. Et annet aspekt er når en pasient, som tidligere har lurt ansatte og gjemt mat, plutselig ønsker å spise alene. Dette kan skyldes et ønske om å ta ansvar for behandlingen. Sykepleiers innstilling til pasienten har betydning, og forespørselen kan bli avvist dersom vedkommende blir ansett som manipulerende. Men er dette å fokusere på hele personen? Hvis sykepleier utsetter å gi ansvar på grunn av tidligere atferd, vil tilliten hemmes, og pasienten blir ikke forberedt på livet utenfor avdelingen.

Endring er krevende for pasienter og sykepleiere. For noen er spiseforstyrrelsen ikke bare en sykdom, men også en livsform (Skårderud, 2020, s. 104). Sykepleier bør ha dette i bakhodet for å unngå diskusjoner, og å bli sint på atferden. Forskning finner at ansatte aktivt utsetter diskusjoner i måltidet, for å unngå «kamper» med pasientene (Hage et al., 2017, s. 146). I en annen studie blir pasienter beskrevet som rebelske og dominerende (Long, Wallis, Leung, Arcelus, et al., 2012, s. 244). Faglitteraturen bekrefter at en ikke bør havne i diskusjoner, nettopp for å unngå «kamp» om hvem som bestemmer (Torsteinsson & Hage, 2020, s. 105). Men de andre beskrivelsene forteller om en holdning som er langt ifra empatisk og aksepterende. Hva kan disse funnene være et uttrykk for? Å bli usikker på egne avgjørelser når pasienter gjør motstand, er ikke fremmed. Men å få kritikk for rollen sin, oppleves aldri så personlig

som det å bli kritisert for måten man spiser på. Å bruke nedvurderende ord om pasienter er ikke rettferdig, når atferden er «en ikke-intendert konsekvens av å ha denne sykdommen» (Torsteinsson & Hage, 2020, s. 105).

Hvordan få frem de gode holdningene? Sykepleiers evne til å utforske ambivalensen og å bli kjent med personen, har betydning. Eide og Eide (2017, s. 267) skriver at folk som forandrer atferd ofte har «gode grunner både til å fortsette og til å slutte». Nøkkelen til god hjelp ligger her. Når sykepleier skal veilede og støtte pasienter i starten av endringsarbeidet, bør denne ambivalensen utforskes. For å forstå motargumentene, kan pasienten beskrive vanskelighetsgraden på endringene og motkreftene (Eide & Eide, 2017, s. 267). På den andre siden finnes argumentene for, med motivasjon, realistiske mål og gode grunner til endring (s. 272). Man kan si «Hvordan vil du at jeg møter deg, når et måltid blir vanskelig?». Eksempelet illustrerer personorientert kommunikasjon, der sykepleier ønsker å forstå hva som er viktig for vedkommende i den aktuelle situasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 16). Å bli sett og hørt er viktig for motivasjon til forandring, autonomi ivaretas og relasjonen styrkes (Skårderud, 2020, s. 184).

Men hva hvis det går galt mot slutten? En pasient er på bedringens vei, og vil ikke ha sykepleiers hjelp. Kan avvisningen skyldes en relasjon som ikke lenger er fruktbar? I oppgavens data rapporterer ansatte om utfordringen ved å balansere bestemthet med fleksibilitet (Long, Wallis, Leung, Arcelus, et al., 2012, s. 244). Er det sykepleier som ikke mestrer balansen, og pasienten som avviser de varierende tilnærmingene? Eller er det en negativ holdning som skinner gjennom? Eide og Eide (2017, s. 143) bekrefter den siste mistanken, og poengterer at negative følelser kommer til uttrykk i nonverbal kommunikasjon, noe som undergraver motivasjon og gir et dårlig samarbeidsklima. Å være profesjonell innebærer å innse når arbeidet mislykkes, ikke ta avvisning personlig, og søke støtte hos kolleger. En god gruppe har rom for ulike reaksjoner, og anerkjenner hver enkelt sitt bidrag (Eide & Eide, 2017, s. 344). Dette har betydning for trivsel, og kanskje også hvor lenge en blir i jobben.

5.1.4 Implikasjoner

Oppgaven finner følgende: Måltid til pasienter innlagt med anoreksi er underlagt strenge rammer, men gir forutsigbarhet så lenge det kontinuitet i hjelpernes tilnærminger. Pasienter opplever økt lidelsestrykk under måltid, men sykepleiere viser empati, og evne til å identifisere spiseforstyrret atferd og veilede til endring. Å utforske sykdommens ambivalens tydeliggjør personen bak, gjennom refleksjon over gamle grunner til å bli, og nye grunner til å forlate spiseforstyrrelsen. Holdning vises i tilnærmingene, og når sykepleier ser pasienten styrkes relasjonen.

Måltidsstøtte til pasienter med anoreksi, og sykepleieres holdninger og tilnærminger, ser ikke ut til å være utdypende undersøkt tidligere. Når oppgaven finner nye svar, kan det skyldes den spesifikke innfallsvinkelen. Funnenes betydning skal diskuteres, og blikket vendes bakover. Støtter sykepleieteori oppgavens funn, eller utfordres de? Joyce Travelbee sin tenkning brukes til å besvare hvorfor kunnskapen fra oppgaven er viktig for dagens sykepleiere. Og hvilken betydning kan resultatene ha for praksis?

I arbeid med pasienter med anoreksi, vil kunnskap om lidelsens kompleksitet bidra til forståelse. Dette understrekes, fordi når en er frisk, kan løsningen virke åpenbar. Det handler jo bare om å spise? Men dersom sykepleier forsøker å forstå lidelsestrykket, vil en empatisk holdning og profesjonalitet kommuniseres. Travelbee (1999, s. 172), på linje med oppgaven, finner at sykepleier opptrer empatisk overfor pasienten når man har lært den andre å kjenne. Da etableres et menneske-til-menneske-forhold. Under måltid kan man si «Du jobber godt nå». Eksempelet viser en empatisk holdning der sykepleier ser lidelsen, og anerkjenner at måltidet er en krevende jobb som pasienten er nødt til å stå i for å bli bedre. Dersom sykepleier setter seg nærme og vender kroppen mot pasienten, vil også holdningen vises i tilnærmingene.

I praksis er måltidene underlagt regler, men Travelbee minner om det menneskelige aspektet. Er struktur egentlig forenlig med pasientenes individualitet? Unike pasientmøter gjør det utfordrende for sykepleier å følge faste regler i ethvert måltid (s. 138). Selv om bestemthet og fleksibilitet er en vanskelig balanse å finne, er den antakelig nødvendig for å møte ulike behov.

Travelbee (1999) er opptatt av hvordan en identifiserer sykepleiebehov. Hun fremhever evnen til å bruke seg selv terapeutisk, og å møte problemer med en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte (s. 41). Sistnevnte foreslås for å mestre måltidsstøtten. Utgangspunktet er logisk tenkning der en har kunnskap om sykdommens uttrykk, og identifiserer sykepleiebehov i måltidet. Man resonnerer og trekker ut viktige problemer ved atferden, og presenterer dem i form av korrigerende og veiledning. Det brukes kun relevante begreper, slik at pasienten forstår alvor, og ser behovet for endring (s. 42-43). Et eksempel er å fortelle når det er tydelig at spiseforstyrrelsen snakker, og oppfordre den andre til å ta kontroll. Gjennom en bevisst måte å kommunisere på, bekrefter teorien at sykepleiere jobber for endring (s. 138).

«Evnen til å bruke seg selv terapeutisk [...] er en *like* viktig sykepleiefunksjon som evnen til å utføre bestemte praktiske oppgaver» (Travelbee, 1999, s. 79). Utsagnet brukes til å understreke betydningen av måltidsstøtte. Sykepleier anvender hele seg og sine kunnskaper i måltidet. Hun observerer symptomer, utfordrer ambivalens, støtter og motiverer, er bestemt og fleksibel, og møter motstand med forståelse. Når oppgaven finner at sykepleieres tilnærminger er rettet mot angst- og symptomreduksjon, bekrefter Travelbee at arbeidet er terapeutisk. Det skyldes at forandringene bidrar til å lindre pasientens plager (s. 44).

Travelbee (1999) fremmer en holdning der sykepleier og pasient først og fremst er mennesker. I praksis kan en likevel oppleve at det humanistiske fokuset havner i skyggen, særlig ved psykisk lidelse som rammer kroppen. Sykepleieteorien utfordrer det umiddelbare fokuset i måltidene på vektoppgang, og understreker at hele lidelsen må være i fokus for at mennesket skal komme seg gjennom krisen (s. 22).

Hva betyr dette for sykepleieren i praksis? Teorien bekrefter at sykepleiere som gir måltidsstøtte fyller en viktig funksjon, fordi arbeidet lindrer lidelse. Oppgaven finner et behov for holdningsarbeid blant hjelpere, og Travelbee bekrefter hva en god holdning er. Sykepleier er empatisk, og forholder seg til pasientene først og fremst som mennesker. Men Travelbee utfordrer også hjelperne til å se hele lidelsen, og teorien understreker behovet for å ha et todelt fokus i måltidene, både atferd og tanker. Resultatene viser at arbeidet er krevende. Men en som har dette fokuset i praksis,

vet at flere behov må ivaretas samtidig, og vil antakelig være god på å ivareta egne. For sykepleieren, tyder de samlede resultatene på at en av de viktigste oppgavene er å yte omsorgsfull hjelp, og lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2019).

5.1.5 Perspektivering

I oppgaven er det inkludert forskning om måltidsstøtte til pasienter innlagt med anoreksi. Funnene bidrar til verdifull diskusjon, og gir et viktig innblikk i en setting som er ukjent for mange. Det er imidlertid ønskelig at det forskes mer på måltidsstøtte til pasienter med spiseforstyrrelser. Å ha et anstrengt forhold til mat, og behøve støtte for å fullføre et måltid, kan ramme flere enn mennesker med anoreksi. Antakelig er prinsippene like viktig å kjenne til, også ved behandling av spiseforstyrrelser på et lavere nivå, når innleggelse ikke er aktuelt.

Fra oppgavens samlede funn gis det anbefalinger for klinikken, og for sykepleie som fag. Måltidet er en viktig del av miljøterapien til pasienter med spiseforstyrrelser. Men kan elementer herfra overføres til miljøterapeutisk arbeid med andre pasientgrupper? Antakelig er det vanskelig, fordi flere av miljøterapiens fokusområder, som måltider og fysisk aktivitet, er nært knyttet til symptomene på diagnosen og da skiller arbeidet seg ut (Hage, 2020, s. 195). Det anbefales heller at klinikken fokuserer på måltidsstøtte ved spiseforstyrrelser, sikrer god opplæring av ansatte, og bruker kunnskapen til å lage en definisjon på begrepet. Det oppgaven finner om sykepleiere sine holdninger og tilnærminger, kan imidlertid ha overføringsverdi til sykepleiere som jobber andre steder. Det anbefales at profesjonsutøverne tilstreber et todelt fokus ved ethvert pasientmøte. Å ivareta andres atferd og tanker, styrker relasjonene, og vil trolig gjøre det enklere å ta vare på egne behov også.

5.2 Metodediskusjon

Å se egen metode utenfra gir læring. Og terskelen for å gjøre et slikt arbeid igjen vil senkes. En kunnskapsbasert tilnærming til faget er en gradvis læringsprosess, og bacheloroppgaven leveres som et siste produkt av dette. Oppgavens forfatter er åpen om forhold ved metoden som kan ha påvirket resultatene.

I de systematiske søkene ble strategi, med søkeord, teknikk og databaser, forandret lite underveis. Mangel på fleksibilitet kan ha ført søkestrategien i et mønster hvor det sjeldent fremkom ny litteratur. Et annet aspekt er «PICO» med kvalitativ tilnærming. Et ønske for problemstillingen var å besvare spørsmålet med data fra flere forskningsdesign. Å bestemme en kvalitativ tilnærming tidlig kan ha påvirket treffene, utvalget av artikler og vinkling på oppgaven. En annen utfordring ved spørsmål som søker kvalitative svar, er artiklenes utforming. Flere avviker fra IMRaD-strukturen, og kan ha kreative overskrifter som ikke forteller noe om innholdet (Christoffersen et al., 2015, s. 64). Det behøver ikke å gå på bekostning av kvaliteten, men kan ha påvirket hvilke artikler som ble lest, etter relevans fra tittel og abstrakt.

Det bør også nevnes hvilken myndighet kriteriene om inklusjon og eksklusjon hadde over utvalget. Alder på deltakere var bestemt på forhånd, men ble vanskelig å kategorisere. I tillegg var det behov for romslighet ved kriteriet om diagnose. De berørte studiene ble vurdert på bakgrunn av relevans, og inkludert dersom «hovedfokuset» var innenfor kriteriene. Det gjaldt når anorexia nervosa ikke var eneste diagnose, men forekom hos flesteparten av deltakerne. For alder gjaldt det når gjennomsnittet var innenfor aldersspennet «adolescents» til «young adults». Alderskategoriene burde også vært definert på forhånd. Det er imidlertid en styrke at oppgaven er åpen om prosessen og har dokumentert søkene grundig, slik at fremgangsmåten kan etterprøves.

Litteraturen er forsøkt sammenstilt på en objektiv måte, men erfaringskunnskap kan ha farget arbeidet. Litteraturstudiet har ikke inkludert all forskning om måltidsstøtte, og metoden gir ikke grunnlag for å generalisere resultatene. Oppgavens funn gir imidlertid en indikasjon på det en kan møte i praksis, og slik kan litteraturstudiet bidra til økt innsikt i tematikken.

6.0 Konklusjon

Målet med bacheloroppgaven er å finne de tilnærminger og holdninger en sykepleier bør ha, for å støtte pasienter med anorexia nervosa i måltid. Sykepleier fyller en viktig funksjon, fordi måltidsstøtten lindrer lidelse. Med en utforskende tilnærming blir ambivalens utfordret, og pasienter motiveres til endring av egne grunner. Det er

funnet støtte for at en holdning som er empatisk, bestemt og fleksibel, er forenelig med struktur, og ivaretar ulike behov. En sykepleier som ser hele mennesket, møter motstand med forståelse. Disse holdningene må vedlikeholdes, og veksten skjer blant gode kolleger. Det er ønskelig at det forskes mer på måltidsstøtte ved spiseforstyrrelser. Kunnskapen kan brukes til å definere begrepet, og til å sikre opplæring av hjelpere som kan fylle denne viktige funksjonen.

7.0 Referanser

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5. utg.). American Psychiatric Association.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. & Nielsen, S. (2011). Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 724-731.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Beukers, L., Berends, T., Ginkel, J. M. d. M.-v., Elburg, A. A. v. & Meijel, B. v. (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. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/inm.12150>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag.
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 332-335.
<https://doi.org/https://doi.org/10.4220/sykepleief.2011.0027>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk*. (3. utg.). Gyldendal.
- Gianini, L., Liu, Y., Wang, Y., Attia, E., Walsh, B. T. & Steinglass, J. (2015). Abnormal eating behavior in video-recorded meals in anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 19, 28-32.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.06.005>
- Hage, T. W. (2020). Døgnbehandling og miljøterapi ved spiseforstyrrelser i psykisk helsevern. I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W. Torsteinsson (Red.), *Spiseforstyrrelser* (s. 192-209). Fagbokforlaget.
- Hage, T. W., Rø, Ø. & Moen, A. (2017). To bend or not to bend? Rule adherence among staff at an eating disorder unit. *Eating Disorders*, 25(2), 134-150.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/10640266.2016.1260361>
- Helse Bergen. (2020, 21. september). *Spiseforstyrrelse hos voksne døgnbehandling*.
<https://helse-bergen.no/behandlinger/spiseforstyrrelse-hos-voksne-dognbehandling#anoreksi>
- Helsebiblioteket. (2016a, 07. juni). *Kildevalg*.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Helsebiblioteket. (2016b, 03. juni). *PICO*.

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

Helsebiblioteket. (2016c, 03. juni). *Sjekklistor*.

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

Helsebiblioteket. (2016d, 06. juni). *Søketeknikker*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/soketeknikker>

Helsebiblioteket. (u.å.). *Alle databaser*.

<https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/?index=0>

Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>

Høgskulen på Vestlandet. (u.å.-a). *BSS9 Bacheloroppgave*.

<https://www.hvl.no/studier/studieprogram/emne/33/bss9>

Høgskulen på Vestlandet. (u.å.-b). *Retningslinjer for bacheloroppgaven*.

<https://www.hvl.no/globalassets/hvl-internett/dokument/forskrifter-reglar-retningslinjer/retningslinjer-for-bacheloroppg-bokm.pdf>

Levinson, C. A., Sala, M., Murray, S., Ma, J., Rodebaugh, T. L. & Lenze, E. J. (2019).

Diagnostic, clinical, and personality correlates of food anxiety during a food exposure in patients diagnosed with an eating disorder. *Eating and weight disorders*, 24, 1079-1088.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s40519-019-00669-w>

Long, S., Wallis, D., Leung, N. & Meyer, C. (2012). "All eyes are on you": anorexia nervosa patient perspectives of in-patient mealtimes. *Journal of Health Psychology*, 17(3), 419-428.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1177%2F1359105311419270>

Long, S., Wallis, D. J., Leung, N., Arcelus, J. & Meyer, C. (2012). Mealtimes on Eating Disorder Wards: A Two-Study Investigation. *The International journal of eating disorders*, 45(2), 241-246.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/eat.20916>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Akribe.
- Rosenvinge, J. H. & Gøtestam, K. G. (2002). Spiseforstyrrelser – hvordan bør behandlingen organiseres? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 122(3), 285-288. <https://tidsskriftet.no/2002/01/aktuelt-problem/spiseforstyrrelser-hvordan-bor-behandlingen-organiseres>
- Rø, Ø. (2020). Hva er spiseforstyrrelser? I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W. Torsteinsson (Red.), *Spiseforstyrrelser* (s. 43-53). Fagbokforlaget.
- Skårderud, F. (2020). *STERK/SVAK* (5. utg.). Aschehoug.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2018). *Psykriatiboken* (2. utg.). Gyldendal.
- Skårderud, F., Sommerfeldt, B. & Robinson, P. (2020). *SULT*. Gyldendal.
- Søk & Skriv. (2020, 22. desember). *Kjeldebruk*. <https://sokogskriv.no/kjeldebruk/#kvifor-skal-ein-referere-til-andre-sitt-arbeid>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Torsteinsson, V. W. (2020). Psykologiske og relasjonelle risikofaktorer. I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W. Torsteinsson (Red.), *Spiseforstyrrelser* (s. 66-76). Fagbokforlaget.
- Torsteinsson, V. W. & Hage, T. W. (2020). Å etablere et samarbeid. I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W. Torsteinsson (Red.), *Spiseforstyrrelser* (s. 99-108). Fagbokforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.). Gyldendal. (Opprinnelig utgitt 1966).
- World Health Organization. (2020, 28. september). *Adolescent mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1 PICO-skjema

Tittel på prosedyre: Litteraturstudium	
Problemformulering: Hvordan kan sykepleier gi måltidsstøtte til pasienter innlagt med anorexia nervosa?	Type spørsmål: Erfaringer og holdninger

	P: Population/Problem	I: (Phenomenon of) Interest	Co: Context
Norsk formulering hentet fra din problemstilling	Pasienter med anorexia nervosa	Støtte fra sykepleier under måltid Måltidsstøtte	Sykehuspasienter Døgnbehandling
MeSH ord	Anorexia Nervosa Feeding and Eating disorders	Meals Nurses Nurse's Role	Inpatients Hospitalization
Tekstord (*) Trunkering	Anorexia Eating disorder* Disordered eating Restrictive eating disorder*	Mealtime* Meal support Mealtime support Meal support therapy Supervised meal* Meal supervis* Nurs* Nursing intervention*	Inpatient* In-patient* Hospitaliz*
MEDLINE <i>MeSH-terms</i>	Anorexia Nervosa/ 	Meals/ Nurses/ Nurse's Role/	Inpatients/
EMBASE <i>EMBASE Subject Headings</i>	Anorexia nervosa/ Eating disorder/	Nursing intervention/	Hospital patient/
PsycINFO <i>Psychological Index Terms</i>	Anorexia Nervosa/ Eating Disorders/	Nurses/	Hospitalized Patients/
CINAHL <i>CINAHL Subject Headings</i>	MH «Anorexia Nervosa»	MH «Nurses»	MH «Inpatients»
Epistemonikos <i>Har ikke emneordssystem</i>			

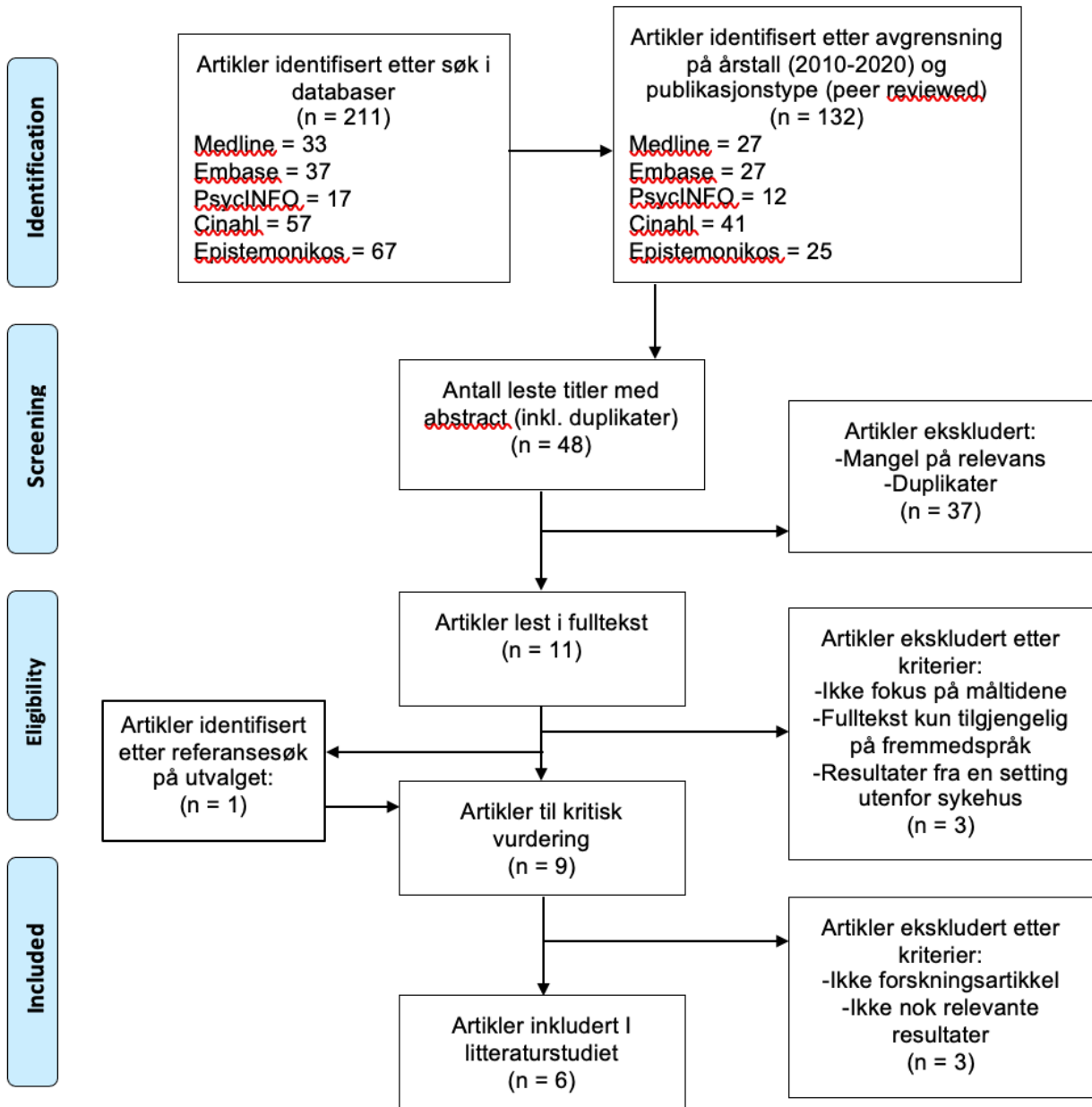
8.2 Vedlegg 2 Søkehistorikk

Database	Søkeord og kombinasjoner	Antall treff
MEDLINE	(Anorexia Nervosa/ OR Eating disorder*.mp. OR Anorexia.mp. OR Disordered eating.mp. OR Restrictive eating disorder*.mp.) AND (Meals/ OR Mealtime*.mp. OR Meal support.mp. OR Mealtime support.mp. OR Meal support therapy.mp. OR Supervised meal* OR Meal supervis*.mp.) AND (Inpatients/ OR in-patient*.mp. OR Hospitaliz*.mp.)	33
EMBASE	(Anorexia nervosa/ OR Eating disorder/ OR Anorexia.mp. OR Restrictive eating disorder*.mp.) AND (Mealtime*.mp. OR Meal support.mp. OR Mealtime support.mp. OR Meal support therapy.mp. OR Supervised meal*.mp. OR Meal supervis*.mp.) AND (Hospital patient/ OR inpatient*.mp. OR in-patient*.mp. OR hospitaliz*.mp.)	37
PsycINFO	(Anorexia nervosa/ OR Anorexia.mp. OR Eating Disorders/ OR Eating disorder*.mp. OR Disordered eating.mp. OR Restrictive eating disorder*.mp.) AND (Mealtime*.mp. OR Meal support.mp. OR Mealtime support.mp. OR Meal support therapy.mp. OR Supervised meal*.mp. OR Meal supervision.mp.) AND (Hospitalized Patients/ OR Inpatient*.mp. OR In-patient*.mp.)	17
CINAHL	((MH «Anorexia Nervosa») OR «Anorexia nervosa» OR «Anorexia» OR «Eating disorder*» OR «Disordered eating» OR «Restrictive eating disorder*») AND («Mealtime*» OR «Meal support» OR «Mealtime support» OR «Meal support therapy» OR «Supervised meal*» OR «Meal supervis*») AND («Inpatient*» OR (MH «Inpatients») OR «In-patient*» OR «hospitaliz*»)	57
Epistemonikos	(title:(Anorexia nervosa OR Anorexia OR Eating disorder* OR Restrictive eating disorder* OR Disordered eating) OR abstract:(Anorexia nervosa OR Anorexia OR Eating disorder* OR Restrictive eating disorder* OR Disordered eating)) AND (title:(Mealtime* OR Mealtime support OR Meal support OR Supervised meal* OR Meal*) OR abstract:(Mealtime* OR Mealtime support OR Meal support OR Supervised meal* OR Meal*))	67

8.3 Vedlegg 3 Flytdiagram



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

8.4 Vedlegg 4 Litteratormatrise med styrkeskjema

Artikkel nr.	Årstall	Metode				Resultater		
		Studiedesign	Utvalg/størrelse	Intervensjon	Kommentarer	Funn	Konklusjon	Relevans/overføringsverdi
1	2017 Hage et al. <i>To bend or not to bend? Rule adherence among staff at an eating disorder unit.</i>	Kvalitativ studie. Eksplorativt forskningsdesign med dybdeintervjuer og ikke-deltakende observasjoner.	Norge. 20 ansatte ved en døgnavdeling for SF i Sør-Øst-Norge, ga skriftlig samtykke til å delta.	Ønsket å studere de ansatte sine vurderinger og holdninger under måltid sammen med pasienter innlagt med SF. Et todelt mål ga to intervensjoner: videoobservasjon av måltidene og deretter dybdeintervju av de ansatte.	<u>Utvalgsstrategi:</u> gjort et bekvemmelighetsutvalg av helsepersonell ved en bestemt avdeling i Sør-Øst-Norge. <u>Kommentar til kjønnsfordelingen:</u> n=20, 18 kvinner og 2 menn. Forskerne skriver at dette var representativt for ansattgruppen på tidspunktet for datainnsamling.	Personalets skjønn og vurderinger i øyeblikket hadde betydning for om etablerte regler for måltid ble overholdt eller justert. Fant også at det var tydelige avvik mellom observert og beskrevet interaksjon hos de ansatte.	To tydelige utfall av ansatt-pasient-interaksjonen i måltidene: regeloverholdelse og -justering. Forskerne håper funnene kan bidra til bevissthet omkring de beslutninger en er nødt til å ta i et måltid, og slik legge føringer for hvordan tilby støtte til denne pasientgruppen.	Begrenset overføringsverdi til andre pasientgrupper, men med stor relevans for helsepersonell som arbeider med SF. Studien har bidratt med økt innsikt og bevissthet omkring ansattes atferd og beslutningstaking under måltider. Funnene kan hjelpe ansatte til en bedre forståelse av hvordan måltidsstøtte blir praktisert ved enkelte døgnavdelinger for SF, og slik utvikle modeller eller spesifikke intervensjoner for hvordan å støtte pasientene under måltid.
2	2012 Long et al. <i>Mealtimes on eating disorder wards: A two-study investigation</i>	Metode-triangulering. Undersøker et fenomen ved å samle inn både kvantitative data (spørreundersøkelse) og kvalitative data (semistrukturerte intervjuer).	Storbritannia. Antall rekrutterte SF-avdelinger til spørreu.s. var 60, der 22 enheter fullførte spørreu.s. (Oppgis ikke hvor mange personer). Til intervjuene ble 3 enheter kontaktet, og her samtykket 16 ansatte til å delta.	Todelt mål for studien: sendte ut en spørreundersøkelse for å adressere måltidspraksisen ved SF-avdelinger i Storbritannia, og gjennomførte deretter semistrukturerte intervjuer av ansatte, om deres erfaringer med måltidene.	<u>Utvalgsstrategi:</u> strategisk utvalg av deltakere til spørreundersøkelsen og til intervjuene, basert på forskernes kriterier om inklusjon. <u>Karakteristika:</u> ikke oppgitt for deltakerne i spørreu.s. Blant deltakerne til intervjuene (n=16) var 2 menn og 14 kvinner, m/varierte arbeidserfaring.	Fra spørreu.s. fant man store variasjoner i måltidspraksisen både innad og mellom de aktuelle SF-avdelingene. Fra de semistrukturerte intervjuene ble tre hovedtemaer identifisert: forberedelse, profesjonell rolle og barrierer i måltidet – Forhold som trolig hemmer evnen til å gi omsorg til pasientene.	Forskjeller innad i en enhet kan adresseres ved en diskusjon om gjeldende praksis for måltidene. Forskjeller mellom enheter gir en anledning til å lære av hverandre. Og for den enkelte er det behov for mer spesialisert trening ifm. gjennomføring av måltider for pasienter m/SF.	Studien har begrenset overføringsverdi til andre pasientgrupper, og til SF-avdelinger i andre land. Utvalget i studien var svært lite, svarprosenten var lav og behandlingstilnærming vil trolig være annerledes andre steder. Likevel gir studien innsyn i et fenomen det er forsket lite på, og generelt for ansatte som arbeider med SF-pasienter vil de trolig kunne kjenne seg igjen i utfordringene, og følgelig gjøre nye vurderinger av egen praksis.

3	<p>2012</p> <p>Long et al.</p> <p><i>“All eyes are on you”: anorexia nervosa patient perspectives of inpatient mealtimes</i></p>	<p>Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervjuer.</p>	<p>Storbritannia. Fra fire avdelinger (tre NHS, og en privat), meldte 12 deltakere seg frivillig. Fordeling: NHS = 7 pas. Privat = 5 pas.</p>	<p>Mål om å studere inneliggende pasienter sine opplevelser og erfaringer med måltidene på SF-avdelinger. Gjennomførte derfor 12 individuelle semistrukturerte intervjuer, på opp til en time hver.</p>	<p><u>Utvalgsstrategi:</u> strategisk utvalg der forskerne henvendte seg direkte til fire ulike SF-avdelinger. Herfra ble utvalget til etter selv-seleksjon. <u>Karakteristika:</u> samtlige var kvinner, gjennomsnittsalder på 22 år og 1 måned, og alle med diagnosen AN, restriktiv type.</p>	<p>Fant at det var ulike faktorer ved behandlingen som kan påvirke måltidsopplevelsen for pas, i positiv eller negativ retning. Tre temaer ble avdekket: måltidslogistikk, individuelle utfall og karakteristikk ved måltidene.</p>	<p>Studien ga innsikt i måltids-situasjonen for pas med SF, og identifiserte flere faktorer som kan påvirke deres opplevelse. Det er behov for å gi pas. en mer aktiv rolle, samt anledning til å utvikle ferdigheter som senere kan hjelpe dem etter utskrivelse.</p>	<p>Studien har relevans for denne pasientgruppen andre steder, når det her er forsket på noe som ellers er lite berørt i forskningslitteraturen. Av hensyn til studiens kvalitative natur og det begrensede utvalget, vil ikke generaliserbarhet være mulig å vurdere her. Forfatterne oppfordrer fremtidig forskning til å fokusere på de områdene i behandlingen som identifiseres som viktige av pas., og inkludere faktorer som varighet av diagnose, KMI ved innleggelse og vektoppgang underveis.</p>
4	<p>2015</p> <p>Beukers et al.</p> <p><i>Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions.</i></p>	<p>Kvalitativ studie. Deskriptivt design med video-observasjon som metode.</p>	<p>Nederland. 8 helsepersonell og 9 inneliggende pasienter samtykket til å delta. Forskerne understreker at hovedfokuset var å studere helsepersonellet s intervensjoner i samhandling med pasientene, ikke pasientene alene.</p>	<p>Mål om å beskrive sykepleier-intervensjoner som har til hensikt å gjenopprette normal spiseatferd hos pasienter med AN, innlagt på spesialistavdeling . Videoopptak av måltider ble gjort over fem dager. Gjorde det mulig å analysere sykepleier-intervensjonene i detalj ved direkte observasjon.</p>	<p><u>Utvalgsstrategi:</u> Bekvemmelighets-utvalg basert på tilgjengelighet, og forskernes ønske om å studere en «mønsterpraksis», slik at de kunne dra nytte av ekspertkunnskapen til helsepersonellet. <u>Karakteristika:</u> For de ansatte er det kun gitt info. om deres faglige bakgrunn. For pasientene får en vite at disse var mellom 12-18 år, og alle med diagnosen AN.</p>	<p>Fire kategorier for tilnærming i måltid ble identifisert: 1) Observerende & instruerende, 2) Oppmuntrende & motiverende, 3) Støttende & forståelsesfull, 4) Undervisende. En direkte og kontrollerende tilnærming var det som skulle til for at pasientene følte behov for å bryte med spiseforstyrret atferd. Og ble tilnærmingen levert med vennlighet, hjalp det pasientene med å regulere følelser.</p>	<p>Å ha en direkte, men samtidig empatisk tilnærming til pasientene i måltid, er krevende. Derfor understreker forfatterne viktigheten av at helsepersonell er spesialiserte, særlig i arbeidet med pasienter innlagt med AN.</p>	<p>Faktorer som kvalitativt design, liten størrelse på utvalget i en ellers smal pasientgruppe, og at studien tar utgangspunkt i en spesiell setting – måltidet, vil hindre resultatene fra å generaliseres. Likevel kan funnene ha stor relevans for helsepersonell som arbeider med denne pasientgruppen, og forskerne understreker betydningen av kunnskapen studien gir, for videre kompetanseheving hos helsepersonell.</p>

5	<p>2015</p> <p>Gianini et al.</p> <p><i>Abnormal eating behaviour in video-recorded meals in anorexia nervosa.</i></p>	<p>Kvantitativ studie. Kasus-kontroll, med video-observasjon og flere andre objektive og subjektive målemetoder.</p>	<p>USA. Kasusgruppen besto av 26 individer, og kontrollgruppen besto av 10 jevnaldrende.</p>	<p>To hensikter: å utvikle en tilnærming der man vurderer måltidsatferden til pas. med AN i et videoobservert lunsjmåltid, og identifisere atferd som skiller dem fra friske jevnaldrende. Videre utforskes forholdet mellom atferden, opp mot nivå av angst og kaloriinntak. Det ble ikke gitt måltidsstøtte.</p>	<p><u>Utvalgsstrategi:</u> ikke beskrevet for kasusene, kun at de deltok i studien i forkant av en RCT. Kontroller rekruttert v/annonse.</p> <p><u>Karakteristika:</u> Kasusene var fra 16-45 år (snitt: 27,8 år), diagnostisert med AN og innlagt i snitt 4,9 uker (1,3 - 11,1 uker). Kontrollene var alle kvinner, alder med snitt 27,6 år, normalvektige og u/psykiske lidelser.</p>	<p>For kasusene fant forskerne en økt forekomst av spesifikk spiseforstyrret atferd, opp mot friske jevnaldrende. Dette gjaldt: å stirre på maten, rive og plukke mat fra hverandre, ta små biter, bruk av serviett, upassende bestikkbruk, håndbevegelser, og en latenstid for spising og plukking. Deler av atferden assosiert med matinntak og angst.</p>	<p>Vurderingen av måltidsatferd hos pas. med AN er et område det er forsket lite på. Atferden til kasusene utgjorde et betydelig avvik fra deres friske jevnaldrende, og derfor kan dette bli viktige mål for behandlingen, for å forbedre og normalisere spiseforstyrret atferd hos pasienter m/AN.</p>	<p>Funnene vil ha relevans for arbeidet med denne pasientgruppen, da det her blir identifisert viktige avvik i måltidsatferden hos pasienter med AN, som ikke opptrer hos friske jevnaldrende. Når man evner å identifisere slik spiseforstyrret atferd, danner dette et godt grunnlag for en bedre og mer tilpasset behandling til individene, på deres vei mot bedring.</p>
6	<p>2019</p> <p>Levinson et al.</p> <p><i>Diagnostic, clinical, and personality correlates of food anxiety during a food exposure in patients diagnosed with an eating disorder.</i></p>	<p>Kvantitativ studie. Tverrsnittundersøkelse med innsamling av data fra én kohort, på ett bestemt tidspunkt.</p>	<p>USA. 42 pasienter diagnostisert med SF deltok i studien (n = 36 med anorexia nervosa, n = 3 med bulimia nervosa, n = 2 med uspesifisert SF, og n = 1 med overspisingslidelse). Alle var innlagt på et senter for SF, med delvis sykehusfunksjon.</p>	<p>Mål om å kvantifisere og forstå forholdet mellom matangst, spiseforstyrrelser, og relaterte korrelater (som komorbiditet, og personlighet). Dette ble undersøkt ved én økt med mat-eksponering i form av et måltid, som pasientene deltok i. Det ble ikke gitt måltidsstøtte.</p>	<p><u>Utvalgsstrategi:</u> deltakerne ble opprinnelig rekruttert fra et SF-senter til en RCT, og ga skriftlige samtykke. Data til denne studien er hentet fra den første økten med måltid, FØR effekt fra eksponering i RCT-en kom.</p> <p><u>Karakteristika:</u> Deltakerne møtte DSM-IV-kriteriene for de nevnte diagnosene. For flere demografiske variabler, se styrkeskjemaet.</p>	<p>Fant at deltakere hadde større sjanse for å oppleve høyt nivå av matangst hvis de i tillegg til SF hadde en diagnose med alvorlig depresjon, tvangslidelse eller posttraumatisk stresslidelse. «Bekymring for å gjøre feil», var det sterkeste og mest konsistente korrelatet til matangst. Andre signifikante korrelater var: frykt for positiv evaluering, sosial angst knyttet til utseende, lav KMI og lav grad av tillit.</p>	<p>Funnene viser hvordan ulike diagnoser, perfektjonisme (bekymring for å gjøre feil), og andre korrelater er knyttet til angst under måltid. Funnene tilføyes til litteraturen om matangst, og viser hvilke spesifikke områder en bør arbeide med i behandlingen av pasienter med SF og opplevd angst under måltid.</p>	<p>Studien gir interessante funn om faktorer hos pasienter med SF som korrelerer med matangst, og kan derfor ha relevans for de som behandler og arbeider med denne pasientgruppen. Forskerne understreker at til tross for studiens svakheter, vil funnene representere et første steg inn i vår forståelse av matangst. Studiedesignets natur og det begrensede utvalget, gir ikke anledning til å generalisere resultatene, men de undersøkte sammenhengene gir nyttig informasjon som fremtidig forskning kan teste ut med andre studiedesign.</p>

Styrkeskjema

Studie	Styrker	Svakheter	Evt. GRADE/ evidensnivå
2017 Hage et al. <i>To bend or not to bend? Rule adherence among staff at an eating disorder unit.</i>	<p>Innledende vurdering?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fagfellevurdert tidsskrift. - Følger IMRaD-struktur. - Klart formulert formål. <p>Hensiktsmessig metode og utvalgsstrategi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativ metode er hensiktsmessig, og metode-triangulering ble brukt for å beskrive fenomenet fra flere sider: dette styrker troverdigheten. - Karakteristika ved deltakerne er beskrevet (kjønn, gjennomsnittlig alder og jobberfaring, og krav til utdanning). - Bekvemmelighetsutvalg er hensiktsmessig fordi deltakerne skal da ha spesifikk kunnskap om tema. <p>Stole på resultatene?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bakgrunnsforhold er gjort nøye rede for, særlig ift. forskernes roller i studien. Diskuterer hvordan deres kliniske erfaringer med pasientgruppen og settingen kan ha påvirket utvalget, datainnsamling, analyse og tolkning av resultatene. Tilfredsstillt kravet om refleksivitet. - Detaljert forklaring av analyseprosessen, der forskerne gjennomførte en induktiv innholdsanalyse. <p>Etiske vurderinger?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deltakere og involverte pasienter ble ivaretatt gjennom informert samtykke, anonymitet og retten til å trekke seg. - Studien ble godkjent av sykehusets etiske komité. <p>Tydelig presenterte funn?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ja, og det er sammenheng mellom innsamlet data og tilhørende kategorier, der forskerne illustrerer utvalgte situasjoner med både beskrivelser fra videoopptakene, og sitater fra dybdeintervjuene. - Det trekkes inn funn fra annen forskning som både underbygger, og avviker fra egne resultater. - Diskusjon omkring studiens troverdighet i eget kapittel om styrker og begrensninger. <p>Funnes nytteverdi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenterer funn fra en døgnavdeling i Norge, med overføringsverdi til andre slike spesialistavdelinger i landet. 	<p>Innledende vurdering?</p> <p>-----</p> <p>Hensiktsmessig metode og utvalgsstrategi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inkluderer ikke diskusjon omkring valg av metode. - Deltakernes karakteristika er ikke knyttet opp mot resultatene. Nevnes ikke hvorfor/hvem som takket nei. - Bekvemmelighetsutvalg gir funn som er lite representative. Deltakere ble valgt pga. tilgjengelighet og karakteristika, fremfor tilfeldig utvalg fra populasjonen. <p>Stole på resultatene?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forskernes kliniske erfaring, kjennskap til avdelingen og tilstedeværelse av kamera i måltidene kan ha påvirket tolkningen av resultatene, og deltakerne og pasientene sin atferd i måltidene. - Diskuterer ikke metning av data. - Analyseprosessen er ikke kontrollert av en ekstern person, det er kun brukt egne forskere til dette. - Analysen resulterer i to hovedkategorier som funnene presenteres under. Motstridende data er ikke gjort rede for, heller ikke situasjoner utenfor kategoriene. <p>Etiske vurderinger?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gjør ikke rede for studiens mulige belastning på deltakerne og de involverte pasientene. - Tolkningen av funnene er ikke kontrollert med deltakerne, og dette hadde vært et kvalitetstegn. <p>Tydelig presenterte funn?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det er inkludert et begrenset utvalg av datamaterialet for å underbygge funnene, ift. mengden innsamlet. - Diskuterer funnene opp mot tidligere forskning gjort av bla. førsteforfatter, og det påvirker objektiviteten. <p>Funnes nytteverdi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Studiedesign, med utvalgsstrategi og størrelse tillater ikke en generalisering av resultatene. - Det kommer frem at enheten følger en MBT-tilnærming, som kan påvirke ansatt-pasient-interaksjonen på en 	Ikke oppgitt.

	<ul style="list-style-type: none"> - Studien gir innsikt i en setting det er forsket lite på, gir anbefalinger for videre forskning, og foreslår hvordan funnene kan brukes til å utvikle modeller for måltidsstøtte. 	måte som avviker, eller er i strid med behandlingsvisjoner andre steder.	
<p>2012</p> <p>Long et al.</p> <p><i>Mealtimes on Eating Disorder Wards: A Two- Study Investigation</i></p>	<p>Innledende vurdering?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fagfellevurdert tidsskrift. - Følger IMRaD-struktur. - Klart formulert formål. <p>Hensiktsmessig metode og utvalgsstrategi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Metodetriangulering var gunstig å anvende når forskerne ønsket å innhente kunnskap til en todelt problemstilling, og er en teknikk som styrker resultatenes troverdighet. - Strategisk utvalg var gunstig. Forskerne henvendte seg direkte til målgruppen som satt på kunnskap om et lite studert fenomen: Måltid med pas. med spiseforstyrrelser. <p>Stole på resultatene?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ble brukt åpne spm. med mulighet for beskrivelse, i tillegg til lukkede spm. med forhåndsbestemte kategorier. Dette ga detaljer til den kvantitative dataen. - Analysen av dataen fra intervjuene er forklart grundig, og validiteten til analysen, med tolkning av data, ble kontrollert av en uavhengig fagperson, som vurderte materialet og delte opp i temaer. - Også validiteten til spørreundersøkelsen ble styrket ved at spørreskjemaet måtte gjennom en pilot-vurdering fra flere fagpersoner på området. <p>Etiske vurderinger?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spørreu.s. var gjennom en etisk komité, og ble vurdert av spesialister på fagfeltet før den ble sendt ut til deltakerne. - Gjennomføring av de semistrukturerte intervjuene ble klarert ut ifra etiske retningslinjer til det britiske helsevesenet. - I forkant av intervjuene ble deltakerne informert om konfidensialitet, anonymitet, skriftlig samtykke, at den innsamlede dataen var til bruk i en forskningsstudie, og at avdelingene de jobbet på ikke kunne bli identifisert. <p>Tydlig presenterte funn?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det er samsvar mellom innsamlet data og tilhørende kategorier, illustrert ved passende sitater. - Forskerne diskuterer egne resultater opp mot tidligere erkjent forskning, og fremhever funn som samsvarer. 	<p>Innledende vurdering?</p> <p>-----</p> <p>Hensiktsmessig metode og utvalgsstrategi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spørreu.s. som metode for innsamling av kvantitative data var lite vellykket. Mange e-poster nådde trolig ikke frem, som resulterte i lav svarprosent, og forskerne diskuterer om en annen metode ville vært mer hensiktsmessig akkurat her. - Utvalgsstrategien til de semistrukturerte intervjuene er ikke beskrevet godt, og det gis ingen begrunnelse for utvalget av deltakerne og hvorfor kun 3 av de 22 rekrutterte avdelingene ble spurt om videre deltakelse. <p>Stole på resultatene?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bruk av spørreskjema med mulighet for åpne svar påvirker objektiviteten og vanskeliggjør analysen. - Det er ikke nevnt noen karakteristika ved deltakerne fra spørreu.s., og det er ellers gitt få opplysninger om deltakerne i intervjuene (kun kjønn og generelt om arbeidserfaring). - Lite utvalg, frafall og lav svarprosent i spørreu.s. vil gi en skjevhet som kan påvirke resultatene. - Analysen av dataen fra spørreu.s. er ikke beskrevet. - Motstridende data er ikke beskrevet. - Forskerne har ikke vurdert sine roller, mulig forutinntatthet eller påvirkning på problemstilling, datainnsamling, utvalgsstrategi eller valg av setting. <p>Etiske vurderinger?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ikke kjent om det oppsto etiske problemstillinger. - Forskernes presentasjon og tolkning av funnene fra intervjuene, er ikke kontrollert med deltakerne. <p>Tydlig presenterte funn?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mangel i rapportering av tall fra den kvantitative datainnsamlingen; er kun inkludert «når passende». - Spørreskjemaene som ble brukt er ikke tilgjengelig for leseren (kun ved forespørsel til førsteforfatter). - Lite diskusjon omkring resultatene, er sjeldent kritisk. 	Ikke oppgitt.

	<ul style="list-style-type: none"> - Gjør rede for begrensninger ved egen studie i diskusjonskapittelet. <p>Funnenes nytteverdi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gjør kort rede for funnenes betydning for praksis ved å diskutere mulige forslag til forbedring av måltidspraksisen, og gir anbefalinger for implementering av en rekke tiltak. - Forskerne er åpne om mangler og begrensninger ved egen studie, og avdekker behov for videre forskning. 	<ul style="list-style-type: none"> - Forskerne er åpne om svakheten ved at deltakernes yrkeserfaring ikke ble registrert, og er derfor heller ikke knyttet opp mot svarene de enkelte ga. <p>Funnenes nytteverdi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingen diskusjon om funnenes mulige overføringsverdi til andre populasjoner. 	
<p>2012</p> <p>Long et al.</p> <p><i>"All eyes are on you": anorexia nervosa patient perspectives of inpatient mealtimes.</i></p>	<p>Innledende vurdering?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fagfellevurdert tidsskrift. - Følger IMRaD-struktur. - Klart formulert formål. <p>Hensiktsmessig metode og utvalgsstrategi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Metoden med å innhente kvalitativ data gjennom semistrukturerte intervjuer er gunstig opp mot problemstillingen, som søker kunnskap om noe det er forsket lite på: SF-pasienters opplevelser med måltidene. - Strategisk utvalg av avdelinger som passer til kriteriene om inklusjon, er gunstig for å få dekket ønskede perspektiver. <p>Stole på resultatene?</p> <ul style="list-style-type: none"> - En tematisk analyse av datamaterialet er grundig gjort rede for, og forskerne nevner at de avsluttet intervjuene når de oppnådde metning av data. - Validiteten til analysen, med tolkning av data, er sjekket av en uavhengig fagperson som har gjennomgått et utdrag av datamaterialet og selv delt inn i temaer, etterfulgt av diskusjoner med forskerne for å nå en enighet om temaene. <p>Etiske vurderinger?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etisk klarering og informert samtykke ble gitt før pasientene meldte seg til å delta i studien. De ble også ivaretatt gjennom anonymitet, forsikring om at svarene ikke ville påvirke behandlingen deres, og en mulighet til å hoppe av. <p>Tydelig presenterte funn?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det er tydelig sammenheng mellom de ulike temaene presentert i resultatkap., og tilhørende sitater fra deltakere. - Funnene diskuteres opp mot problemstillingen. - Forskerne trekker inn kilder, oftest andre studier, for å underbygge egne resultater og samtidig markere funnenes betydning for kunnskapsgrunnlaget på området. 	<p>Innledende vurdering?</p> <p>-----</p> <p>Hensiktsmessig metode og utvalgsstrategi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det er ikke gjort rede for hvorfor de aktuelle SF-avdelingene som forskerne henvendte seg til, ble valgt strategisk fremfor tilfeldig, og det kommer senere frem at selv-seleksjon var grunnlaget for utvalget av deltakere til studien. Dette kan utgjøre en skjevhet, i og med at disse pasientene kan ha kvaliteter eller forhold ved seg som ikke andre pas. har, og derfor kan dette påvirke resultatet. <p>Stole på resultatene?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forskerne har ikke vurdert egne roller opp mot valg av problemstilling, metode, setting eller analyse. Problematisk fordi det er kjent at førsteforfatter i 2012 gjennomførte en studie på samme pasientgruppe, men med annet formål. Mulig forutinntatthet? - Usikkert om bredden og graden av datainnsamlingen er omfattende nok til å generere fortolkninger, med hensyn til lengden på intervjuene, at de kun ble gjennomført én gang per pasient, og at fire rekrutterte enheter med totalt 12 frivillige deltakere er et svært lite utvalg av en større pasientgruppe. - Spørreskjema brukt i intervjuene er ikke lagt ved. <p>Etiske vurderinger?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nevnes ikke om tolkningen av deltakernes svar i intervjuene, ble kontrollert med dem før publisering. - Ikke kjent om studien ble forelagt etisk komité. <p>Tydelig presenterte funn?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motstridende data er ikke gjort rede for, og påvirker aspektet med at forskningen bør være transparent. 	Ikke oppgitt

	<p>Funnenes nytteverdi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forskerne avdekker behov for videre forskning, men understreker betydningen studien har for økt innsikt i en sårbar pasientgruppes opplevelser av måltider på døgnavd. - Åpenhet omkring begrensninger ved studien, som gjør at funnene ikke nødvendigvis kan generaliseres. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kunne inkludert en oversikt over den tematiske analysen, med vektning av hvilke temaer som hyppig ble omtalt. <p>Funnenes nytteverdi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Liten størrelse på utvalget og en kvalitativ tilnærming, tillater ikke generalisering på samme måte som kvantitative studier gjør. 	
<p>2015</p> <p>Beukers et al.</p> <p><i>Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions.</i></p>	<p>Innledende vurdering?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fagfellevurdert tidsskrift. - Følger IMRaD-struktur. - Klart formulert formål. <p>Hensiktsmessig metode og utvalgsstrategi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valg av videoobservasjon som metode var gunstig ift. studiens problemstilling og deskriptive design. Forskerne argumenterer med at dette vil gi økt innsikt i et fenomen og intervensjoner det er forsket lite/ingenting på fra før. - Utvalgsstrategien er godt begrunnet, og den begrensede størrelsen på utvalget ga en detaljert undersøkelse av sykepleierintervensjonene. - Valg av setting til en avdeling som representerer en «mønsterpraksis» var bevisst, og er begrunnet med at forskerne kunne dra nytte av ekspertkunnskapen til de ansatte, og pleien til denne pasientgruppen ville bli studert på et spesialisert nivå. <p>Stole på resultatene?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Datainnsamlingen v/videopptakene er beskrevet grundig. - Med de ansatte som utgangspunkt for observasjon i måltidene, gjør forskerne likevel grundig rede for hvordan pasientene og deres foreldre ble ivaretatt. De ble informert om studiens hensikt, og et skriftlig samtykke fra begge måtte gis før pasientene kunne delta i videopptakene. - Forskerne anvendte tematisk analyse, og i forkant ble materialet fra videopptakene transkribert, og deltakernes non-verbale atferd ble beskrevet og inkludert i analysen. Når alle aspekter ved kommunikasjonen er tatt med, sikrer dette god kvalitet på forskningen. - Forskerne gjør rede for deres roller ifm. analyseprosessen, og det kommer frem at førsteforfatterens beskrivelser og tolkning av data ble kontrollert av to medforfattere, som 	<p>Innledende vurdering?</p> <p>-----</p> <p>Hensiktsmessig metode og utvalgsstrategi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utvalget, med sin begrensede størrelse trekkes frem av forskerne som en svakhet. - Bekvemmelighetsutvalg byr på utfordringer ift. funnenes generaliserbarhet til en større gruppe, når deltakerne er valgt på bakgrunn av tilgjengelighet og karakteristikk, fremfor ved et tilfeldig utvalg. <p>Stole på resultatene?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingen ytterligere karakteristika ved deltakerne (de ansatte) enn faglig bakgrunn, er beskrevet. - Metning av data er ikke gjort rede for. - Forskerne har ikke inkludert en diskusjon omkring egne roller, mulige forutinntatthet eller påvirkning på utforming av problemstilling, valg av setting eller utvalgsstrategi. - Nevnes ikke om det ble gjort endringer i studien på bakgrunn av innspill og funn underveis. <p>Etske vurderinger?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det gis ingen informasjon om deltakerne ble ivaretatt gjennom andre etiske prinsipper, enn informert samtykke. - En stor svakhet ved studien, ifølge forskerne, var tilstedeværelsen av kamera under måltidene, fordi dette påvirket deltakernes atferd i starten. Mangler en redegjørelse for om dette utgjorde en belastning for særlig pasientene. <p>Tydlig presenterte funn?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentasjon av funnene med forskernes tolkning av data fremstår som lite objektiv, og en svakhet er at det ikke er inkludert motstridende data i diskusjonen. 	Ikke oppgitt.

	<p>også er eksperter innenfor fagfeltet spiseforstyrrelser. Dette styrker funnenes troverdighet.</p> <p>Etiske vurderinger?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Studien ble godkjent av en medisinskfaglig etisk komité. <p>Tydelig presenterte funn?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det er klar sammenheng mellom kategoriene over ulike intervensjoner i måltidet, og tilhørende sitater brukt for å illustrere disse. Det oppgis også hvilket klipp sitatene er fra. - Funnene er tydelig presentert, og forskerne trekker inn andre studier for å diskutere og underbygge egne funn. <p>Funnenes nytteverdi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Studien har særlig relevans for de som jobber med pasienter som er alvorlig syke med AN. - Basert på funnene gir forskerne anbefalinger for hvordan disse kan brukes til å utvikle treningsprogrammer, og retningslinjer for hvordan håndtere spiseforstyrret atferd. - Avdekker behov for ny forskning, og foreslår retning her. 	<ul style="list-style-type: none"> - Deltakernes non-verbale språk under måltidene blir beskrevet i resultatkap. Ved å observere kroppsspråk finner forskerne at pasientenes stress- og angstnivå økte under samspillet, men dette ble ikke rapportert eller målt, og bør følgelig ikke tillegges stor vekt. <p>Funnenes nytteverdi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingen diskusjon om funnenes mulige overføringsverdi til andre populasjoner. 	
<p>2015</p> <p>Gianini et al.</p> <p><i>Abnormal eating behavior in video-recorded meals in anorexia nervosa.</i></p>	<p>Innledende vurdering?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fagfellevurdert tidsskrift. - Følger IMRaD-struktur. - Klart formulert formål. <p>Hensiktsmessig metode og utvalgsstrategi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kasus-kontrollstudie er hensiktsmessig metode når forskerne ønsket å undersøke måltidsatferden til pas med AN, og hvordan den skiller seg fra friske jevnaldrende. Gruppene studeres dermed hver for seg i en setting der de utsettes for de samme risikofaktorene, og funnene herfra kan gi grunnlag for å si noe om årsaker til sykdom/-trekk. - Både kasusene og kontrollene er beskrevet mht. karakteristika, og noen kriterier om inklusjon og eksklusjon. <p>Stole på resultatene?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Et standard lunsjmåltid med lik ramme og betingelser, ble gitt som eksponering til begge gruppene. Gjennom måltidet og i etterkant ble det brukt samme målemetoder på alle deltakerne. Dette var både objektive og subjektive målemetoder, og samtlige var valide ifølge forskerne. - Forskerne identifiserte en forvekslingsfaktor = lengden på måltidet. De undersøkte derfor forholdet mellom måltidsatferd, grad av angst, og kaloriinntak, i en serie av lineære regresjoner justert etter forvekslingsfaktoren. 	<p>Innledende vurdering?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Funnet blant referansene til Levinson et al. (2019). <p>Hensiktsmessig metode og utvalgsstrategi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - For kasusene er ikke utvalgsstrategien gjort rede for, og for kontrollene nevnes det ikke hvor, og antallet mennesker forskerne henvendte seg til i annonsen. - Flere forhold ved utvalget utgjør en skjevhet: Forskjellen i størrelsen på gruppene, hos kasusene mangler info om kjønn og for kontrollene er dette oppgitt som kun kvinner, noe som ikke forteller oss om dette er representativt for kasus-gruppen eller ei. Dette aspektet påvirker også mulig overføringsverdi til samme pasientgruppe andre steder, når det er kjent at AN rammer både kvinner og menn. <p>Stole på resultatene?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forskerne forklarer at den begrensede utvalgsstørrelsen og de mange undersøkte faktorene og sammenhengene, gjorde at de hadde liten styrke til å kunne oppdage statistisk signifikante resultater. <p>Etiske vurderinger?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blir ikke gjort rede for hvilke etiske prinsipper forskerne fulgte i møte med deltakerne. Savner og en diskusjon 	Ikke oppgitt.

	<ul style="list-style-type: none"> - Forskerne forklarer at studien var tenkt hypotese-genererende og utforskende, og derfor ble det rapportert om effektstørrelser heller enn statistisk signifikans. - Det blir gjort rede for hver enkelt forsker sin rolle i studien. <p>Etiske vurderinger?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Samtlige måtte gi et informert samtykke før deltakelse i studien, i henhold til regler ved det aktuelle psykiatriske instituttet i New York. <p>Tydelig presenterte funn?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forskerne har studert mange variabler, men finner flere sammenhenger og diskuterer disse under to hovedkategorier: unnvikende strategier og ritualistisk atferd. Herfra knyttes disse opp mot en rekke hypoteser om årsaker, og følgelig mener forskerne at informasjonen kan brukes til å forbedre intervensjoner til pasienter med AN. - Resultatene er tydelig presentert, og diskusjonen baserer seg på hvor sterk/positiv eller svak/negativ sammenheng mellom eksponering og utfall var. <p>Funnenes nytteverdi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Funnene har relevans for helsepersonell som arbeider med pasienter med AN, ved å tilføre kvantitative data og hypoteser om måltidet der det eksisterer mye kvalitativ data. - Korrelasjon mellom flere målte variabler, som også samsvarer med resultater fra andre studier, gjør funnene svært interessante. Hypoteser som ble mulig å lage fra funn i denne studien, danner et godt grunnlag for fremtidig forskning, som også forskerne gir videre anbefalinger til. 	<p>omkring studiens mulige belastning på deltakerne og særlig den sårbare pasientgruppen.</p> <p>Tydlig presenterte funn?</p> <ul style="list-style-type: none"> - I analysen av dataen omkring forholdet mellom måltidsatferd og målt/opplevd angst, vil forvekslingsfaktoren ha betydning og vanskeliggjøre analysen. Dette forteller forskerne er fordi funn om lave nivåer av angst kunne potensielt være relatert til kunnskapen om at man kunne avslutte måltidet når man ønsket (dette var en av betingelsene), eller så kunne det være relatert til en mangel på frykt for å spise. Årsakene er ukjent, disse ble ikke rapportert. - Det er ikke oppgitt odds ratio som effektmål. - Konfidensintervallene er brede og flere inneholder 0, noe som gir en usikkerhet omkring resultatene, og forteller at de ikke er statistisk signifikante. <p>Funnenes nytteverdi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - At det var korrelasjon mellom flere av de målte variablene betyr ikke at det er årsakssammenheng, og forskerne bemerker at det er behov for å gjenskape forskningen med bla. et større utvalg slik at statistisk signifikans kan undersøkes. - Resultatenes overføringsverdi til praksis blir noe redusert parallelt med studiens begrensede utvalg, seleksjonsskjevheten mellom gruppene og deres karakteristika som ikke nødvendigvis har relevans for liknende pasientgruppe på andre døgnavdelinger utenfor USA. Behandlingstilnærming varierer nok og. 	
<p>2019</p> <p>Levinson et al.</p> <p><i>Diagnostic, clinical, and personality correlates of food anxiety during a food exposure in patients</i></p>	<p>Innledende vurdering?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fagfellevurdert tidsskrift. - Følger IMRaD-struktur. - Klart formulert formål. <p>Hensiktsmessig metode og utvalgsstrategi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Metoden med å innhente kvantitativ data fra ett bestemt tidspunkt der deltakerne ble undersøkt i en måltidssetting, var hensiktsmessig og ga nyttig info. om korrelasjon mellom de målte variablene. SF og matangst er lite forsket på. - Forskerne inkluderte 6 deltakere med andre SF-typer enn AN i studien, og forteller at matangst ble målt uavhengig av 	<p>Innledende vurdering?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Førsteforfatter har utført denne studien i tillegg til en RCT, med ulike formål ved begge studiene. Leseren forsikres om at funnene presentert i denne artikkelen, ikke overlapper med de som blir presentert i artikkelen om RCT-en. Likevel må en inntreffe RCT-en for å få utfyllende informasjon om demografiske variabler ved deltakerne, og dette er en svakhet. <p>Hensiktsmessig metode og utvalgsstrategi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deltakerne ble i utgangspunktet rekruttert til en RCT, men forskerne gjør ikke rede for utvalgsstrategien eller valget av setting i denne aktuelle studien. 	<p>Funnene fra RCT-en som deltakerne senere deltok i (med samme førsteforfatter), har evidensnivå IV. (Ingen kontrollgruppe). Forskerne understreker at data i denne</p>

<p><i>diagnosed with an eating disorder.</i></p>	<p>diagnose. Det utgjorde heller ingen vesentlige forskjeller på resultatene når analysen ble utført både med, og uten de 6.</p> <p>Stole på resultatene?</p> <ul style="list-style-type: none"> - De målte kliniske og personlighetsmessige variablene, ble inkludert på bakgrunn av kunnskapsgrunnlaget som forteller at disse er knyttet til symptomer ved SF, i tillegg til angst. - Datainnsamlingen er standardisert, og måltidet ble gjennomført identisk for alle deltakerne. - Ble brukt flere subjektive og objektive målemetoder for å vurdere diagnostiske, kliniske og personlighetsmessige faktorer, og deres korrelasjon med matangst. Gjør også rede for målemetodenes reliabilitet vha. Cronbachs alfa, hvor de skårer fra <i>adekvat</i> til <i>utmerket</i> på intern konsistens. - Grad av angst ble målt vha. en valid målemetode (SUDS). - Analyseprosessen er grundig gjort rede for mht. p-verdi (0,008), effektstørrelse (vha. Cohen's <i>d</i>), og multippel regresjonsanalyse brukt til å beskrive korrelasjon mellom flere variabler. <p>Etiske vurderinger?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informert samtykke ble gitt før deltakelse, studien ble godkjent av en etisk komité og skal ifølge forskerne være i tråd med de etiske standardene til Helsinkideklarasjonen. <p>Tydlig presenterte funn?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Funnene er tydelig presentert, både i tabeller og tekst, og signifikante p-verdier er uthevet med fet skrift. - Funnene diskuteres opp mot problemstillingen, og forskerne trekker inn andre studier for å underbygge og markere funnenes betydning for kunnskapsgrunnlaget på området. <p>Funnenes nytteverdi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forskerne er åpne om svakheter ved egen studie, og kommer med anbefalinger til fremtidig forskning. - Forskerne gjør rede for en rekke implikasjoner som de mener ble avdekket gjennom studien, og som forhåpentligvis kan lede til intervensjoner for å hjelpe de som lider av en spiseforstyrrelse. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demografiske variabler som kjønn og alder mangler. Forskerne henviser til RCT-en for utfyllende info., men her er det kun gitt beskrivelser om de 36 deltakerne med AN. Derfor mangler det info. om de 6 andre deltakerne i denne studien, og det er ikke mulig å si om utvalget er representativt for populasjonen. <p>Stole på resultatene?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Størrelsen på utvalget ga forskerne en begrenset kapasitet til å oppdage alle mulige korrelasjoner. - Grad av angst var selvrapportert, og ble målt i en gruppesetting som kan ha påvirket rapporteringen. <p>Etiske vurderinger?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Savner diskusjon omkring studiens mulige belastning på deltakerne som er en sårbar pasientgruppe. <p>Tydlig presenterte funn?</p> <p>-----</p> <p>Funnenes nytteverdi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Av hensyn til studiedesignets natur er det ikke mulig å si noe om årsakssammenheng. 	<p>studien er hentet fra den første måltids-økten, FØR effekten fra RCT-en var til stede.</p>
--	--	---	---