



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Fysisk aktivitet i behandling av spiseforstyrrelser

En kvalitativ studie om hvordan fysisk aktivitet kan vurderes og integreres i behandling av spiseforstyrrelser

Av

Kandidatnummer 107, Maria Therese Heggheim
Kandidatnummer 126, Anna Sørum

Bachelor idrett, fysisk aktivitet og helse
ID3-302
Desember 2017

Physical Activity in Treatment of Eating Disorders

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Forord

Denne bacheloroppgaven er skrevet i forbindelse med utdanningen idrett, fysisk aktivitet og helse ved Høgskulen på Vestlandet Campus Sogndal 2015-2018. Dette semesteret har vært lærerikt og vi har i forbindelse med denne oppgaven fått gått i dybden på et tema som vi begge synes er spennende.

Vi vil først og fremst takke alle de fire informantene som sa ja til å stille til intervju, og som bidro med verdifull og interessant informasjon. Vi vil også rette en stor takk til vår veileder, Katrine Nyvoll Aadland, for god hjelp og stort engasjement i forbindelse med vår oppgave. Til slutt vil vi takke hverandre for godt samarbeid gjennom hele prosessen.

Sogndal, desember 2017

Maria Therese Heggheim og Anna Sørum

”Denne kroppen er jo huset vårt. Hvis vi ikke klarer å være fortrolig, og kunne være i vårt eget hus, da er vi jo hjemløse da. Det er det jo veldig mange av de med spiseforstyrrelser som er, altså i overført betydning [...] de klarer ikke å være hjemme i egen kropp.”

-Fysioterapeut A

Innholdsfortegnelse

FORORD	2
SAMMENDRAG	5
1.INNLEDNING OG PROBLEMSTILLING	6
2.TEORI	7
2.1 HVA ER EN SPISEFORSTYRRELSE?.....	7
2.1.1 <i>Anorexia Nervosa</i>	8
2.1.2 <i>Bulimia nervosa</i>	8
2.1.3 <i>Overspisingslidelse (Binge Eating Disorder)</i>	8
2.2 FYSISK AKTIVITET	9
2.3 VURDERINGER.....	10
2.3.1 <i>Somatisk helse</i>	10
2.3.2 <i>Psykisk helse</i>	10
2.4 FYSISK AKTIVITET I BEHANDLING AV SPISEFORSTYRRELSER	11
2.5 TIDLIGERE FORSKNING	13
3.METODE	16
3.1 UTVALG OG REKRUTTERING AV INFORMANTER	16
3.2 INTERVJU OG INTERVJUGUIDE.....	17
3.3 TRANSKRIPSJON.....	18
3.4 ANALYSE	18
3.5 TROVERDIGHET AV STUDIEN.....	19
3.6 ETIKK.....	19
4.RESULTAT OG DISKUSJON	20
4.1 VURDERINGER.....	20
4.1.1 <i>Somatisk helse</i>	21
4.1.2 <i>Psykisk helse</i>	23
4.2 FYSISK AKTIVITET I BEHANDLING.....	24
4.3 STYRKER OG SVAKHETER MED STUDIEN	30
5.KONKLUSJON	31
6.REFERANSELISTE	33
7. VEDLEGG	36
7.1 VEDLEGG 1- INTERVJUGUIDE	36
7.2 VEDLEGG 2- FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT	38

Sammendrag

Hensikten med denne oppgaven har vært å finne ut hvordan fysisk aktivitet kan vurderes og integreres i behandling av spiseforstyrrelser. Oppgaven omhandler hvilke erfaringer ulike behandlere har rundt bruk av fysisk aktivitet i behandling, og hvordan de vurderer dette. Spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse for flere typer psykiske lidelser som fører til en "Overopptatthet av mat, kropp, vekt og et problematisk forhold til følelser". Forekomsten av spiseforstyrrelser er på ca. 3-5% i befolkningen, og det er høyere forekomst blant kvinner enn menn. Hovedkategoriene under gruppen spiseforstyrrelser er anorexia nervosa, bulimia nervosa og overspisingslidelse. Fysisk aktivitet er en effektiv behandlingsform for mange psykiske lidelser som blant annet depresjon og angst, men det har ofte blitt oversett som en potensiell behandlingsform for personer med spiseforstyrrelser. Det er få studier som har funnet negative virkninger av tilpasset fysisk aktivitet, så anbefalingene bør være at pasienter med spiseforstyrrelser, som er medisinsk klarert for deltagelse i fysisk aktivitet, bør få tilbud om dette.

Oppgaven er basert på en kvalitativ metode, med et utgangspunkt i vårt ønske om å få en bedre innsikt i hvilke vurderinger ulike behandlere gjør i sitt arbeid med spiseforstyrrelser. Vi gjennomførte fire semistrukturerte intervju med behandlere av ulik fagbakgrunn, henholdsvis en spesialsykepleier, en psykologspesialist og to fysioterapeuter fra tre ulike enheter.

Resultatene fra vår studie viser at behandlerne er positive til bruk av fysisk aktivitet i behandling av spiseforstyrrelser. Funnene viser flere likheter i tilnærmingen behandlerne jobbet på i forhold til hvilke vurderinger som er nødvendige for denne pasientgruppen. Likevel kunne vi se en forskjell ut i fra behandlernes fagbakgrunn i måten de jobbet på, og hvilke symptomer de vektla i forhold til somatisk og psykisk helse. Felles for behandlerne er at de ønsker å normalisere pasientenes forhold til seg selv, der tilpasset fysisk aktivitet kan være en ønskelig tilnærming. Gjennom individuelle mål og treningsprogrammer, samt lystbetonte og lekpregede gruppebaserte aktiviteter kan fysisk aktivitet integreres i behandling av spiseforstyrrelser og bidra til å normalisere dette forholdet.

Nøkkelord: Spiseforstyrrelser, vurderinger, fysisk aktivitet og behandling.

1. Innledning og problemstilling

Flere studier har vist at bruk av fysisk aktivitet i forebygging og behandling av en rekke psykiske lidelser har gitt positiv effekt, blant annet hos personer med angst og depresjon (Martinsen, 2000; Pedersen & Saltin, 2015; Richardson et al., 2005). Spiseforstyrrelser er kompliserte psykiske lidelser som kjennetegnes av en "Overopptatthet av mat, kropp, vekt og et problematisk forhold til følelser" (Bratland-Sanda, 2012, s.13). Personer med spiseforstyrrelser har ofte et destruktivt forhold til fysisk aktivitet, enten ved at de tvangstrener eller er fysisk inaktive. Nyere studier viser likevel at fysisk aktivitet kan ha en positiv effekt også på denne pasientgruppen, så lenge de er medisinsk klarert (Carei, Fyfe-Johnson, Breuner, & Brown, 2010; Cook et al., 2016; Hausenblas, Cook, & Chittester, 2008).

På bakgrunn av dette ønsker vi å finne ut hvilke vurderinger som vil ligge til grunn for at personer med spiseforstyrrelser kan drive med fysisk aktivitet. Vi ønsker å få innsyn i hvordan behandlere med ulik fagbakgrunn jobber for å integrere fysisk aktivitet i behandling, og ut i fra dette har vi formulert problemstillingen:

"Hvordan kan fysisk aktivitet vurderes og integreres i behandling av spiseforstyrrelser?"

2. Teori

For å kunne beskrive hvordan behandlere vurderer og integrerer fysisk aktivitet i behandlingen av spiseforstyrrelser vil vi først forklare hva det vil si å ha en spiseforstyrrelse, og definere de tre hoveddiagnosene. Spiseforstyrrelser fører ofte til en rekke somatiske og psykiske komplikasjoner, noe vi vil forklare nærmere. Vi vil også utdype hva overdreven og tvangspregnet trening er, da dette er vanlige symptomer på spiseforstyrrelser. Avslutningsvis skal vi presentere hvordan fysisk aktivitet kan integreres i behandling og hvilke effekter fysisk aktivitet kan ha på personer med spiseforstyrrelser. Vi vil også presentere tidligere forskning.

2.1 Hva er en spiseforstyrrelse?

Spiseforstyrrelser defineres av Bratland-Sanda (2012, s.13) som en: "Overopptatthet av mat, kropp, vekt og et problematisk forhold til følelser". Når denne opptattheten begrenser livsutfoldelsen og forringer livskvaliteten kan man si at man har en spiseforstyrrelse (Skårderud, 2013). Forekomsten av spiseforstyrrelser er på ca. 3-5% i befolkningen og det er høyere forekomst blant kvinner enn menn. Spiseforstyrrelser er hyppigst forekommende blant jenter i tenårene og unge kvinner, men det er ingen øvre eller nedre aldersgrense. Behandlere kan derfor møte pasienter av begge kjønn og i alle aldre (Bratland-Sanda, 2012).

Spiseforstyrrelser er sammensatte lidelser med komplekse årsaksfaktorer som inkluderer disponerende, utløsende og opprettholdende faktorer. De disponerende faktorene kan være arv, lav selvfølelse, misnøye med egen kropp, annen psykisk lidelse, historie med mobbing og/eller seksuelt misbruk eller påvirkning fra media. Deretter har vi de utløsende faktorene som kan være blant annet stress, en traumatisk hendelse eller sykdom. De opprettholdende faktorene kan være positive tilbakemeldinger på endret kropp eller utseende, følelse av kontroll og mestring og undertrykking av følelser (Bratland-Sanda, 2012).

Verdens helseorganisasjon (WHO) har utviklet systemet International Classification of Diseases (ICD-10) som er det offisielle diagnosesystemet i norsk helsevesen. I ICD-10 er følgende lidelser klassifisert under gruppen spiseforstyrrelser 1) anorexia nervosa, 2) bulimia nervosa og 3) overspisingslidelse (Bratland-Sanda, 2012).

2.1.1 Anorexia Nervosa

Anorexia nervosa kjennetegnes ved et raskt og stort vekttap, ekstrem frykt for å legge på seg, et stort ønske om tynnhet, restriksjon i både mengde og type mat og tap av menstruasjon hos kvinner (Bratland-Sanda, 2012). De fleste begynner å sulte seg for å gå ned i vekt (Giordano, 2010), men mange opplever etter hvert at de ikke klarer å spise; de mister kontrollen (Skårderud, 2013). Hele livet dreier seg om mat, mat blir en besettelse (Giordano, 2010). Personer med anorexia nervosa har alvorlig undervekt, men på tross av dette føler de at de er overvektige, og de ønsker å beholde sin lave vekt eller gå ytterligere ned (Martinsen, 2011).

2.1.2 Bulimia nervosa

Bulimia nervosa kjennetegnes ved gjentatte overspisingsepisoder med påfølgende tømmingsatferd i form av oppkast, bruk av vanddrivende eller avførende medikamenter, og overdreven trening (Bratland-Sanda, 2012). Etter en overspisingsepisode kan personen få dårlig samvittighet og skamme seg, og den eneste måten å få bort denne dårlige samvittigheten på er å bli kvitt maten (Giordano, 2010). Det å bli kvitt maten i form av for eksempel oppkast kan etterpå føles som en lettelse for mange. De fleste med bulimia nervosa er normalvektige (Skårderud, 2013).

2.1.3 Overspisingsslidelse (Binge Eating Disorder)

Overspisingsslidelse dreier seg om overspising uten tømmingsatferd, maten blir beholdt i kroppen (Giordano, 2010). Episodene med overspising har mye av den samme karakteren som ved bulimia nervosa. Noen overspiser mye i løpet av kort tid, som regel fet eller kaloririk mat. Andre kan småspise litt hele tiden, slik at det i sum blir mer enn det kroppen trenger (Skårderud, 2013). En vanlig konsekvens av lidelsen er overvekt, i motsetning til ved anorexia nervosa eller bulimia nervosa hvor personer vanligvis er undervektige eller normalvektige (Giordano, 2010).

2.2 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet defineres som "Enhver kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som øker energiforbruket utover hvilenivå" (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985, s.126). Dette betyr i praksis at fysisk aktivitet inkluderer både trening, idrett, mosjon, husarbeid, lek og friluftsliv. Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet. Anbefalingene for voksne er 150 minutter med moderat intensitet per uke eller minst 75 minutter med høy intensitet per uke for å oppnå en helsegevinst (Helsedirektoratet, 2016). Ytterligere helseeffekt kan oppnås ved å øke den daglige mengden eller intensiteten utover dette (Jansson & Anderssen, 2009).

Regelmessig fysisk aktivitet vil kunne redusere en rekke livsstilssykdommer som hjerte- og karsykdom, diabetes type 2, høyt blodtrykk og tykktarmkreft (Haskell et al., 2007). Fysisk aktivitet har også en godt dokumentert effekt på depresjon, angst, schizofreni og smertelidelser (Martinsen, 2000; Pedersen & Saltin, 2015), og det kan også gi økt livskvalitet (Dalle Grave, Calugi, & Marchesini, 2008).

Det er et dose-respons-forhold mellom fysisk aktivitet og helsegevinst (Jansson & Anderssen, 2009). En økning i aktivitetsnivået vil kunne gi en ytterligere effekt på ulike helsevariabler, men det går en grense for hvor mye aktivitet som er gunstig (Bratland-Sanda, 2012). Det er en vanlig oppfatning at de fleste personer med spiseforstyrrelse er overdrevent fysisk aktive. Noen er overdrevent aktive i den grad at det er skadelig for helsen (Martinsen, 2011).

2.3 Vurderinger

Å leve med en spiseforstyrrelse har både fysiske og psykiske konsekvenser. For å vurdere om en person med en spiseforstyrrelse kan drive med fysisk aktivitet er det derfor en rekke komplikasjoner en må ta hensyn til som behandler.

2.3.1 Somatisk helse

Anorexia nervosa, bulimia nervosa og overspisingslidelse er assosiert med alvorlige somatiske komplikasjoner. Belastningene på kroppen er store og de kroppslige skadene og symptomene er i verste fall dødelige (Skårderud, 2013). En somatisk kartlegging og oppfølging er nødvendig for en suksessfull behandling av spiseforstyrrelser. Det har vært en tendens til at kroppsvekt og Body Mass Index (BMI) har blitt benyttet som et kriterium for deltakelse i fysisk aktivitet, men det er viktig at den medisinske evalueringen også inkluderer både somatisk og psykisk status (Bratland-Sanda, 2012).

Noen av de vanligste somatiske komplikasjonene ved spiseforstyrrelser er hjerterytmeforstyrrelser, akutt hjertesvikt, hjerteinfarkt og hypoglykemi. Personer med spiseforstyrrelser kan også ha lav beintetthet og økt risiko for osteoporose. Konsekvensene av dette er økt risiko for brudd (Bratland-Sanda, 2012; Pomeroy, 2001). Når spiseforstyrrelser fører til overvekt, som ved overspisingslidelse, innebærer det økt risiko for blant annet hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, høyt blodtrykk og kreft (Skårderud, 2013).

2.3.2 Psykisk helse

Spiseforstyrrelser som vedvarer over lang tid, ledsages nesten alltid av en rekke andre psykiske symptomer. Alvorlige spiseforstyrrelser er ofte ledsaget av symptomer som angst og depresjon (Carei et al., 2010; Rør, 2009). Lav vekt og dårlig somatisk helse kan vanskeliggjøre klinisk vurdering av psykisk komorbiditet. Man skal derfor være forsiktig med å diagnostisere komorbide tilstander før vekt normaliseres og somatiske symptomer er stabilisert (Statens helsetilsyn, 2000). Noen ganger er spiseforstyrrelsen en følgetilstand av andre psykiske lidelser, mens andre ganger ser vi en spiseforstyrrelse som etter hvert leder til en rekke andre psykiske symptomer.

2.4 Fysisk aktivitet i behandling av spiseforstyrrelser

Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet har flere helsefremmende effekter, men for personer med spiseforstyrrelser kan fysisk aktivitet være en del av selve sykdomsbilde. Flere personer med spiseforstyrrelser har et tvangspreget eller overdrevent forhold til fysisk aktivitet, mens andre kan være fysisk inaktive. I begge disse tilfellene har studier vist at regulert og tilpasset fysisk aktivitet kan være hensiktsmessig så lenge pasienten er medisinsk klarert til å trene (Carei et al., 2010; Cook et al., 2016; Hausenblas et al., 2008).

Trening blir definert som "Fysisk aktivitet som er planlagt, strukturert, repeterende og målrettet i den forstand at forbedring eller vedlikehold av fysisk form er målet (Caspersen et al., 1985, s.126). Personer med spiseforstyrrelser har ofte et tvangspreget eller overdrevent forhold til fysisk aktivitet og trening. Bratland-Sanda (2012, s.37) definerer overdreven trening som "Når varighet, hyppighet og/eller intensitet på fysisk aktivitet overgår det som er nødvendig for å opprettholde god helse, og dermed øker risiko for skader". Definisjonen på tvangspreget trening er "Å føle seg tvunget til å trene når motivet ikke lenger er forbedring av prestasjon, men å redusere emosjonelle problemer som oppstår ved fravær av trening" (Bratland-Sanda, 2012, s.37). I følge Mond, Hay, Rodgers, og Owen (2006) har en person et tvangspreget forhold til trening dersom personen driver med trening på grunn av dårlig samvittighet, eller dersom treningen drives utelukkende på grunn av regulering av form og vekt.

Forekomsten av overdreven og tvangspreget trening er hyppigst blant personer som er i en tidlig fase av sykdommen. Det er også hyppigst blant personer med anorexia nervosa sammenlignet med bulimia nervosa (Bratland-Sanda, 2012). Tvangspreget og overdreven trening er et alvorlig symptom på spiseforstyrrelser. Personer med denne treningsatferden har mer symptomer på angst og depresjon (Bratland-Sanda et al., 2009), dårligere prognose ved behandling og større risiko for tilbakefall sammenlignet med personer som ikke har denne treningsatferden. Personer med denne treningsatferden vil derfor ha behov for lengre behandlingstid. (Bratland-Sanda, 2012).

Personer som driver med overdreven og tvangspregede trening har ofte daglige tvangspregede ritualer med varighet over timer, som styrer hverdagen. De trener ofte alene og utholdenhetstrening står ofte i fokus (Martinsen, 2011). Lange løpe- eller sykkelturner og andre typer høyintensiv trening er ofte vanlig. Utenom dette kan også trening enkelt integreres i hverdagslige aktiviteter som å stå istedenfor for å sitte mens du leser eller ser på tv, bære tunge poser, ta trappen istedenfor heisen, gå istedenfor å ta bussen eller gjøre situps på offentlige toaletter (Gümmer et al., 2015).

Det har vært en klinisk antagelse at fysisk aktivitet utelukkende drives for å kontrollere kropp og vekt. Flere pasienter med spiseforstyrrelser har derfor fått restriksjoner på å være fysisk aktive, og sengeleie var lenge anbefalt. Nyere studier viser derimot at fysisk aktivitet og trening blir brukt for å regulere negative følelser (Bratland-Sanda, 2012). Carei et al. (2010) har i sin studie funnet ut at personer med spiseforstyrrelser bruker fysisk aktivitet og trening for å blant annet kontrollere angst og depresjon.

Når det gjelder pasienter med sykkelig lav kroppsvekt er det viktig med en reduksjon av aktivitet og de oppfordres vanligvis til å trene med lav intensitet i korte økter (Martinsen, 2011). Videre har Martinsen (2011) ingen tro på at det er lurt å nekte denne pasientgruppen all trening, fordi noe bevegelse er nødvendig for at kroppens funksjoner skal opprettholdes. Han har tro på en gradvis reduksjon av treningen, slik at pasientene kan oppleve at kroppen klarer seg uten de voldsomme treningsmengdene. Det er viktig at pasientene får oppleve at en reduksjon av aktivitet ikke fører til kraftig vektøstgang, men heller gir bedre søvn, økt overskudd og mer livsglede (Martinsen, 2011).

Blant personer med spiseforstyrrelser er det funnet stor grad av høyintensiv trening. Bratland-Sanda (2012) vil derfor ikke anbefale høyintensiv aerob intervalltrening under behandling av pasienter med spiseforstyrrelser. Martinsen (2011) skriver at lystbetonte og morsomme aktiviteter, og aktiviteter som får tankene bort fra sykdommen er å foretrekke. Duesund og Skårderud (2003) utførte en kvalitativ studie med en varighet over to uker hvor de inkluderte både aktiviteter innendørs og utendørs. De skriver i sin studie at for eksempel klatring ga pasientene en god opplevelse av mestring og fokuset ble endret fra: *Hvordan skal jeg forbrenne mest mulig kalorier?* Til: *Hvordan skal jeg gjøre dette riktig for å komme videre*

i klatreveggen? I behandling bør terapeutene jobbe med å normalisere forholdet til fysisk aktivitet ved å lage en plan om å redusere treningsvolum og legge til rette for restitusjon (Bratland-Sanda, 2012).

Når det gjelder bruk av fysisk aktivitet i behandling har Cook et al. (2016) laget 11 retningslinjer for hvordan fysisk aktivitet kan inkluderes i behandlingen av spiseforstyrrelser. Disse 11 retningslinjene er 1) behandlingsteamet bør bestå av treningseksperter, fysioterapeuter, leger, ernæringsfysiolog og psykologer 2) viktig å ta hensyn til somatisk og psykisk helse 3) viktig å ta hensyn til pasienter med tvangspreget eller overdreven trening 4) lage en kontrakt med regler, mål og forventninger til behandlingen 5) undervisning i kognitiv atferdsterapi 6) fokusere på positive treningseffekter 7) lage et gradert treningsprogram 8) start med lav intensitet og gradvis progresjon 9) tilrettelegge treningen individuelt 10) ernæringsveiledning 11) samtale under og etter trening (Cook et al., 2016).

2.5 Tidligere forskning

Forslaget om å inkludere fysisk aktivitet i behandling av spiseforstyrrelser er mye diskutert, og det blir ofte sett på som provoserende og kontroversielt. Likevel er det økt evidensmateriale for at fysisk aktivitet er trygt og fører til mange fordeler for pasienter med spiseforstyrrelser dersom energiinntaket er i balanse med energiforbruket, og aktiviteten er tett overvåket (Cook et al., 2016). Tidligere forskning har vist at trening og fysisk aktivitet er med på å redusere treningsavhengigheten og fremme vektøkning ved anorexia nervosa (Calogero & Pedrotty, 2004), øke muskelstyrken (Fernandez-del-Valle et al., 2014), reversere alvorlige hjertesymptom ved alvorlig anorexia nervosa (Krantz, Gaudiani, Johnson, & Mehler, 2011) og det fører også til økt livskvalitet blant pasientene med spiseforstyrrelser (Cook et al., 2014).

Det har også vært forsket på fysisk aktivitet ved overspisingslidelse. De fleste pasienter med en overspisingslidelse er ofte overvektige og inaktive. Levine, Marcus, og Moulton (1996) gjorde en studie hvor de inkluderte fysisk aktivitet i behandling av overspisingslidelse. Studien gikk over 24 uker og aktiviteten var i hovedsak gåturer, tre til fem timer i uken. Etter endt studie fant forskerne en reduksjon i antall overspisingsepisoder og i mengden mat i en slik overspisingsepisode (Levine et al., 1996).

Fossati et al. (2004) gjorde en lignende studie om overspisingslidelse og fysisk aktivitet. Her så de på forskjellene mellom kognitiv atferdsterapi alene, kognitiv atferdsterapi sammen med kostholdsveiledning og kognitiv atferdsterapi sammen med fysisk aktivitet.

De fant ut at overvektige pasienter med overspisingslidelse ikke går ned i vekt med bare kognitiv atferdsterapi. Kognitiv atferdsterapi sammen med kostholdsveiledning viste stor nedgang i vekt, mens kognitiv atferdsterapi og fysisk aktivitet viste størst effekt på vektnedgang. De fant også ut at fysisk aktivitet i behandling er den beste måten å forbedre psykiske lidelser som depresjon og angst (Fossati et al., 2004).

Bratland-Sanda et al. (2009) gjorde en studie hvor de studerte forskjeller blant 41 ulike behandlingssenheter i Norge, Sverige, Danmark og Storbritannia. De tok for seg forskningsspørsmålene 1) Er fysisk aktivitet vurdert i de ulike behandlingssenheterne? 2) Bruker behandlingssenheterne retningslinjer for å håndtere tvangspreget og overdreven trening? 3) Har behandlingssenheterne ansatte med høyere utdanning og spesialkompetanse innenfor fysisk aktivitet og trening? 4) Hvilket syn har behandlingssenheterne på bruk av fysisk aktivitet i behandlingen? 5) Er regelmessig fysisk aktivitet integrert i behandlingssprogrammet? 6) Hvordan vurderer behandlingssenheterne rollen til fysisk aktivitet i behandling av spiseforstyrrelser sammenlignet med andre psykiske lidelser?

Resultatene fra studien viste at 24 av behandlingssenheterne (60%) hadde ansatte med spesialisert kompetanse i fysisk aktivitet, blant annet treningsfysiologer og fysioterapeuter. Av behandlingssenheterne rapporterte 28 (68%) av 41 at de systematisk vurderte frekvens, type og intensitet på aktiviteten ved hjelp av selvrapporing og samtale. To av behandlingssenheterne hadde ansatte som observerte treningsatferden til pasientene. Ni behandlingssenheter (22%) målte kroppssammensetning og beinmineralitet for å vurdere bruk av fysisk aktivitet. Alle behandlingssenheterne brukte retningslinjer for å stoppe eller redusere tvangspreget trening. Retningslinjene inkluderte samtale, restriksjon fra fysisk aktivitet dersom pasienten var alvorlig undervektig og hadde dårlig somatisk helse, samt kontrakter og individuelle planer om å regulere mengden fysisk aktivitet. Av de inkluderte behandlingssenheterne var det 32 (82%) som inkluderte regelmessig fysisk aktivitet i deres behandlingssprogram. Videre rapporterte 11 enheter at pasientene fikk individuelle planer

fra en treningsfysiologi eller fysioterapeut når de var klarert for trening. Seks enheter rapporterte bruk av gruppebasert trening to ganger i uken. Typen aktivitet varierte fra turer, bowling, ballspill, ridning, styrketrening, svømming og yoga. Alle enhetene som inkluderte fysisk aktivitet i behandlingen hadde samtaler og undervisning med pasientene om forskjellen mellom tvangspreget trening og normal helsefremmende fysisk aktivitet. Alle behandlingsenhetene var enige i at fysisk aktivitet er like viktig som andre behandlingsformer.

3. Metode

Vi valgte å bruke kvalitativ metode i vår oppgave. Først undersøkte vi fagområdet uavhengig av metodevalg, og på den måten kom vi fram til at kvalitativ metode ville være gunstig for å få de svarene vi ønsket. Vi valgte å bruke kvalitativ metode fordi vi ønsket å få en større innsikt i hvordan fysisk aktivitet kan vurderes og integreres i behandling av spiseforstyrrelser. Ved å gjennomføre kvalitativt intervju kunne vi dermed få informasjon som det ellers ville vært utfordrende å få tilgang til.

Vi brukte semistrukturerte intervju, der samtalen var et verktøy hvor vi fikk innsyn i informantenes opplevelser, tanker, handlinger og følelser (Brinkmann, 2014), samt at vi som forskere fikk fleksibilitet til å forfølge innspill, stille oppfølgings spørsmål og gå enda mer i dybden (Østbye, Helland, Knapkog, & Larsen, 2013).

3.1 Utvalg og rekruttering av informanter

I følge Tjora (2012) bør valg av informanter ta hensyn til hvem som skal være i fokus i undersøkelsen, og som av ulike grunner kan uttale seg på en reflektert måte om det aktuelle temaet. Valg av informanter tok vi basert på hvem som kunne gi oss best mulig svar ut i fra vår problemstilling. Utvalgs kriteriene tok derfor sikte på at informantene jobbet med behandling av spiseforstyrrelser. Vi fant informanter selv, men fikk også tips og hjelp til å finne informanter av kontaktpersoner. Aktuelle informanter kontaktet vi gjennom e-post, telefon og personlig oppmøte, hvor vi uttrykte vårt ønske om å få til et intervju. Etter kontakt var opprettet fikk vi bekreftet informantene og avtalt intervju. Vi gjennomførte fire separate intervju av behandlere av spiseforstyrrelser med ulik fagbakgrunn hos tre ulike enheter. Vi intervjuet en spesialsykepleier, en psykologspesialist og to fysioterapeuter.

3.2 Intervju og intervjuguide

Hvilke temaer som var interessante og hva vi ønsket å undersøke var det første vi måtte overveie og tydeliggjøre ved forberedelsen av intervjuene (Brinkmann, 2014). I oppgaven vår brukte vi semistrukturerte intervju for å få et innblikk i meninger, holdninger og erfaringer (Tjora, 2012). For å strukturere intervjuene utarbeidet vi en intervjuguide med åpne spørsmål, som omhandlet behandlernes kunnskap og erfaringer rundt bruk av fysisk aktivitet og spiseforstyrrelser (vedlegg 1). Vi fikk en treningsterapeut, som jobber med spiseforstyrrelser, til å lese gjennom spørsmålene. På den måten ble vi sikrere på at spørsmålene var relevante opp mot problemstillingen. Ved å stille åpne spørsmål tillot det informantene å gå i dybden der det ble naturlig, og det åpnet opp for en friere samtale rundt de aktuelle temaene. Tjora (2012) skriver at digresjoner fra informantens side kan føre til at en kommer inn på viktige og relevante temaer eller momenter, som ikke var tenkt ut på forhånd. Semistrukturerte intervju ga oss som forskere en større mulighet til å delta i selve prosessen (Brinkmann, 2014), der spørsmål som ikke var med i intervjuguiden, men som oppsto naturlig i samtalene ble stilt.

Ettersom informantene våre hadde ulik fagbakgrunn og ulike erfaringer ble ikke alle spørsmålene relevant å stille underveis i intervjuene. Vi valgte å beholde intervjuguiden slik den var, men heller tilpasse spørsmålene etter informantenes kunnskap og erfaring rundt fysisk aktivitet. Tjora (2012) skriver at man ofte oppdager at forholdene er ulike fra hva en hadde sett for seg, og at man må innstille seg på å endre prosjekt, idéer og handlinger idet man møter feltet for første gang.

Intervjuene ble gjennomført på behandlernes arbeidsplasser da vi ønsket å gjennomføre intervjuene ansikt til ansikt. Intervju som gjennomføres ansikt til ansikt vil i følge Brinkmann (2014) dra fordel av å kunne lese informantens kroppsspråk og skape en bedre forståelse og sammenheng i hva som blir sagt. I følge Tjora (2012) vil det å etablere en trygghet med et spesifikt mål og å skape en avslappet stemning være viktige forutsetninger for å lykkes med gode intervju. Under intervjuene var vi begge tilstede og hadde separate oppgaver. Den ene ledet intervjuet og den andre hadde ansvar for at intervjuet ble tatt opp med diktafon. Intervjuene hadde en varighet på 30 til 60 minutter, der vi opplevde forstyrrelser i to av de fire intervjuene.

3.3 Transkripsjon

Å transkribere vil si å oversette fra et medium til et annet, og en bør tenke gjennom hvordan en vil transkribere tidlig i prosessen (Brinkmann, 2014). Transkripsjonen ble gjennomført kort tid etter hvert intervju, hvor den som ledet intervjuet også gjorde en fullstendig transkripsjon av materialet. Ved å gjøre transkripsjonen selv vil en i følge Richards (2009) med all sannsynlighet lære mye, ved å høre intervjuet på nytt og legge merke til detaljer en husket feil i etterkant. Det er ingen gylden standard for transkripsjon (Brinkmann, 2014), og det må vurderes om det er aktuelt å bruke dialekter eller normalisere transkripsjonen (Tjora, 2012). Vi valgte først å transkribere ordrett og på dialekt slik at vi kunne være observant på spesielle dialektord som ifølge Tjora (2012) kan ha en særegen betydning. Vi valgte senere å skape orden i rotete ytringer ved å fjerne utropsord og pauser (Brinkmann, 2014), og anonymisere informasjonen ved å skrive intervjuene på bokmål (Tjora, 2012).

3.4 Analyse

Analysen vår tok utgangspunkt i de transkriberte tekstene der vi startet med å sortere og bearbeide informasjonen vi hadde innhentet under selve intervjuene. For å gjøre analysearbeidet mest mulig effektivt og systematisk sammenlignet vi intervjuene opp mot hverandre, og markerte tekst som var relevant for problemstillingen. Vi markerte også aktuelle utsagn til å ha med i diskusjonsdelen, samt så på om innholdet i intervjuene samsvarte med hverandre og relevant teori. I følge Richards (2009) vil målet være å lære fra innhentet data ved å gjennomgå de ekstraherte dataene helt til en ser og forstår mønster og forklaringer. For å tydeliggjøre likheter og ulikheter i tekstene brukte vi ulike farger til å kategorisere ulike tema. På den måten fikk vi samlet informasjonen bedre og sørget for en bedre oversikt på innholdet i tekstene. Tema som overlappet flere kategorier ble fargekodet deretter. Etter vi hadde gjennomgått tekstene flere ganger fjernet vi det som ikke var relevant for problemstillingen og komprimerte tekstene. På den måten fikk vi en bedre oversikt til å jobbe videre med oppgaven. I studien kan potensielt alt være data, i hvert fall til en vet at det ikke er relevant for oppgavens problemstilling. I følge Richards (2009) er det derfor viktig å ta seg bryet med å gi kategoriene klare og entydige navn. I analysen kom vi fram til to hovedkategorier, "Vurderinger" og "Fysisk aktivitet i behandling". Vi valgte å ta med subkategoriene "Somatisk helse" og "psykisk helse" under "Vurderinger", for å skape en bedre oversikt i resultat- og diskusjonsdelen.

3.5 Troverdighet av studien

Gyldighet kan vi knytte til om de svarene vi finner i vår forskning, faktisk er svar på de spørsmålene vi forsøker å stille (Tjora, 2012). Vi valgte å bruke diktafon til å ta opp intervjuene, ettersom dette ville kunne styrke påliteligheten til studien vår, da det ga oss muligheten til å legge fram direkte sitater, slik informantene la det fram. Dessuten kunne vi som forskere fokusere på hva som ble sagt, ord for ord (Østbye et al., 2013). Ettersom vi har et positivt syn på fysisk aktivitet måtte vi være bevisst på hvordan dette kunne prege forskningsarbeidet. Dette tok vi hensyn til ved at vi stilte åpne spørsmål i intervjuene, og ved at vi sammenlignet svarene opp mot hverandre i analyseprosessen. Informantene våre var fagpersoner, med ulik ekspertise, som til daglig jobbet med spiseforstyrrelser, derfor så vi på dem som troverdige og aktuelle for vår oppgave.

3.6 Etikk

Tillit, konfidensialitet, respekt og gjensidighet vil prege kontakten vi har med våre informanter, og vanlig høflighet er et godt utgangspunkt for etisk god forskning (Tjora, 2012). Før selve intervjuet signerte informantene en samtykkeerklæring (vedlegg 2) der vi informerte om formål og bakgrunn for studien, i tillegg til informasjon om deres rettigheter som deltaker (WMA, 2013). Det var ikke nødvendig å søke om tillatelse hos Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) eller Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i forkant av intervjuene. Dette begrunnes ut i fra at informantene i studien vår ikke kan identifiseres da informasjonen vi innhentet var generell. Spørsmålene var ikke personlige og vi hentet ikke inn sensitive opplysninger om enkeltpersoner.

4.Resultat og diskusjon

Hensikten med oppgaven var å finne ut hvordan fysisk aktivitet kan vurderes og integreres i behandling av spiseforstyrrelser. Vi ønsker å få fram hvilke erfaringer ulike behandlere har rundt vurderinger og bruk av fysisk aktivitet i behandling. Vi vil derfor strukturere dette kapitlet med overskrifter som: Vurderinger, Somatisk helse, Psykisk helse og Fysisk aktivitet i behandling. I diskusjonen presenterer vi utsagn fra behandlerne vi intervjuet og knytter det opp mot teorien.

4.1 Vurderinger

Regelmessig fysisk aktivitet er viktig i både forebygging og behandling av somatiske og psykiske lidelser. Cook et al. (2016) presiserer at det kreves spesifikk kunnskap relatert til trening, psykologi og ernæring i behandling av spiseforstyrrelser. Et tverrfaglig team bør derfor bestå av eksperter innen trening, ernæring, mental helse, medisin og fysioterapi. Alle behandlerne vi intervjuet i denne studien tilhørte et slikt tverrfaglig team, hvor de hadde ulike roller innad i teamene. Likevel bemerket vi oss at teamene var ulike og enkelte manglet ansatte med spesifikk ekspertise innen områdene trening, ernæring eller fysioterapi. En av enhetene manglet ekspertise innen trening og to av tre enheter manglet eksperter innen fysioterapi. Alle teamene hadde fagansatte innen mental helse og medisin, derimot hadde ingen av teamene ernæringsfysiologer.

I følge Hay et al. (2014) bør pasienter med spiseforstyrrelser klareres av medisinsk behandlingsansvarlig for å kunne delta i fysisk aktivitet. Det er rimelig å si at den medisinske evalueringen bør inkludere både somatisk og psykisk status hos pasienten. Sett i et slikt lys kan pasienter med spiseforstyrrelser ha svært ulik alvorlighetsgrad i forhold til både somatisk og psykisk helse, og utredningen bør derfor ta hensyn til dette (Bratland-Sanda, 2012). Ut i fra det vi har sett hos informantene våre tyder det på at en tidlig kartlegging av somatisk og psykisk status hos pasientene står sentralt i helhetsvurderingen av å kunne integrere fysisk aktivitet i behandlingen.

4.1.1 Somatisk helse

Medisinske komplikasjoner kan ramme alle kroppens organsystemer, så viktigheten av å evaluere og behandle disse komplikasjonene bør vektlegges hos pasienter med spiseforstyrrelser (Pomeroy, 2001), ettersom de i verste fall kan gi dødelig utfall (Skårderud, 2013). Det kan være nyttig med en grundig evaluering av medisinske komplikasjoner hvor nåværende risikonivå kartlegges, etterfulgt av en adekvat oppfølging for å oppnå en suksessfull behandling. Dersom de medisinske komplikasjonene er sekundære til underernæring, må en effektiv behandling alltid inkludere regelmessig og adekvat næring. På lignende vis, hvis de medisinske komplikasjonene er en følge av tømmingsatferd eller andre atferdsmønstre, er det viktig å adressere nødvendige tiltak også her (Hay et al., 2014). Ettersom det er evidens for økt risiko for medisinske komorbiditeter assosiert med overvekt bør en slik undersøkelse inneholde målinger av vekt, høyde, kalkulering av BMI, pulsmålinger og blodtrykk. For pasienter som er undervektige bør det også tas målinger av temperatur i følge Hay et al. (2014).

Den psykiske helsen kan ofte dominere hvordan spiseforstyrrelsen presenterer seg, og i den forbindelse er det derfor avgjørende at pasientens fysiske status også tas hensyn til i behandling. I intervjuene våre presiserer behandlerne hva som vurderes i den somatiske kartleggingen, og mye tyder på at det var store likheter blant enhetene:

”Kartlegging av den somatiske helsen, ja, det er jo noe som legen gjør. De har en somatisk undersøkelse hvor det tas blodprøver med ulike måleparametere. For de alvorligst syke tas det EKG, men det er ikke noe alle pasientene trenger å gjøre. Alle pasientene tar beintetthetsmålinger, og det tror jeg er de somatiske undersøkelsene som tas”.

- Fysioterapeut A.

I alle intervjuene fremhever behandlerne at det kun tas elektrokardiogram (EKG) ved behov, men på den andre siden hevder Pomeroy (2001) at de fleste pasienter med en spiseforstyrrelse bør ta EKG. Hun vektlegger at dette er spesielt viktig blant anorektikere med svært lav vekt, bulimikere med flittig tømmingsatferd eller som misbruker andre medisiner, og hos personer med overspisingslidelse med signifikant fedme. Det er for så vidt ikke uvanlig at personer med overspisingslidelse utvikler forskjellige typer hjerte- og karsykdommer, og hjerterytmeforstyrrelser er heller ikke uvanlig hos undervektige pasienter. Dessuten presiserer Hay et al. (2014) viktigheten av å notere seg at pasienter kan rapportere at de føler seg vel, selv om risikoen for hjerteinfarkt er høy. Elektrolyttubalanse er en vanlig konsekvens av tømmingsatferden hos bulimikere, og dette kan i verste fall føre til hjerterytmeforstyrrelser og hjertestans under fysisk aktivitet (Bratland-Sanda, 2012). Dessuten er sikkerhet primærinteressen når fysisk aktivitet skal integreres i behandling, og alle forebyggende tiltak må derfor tas for å unngå skade som følge av medisinske komplikasjoner (Cook et al., 2016).

I likhet med hva som nevnes av Hay et al. (2014), kommer det fram i intervjuene at det blir tatt målinger av vekt, høyde og BMI i tillegg til blodprøver og beintetthetsmålinger. Alle behandlerne vektlegger at en BMI under 17 vil være en grenseverdi på om pasienten skal frarådes å være i fysisk aktivitet. Dersom kroppsvekten og BMIen normaliseres sier de seg enig i at fysisk aktivitet kan være bra. Derimot hevder Bratland-Sanda (2012) at alt for mange behandlere bruker kroppsvekt og BMI som et mål på om pasienten kan trene eller være i aktivitet, men det er viktig at hele den somatiske og psykiske statusen tas i betraktning.

4.1.2 Psykisk helse

Spiseforstyrrelser er, som vi viser til i teorien, psykiske lidelser hvor en opplever vansker med å forholde seg til mat, kropp, tanker og følelser. I den forbindelse bør derfor hovedmålene i behandling være å normalisere spiseatferd, vekt, kroppsopplevelse og selvfølelse. Videre vil en bevisstgjøring rundt de underliggende tankeprosessene som vedlikeholder lidelsene, og en hensiktsmessig håndtering av de følelsesmessige problemene pasientene har, være viktig (Martinsen, 2011):

”Det som er så problematisk er at det å ha en spiseforstyrrelse gir så mange symptomer som kan sammenfalle med andre psykiske lidelser som angst og depresjon. Så det å begynne og diagnostisere noen når de er undervektige kan gi feil diagnose. Så vi prøver så langt det er mulig å jobbe med spiseforstyrrelsen og når den er ferdigbehandlet så er det helt utrolig hvor mye som faller bort. Andre ganger er det noe som gjenstår og det må kartlegges”.

- Fysioterapeut B.

Statens helsetilsyn (2000) argumenterer for at lav vekt og dårlig somatisk helse kan vanskeliggjøre klinisk vurdering av psykisk komorbiditet, og en skal derfor være forsiktig med å diagnostisere psykiske lidelser før vekten normaliseres og somatiske symptomer er stabilisert. I tillegg påpeker Hay et al. (2014) viktigheten av å adressere enhver komorbid tilstand og utarbeide en individualisert behandlingsplan deretter. I tre av fire intervju fremhevet behandlerne at de vektla å jobbe med spiseforstyrrelsen før eventuelle symptomer på andre psykiske lidelser. På den andre siden fremhevet psykologspesialisten at den psykiske helsen kom først. Videre fortalte behandleren at hun alltid begynner med symptomer som angst og depresjon, og at hun prøver å tenke langsiktig. Hun gjennomførte samtaler med pasientene hvor hun prøvde å kartlegge hva som trigget problemet, og enkelte ganger ga hun medisiner for å dempe det verste. Videre vektla hun at hun var svært forsiktig med å sende pasienter ut i trening, dersom det var tegn til alvorlige personlighetsforstyrrelser hvor det var mye fokus på kropp, utseende og selvbilde.

For å kunne tilrettelegge en god behandling kan det derfor være svært nyttig å forstå hvilke symptomer som kommer først. Enkelte ganger er spiseforstyrrelser en følgetilstand av andre psykiske lidelser. Andre ganger ser vi en primær spiseforstyrrelse som etter hvert leder til en rekke andre psykiske symptomer. Dersom spiseforstyrrelsen er en følgetilstand av andre psykiske lidelser kreves det et eget terapeutisk fokus. Dersom pasienten for eksempel har angstsymptomer vil pasienten trenge et opplegg spesielt tilpasset angstlidelsen. Dette må skje før eller parallelt med at spiseforstyrrelsen blir behandlet (Røer, 2009). I likhet med tre av våre informanter hevder Røer (2009) at de psykiske lidelsene sannsynligvis vil forsvinne når spiseforstyrrelsen går over, dersom de er en følgetilstand av spiseforstyrrelsen.

4.2 Fysisk aktivitet i behandling

Fysisk aktivitet har flere helsefremmende effekter som er godt dokumentert. Likevel kan fysisk aktivitet være en del av sykdomsbildet for personer med spiseforstyrrelser, da de ofte har et tvangspreget eller overdrevent forhold til fysisk aktivitet. På den andre siden er det personer med spiseforstyrrelser som er fysisk inaktive. Forslaget om å inkludere fysisk aktivitet i behandling har derfor vært mye omdiskutert til tross for at flere studier viser at tilpasset fysisk aktivitet kan være gunstig, så lenge pasientene er medisinsk klarert (Carei et al., 2010; Cook et al., 2016; Hausenblas et al., 2008).

I studien til Bratland-Sanda et al. (2009) viste det seg at 31 av 41 behandlingssenheter hadde integrert fysisk aktivitet i behandlingen, og alle 41 behandlingssenheter var enige om at fysisk aktivitet er like viktig som andre behandlingsformer. Blant de behandlerne vi intervjuet var alle sammen positive til bruk av fysisk aktivitet i behandling:

”Altså jeg tenker at fysisk aktivitet i behandlingen er bra. Det er ikke noe motstridende å drive med fysisk aktivitet i forhold til behandlingsløpet når det gjelder spiseforstyrrelser. Men dersom undervekten er av alvorlig grad så anbefaler vi at den fysiske aktiviteten reduseres ganske totalt.”

- Spesialsykepleier

Samtidig har Martinsen (2011) ingen tro på at det er lurt å nekte pasienten all trening, siden noe bevegelse er nødvendig for at kroppens funksjoner skal opprettholdes. For pasienter med sykelig lav kroppsvekt vil en reduksjon av aktiviteter være viktig. Disse pasientene oppfordres vanligvis til å trene med lav intensitet i korte økter i følge Martinsen (2011). Fysioterapeut A fortalte at dersom pasienten var alvorlig undervektig skulle pasienten frarådes trening, i likhet med hva spesialsykepleieren sa. Når det kom til fysisk aktivitet, som hun presiserte at kunne være å ta seg en rusletur eller bade i et basseng, kunne pasientene få lov til det. I likhet med dette fortalte fysioterapeut B at når man har en spiseforstyrrelse får man ofte et destruktivt forhold til fysisk aktivitet, så det å jobbe med det i behandling er svært viktig. I den forbindelse skal man ikke tenke at pasienter med spiseforstyrrelser ikke skal trene, fordi det å bevege seg er viktig.

Man kan også hevde at fysisk aktivitet i behandling kan fremme samarbeid og gi pasientene en opplevelse av mestring. Skårderud (2013) argumenterer for at fysisk aktivitet er handling, som i den forbindelse kan være en tryggere ramme for samarbeid. I tillegg tyder det på at økt fysisk aktivitet kan være en motivasjon for å bedre energiinntaket for de som er underernært, ved å tillate det i behandling i takt med vektøkning. For det andre har studier vist at fysisk aktivitet er gunstig for personer med overspisingslidelse, ettersom det kan skje en reduksjon i antall overspisingsepisoder og i mengden mat i en slik episode (Fossati et al., 2004; Levine et al., 1996). Tvangspreget og overdreven trening er ofte vanlige symptom blant personer med spiseforstyrrelser, og på grunnlag av dette sier psykologspesialisten at det er svært positivt med fysisk aktivitet integrert i behandlingen, slik at det blir satt inn i mer normale former.

I følge Bratland-Sanda (2012) bør behandlerne jobbe med å normalisere forholdet til fysisk aktivitet til pasienter med et tvangspreget eller overdrevent forhold til fysisk aktivitet. Dette kan gjøres på forskjellige måter, men Bratland-Sanda (2012) anbefaler å lage en individuell plan om redusert treningsvolum og legge til rette for restitusjon. Det var ulike meninger blant behandlerne om hvordan de jobbet med å normalisere forholdet til trening:

”Dersom pasienter har et veldig tvangspreget forhold til fysisk aktivitet kan det være bra i en kortere periode å redusere aktiviteten eller være helt inaktiv, bare for å kjenne den angstkurven øke, men går bort igjen og at det går an å leve uten å alltid måtte bevege seg”
- Fysioterapeut B

Dette støttes opp av Martinsen (2011) som har tro på en gradvis reduksjon i treningen slik at pasientene kan oppleve at kroppen klarer seg uten de voldsomme treningsmengdene. På den andre siden fremhever Bratland-Sanda (2012) at det ikke er noen grunn til å hindre deltakelse i fysisk aktivitet for pasienter som har et tvangspreget forhold til det, ettersom det i flere studier har vist at tilpasset fysisk aktivitet ikke vil ha en skadelig effekt på denne pasientgruppen. Dessuten presiserer Cook et al. (2016) i sine retningslinjer at forsiktig og gradvis økning i fysisk aktivitet er dominerende i en suksessfull behandling der fysisk aktivitet er integrert. Videre hevder Cook et al. (2016) at små mengder av lavintensitets- aktiviteter bør vektlegges.

Fysioterapeut A fortalte at hun hadde samtaler med pasientene hvor de kom fram til felles mål. Pasienten fikk selv velge aktivitet og deretter laget de en plan sammen på hvordan pasienten kunne redusere aktiviteten, både varighet og intensitet. Videre fikk pasienten selv prøve det ut. Etterpå evaluerte de hvordan det gikk og enkelte ganger måtte det gjøres justeringer på blant annet varighet og intensitet. Videre ser vi at dette støttes opp av retningslinjene til Cook et al. (2016), der det presiseres at en skriftlig kontrakt med detaljerte regler for treningsprogram, mål, utfall, forventninger og muligheter for progresjon og regresjon av fysisk aktivitet, er noe som bør lages i samarbeid med pasienten. Dessuten fremhever Bratland-Sanda (2012) at endring av type aktivitet, reduksjon av varighet eller intensitet er noe pasienten selv bør få ha innflytelse på.

Dersom treningen ikke er overvåket av en behandler er det viktig at treningsprogrammet er strukturert, gradert og fleksibelt, og det er spesielt viktig med oppfølging. Uten struktur i programmet kan pasienten ende opp med å trene på måter som kan være skadelige. Mangel på gradering kan føre til at pasienten, da spesielt pasienter med anorexia nervosa, trener med svært høy intensitet noe som vil resultere i ytterligere vekttap. Flexibilitet og oppfølging er viktig for å følge med på pasientens fremgang samt for å justere og gjøre

endringer, dersom det er behov for det (Thien, Thomas, Markin, & Birmingham, 2000). I motsetning til dette fortalte spesialsykepleieren at de ikke jobbet mye med å endre selve forholdet til fysisk aktivitet og trening før i slutten av behandlingsopplegget da treningsavhengighet er et alvorlig symptom som vil kunne øke faren for tilbakefall. Vi kunne tyde en forskjell på hvordan fysioterapeutene og psykologspesialisten jobbet med å normalisere forholdet til trening. Alle behandlerne benyttet seg av samtaler, men psykologspesialisten fortalte at når trening var blitt en avhengighet, gikk det litt under samme mønster som avhengighet til for eksempel rus, tabletter eller alkohol. Det å bryte opp dette tvangsmønsteret var en svært viktig behandlingsform hun jobbet mye med under samtalene med pasientene. Derfor fikk vi et inntrykk av at hun jobbet noenlunde på samme måte med dette som ved for eksempel avhengighet til rus og alkohol.

Når det gjelder integrering av fysisk aktivitet i behandling, kan det være nyttig å ta i betraktning at flere av de medisinske komplikasjonene har stabilisert seg før pasientene begynner på et treningsprogram. Likevel har noen komplikasjoner en lengre varighet, som kan påvirke utformingen av dette programmet. Med grunnlag i dette fremhever Snow (2001) at det derfor er nødvendig med individualiserte program utformet av det tverrfaglige teamet, der det er utført en helhetsvurdering av pasienten. På den andre siden så vi hos informantene våre at det kun var én av fire enheter som hadde integrert fysisk aktivitet fastsatt i behandling, selv om det var felles enighet om viktigheten av fysisk aktivitet hos denne pasientgruppen. Vi spurte behandlerne vi intervjuet om hvordan de kunne integrere fysisk aktivitet i behandling. Ut i fra den informasjonen vi har innhentet tyder det på at det er flere ulike måter å integrere fysisk aktivitet på, ettersom det ikke eksisterer en klar fasit. Fysioterapeut A fortalte:

"Når det kommer til fysisk aktivitet i behandling setter jeg ikke i gang store opptreningsprosjekter her i avdelingen for da blir det vanskelig å overføre det til livet utenfor, når de ikke lenger er innlagt her. Så jeg snakker mye med pasientene og spør hva de tenker og hva de har mest lyst til å drive med så begynner vi å planlegge deretter."

På den andre siden fortalte fysioterapeut B at pasienter med spiseforstyrrelser kan ha nytte av å trene sammen med andre. Pasientene kan finne hverandre i et fellesskap og dette kan bidra til å ha en regulerende effekt på intensitetsstyringen. Fysioterapeut B sa videre at de tidligere hadde treningstilbud i form av gruppetrening integrert i behandlingen. Da hadde de gruppetrening to dager i uken hvor målet var å vise variasjon og fremme lystbetont trening. Fysisk aktivitet, som vi viser til i teorien, kan være alt fra trening, idrett, mosjon, husarbeid, lek og friluftsliv. I den forbindelse hevder Martinsen (2011) at aktivitetene godt kan være sosiale og lystbetont. Fellesaktiviteter med lav intensitet som for eksempel lek, ballspill og felles turer kan være aktiviteter som egner seg godt for denne gruppen, siden lekpregede aktiviteter kan fremme gode opplevelser og spontanitet. Fysioterapeut B fortalte at en måte de integrerte fysisk aktivitet på var at pasientene gikk tur med et engangskamera slik at de skulle være mer opptatt av det som skjedde rundt seg istedenfor å tenke på å måtte gå fortest mulig og forbrenne mest mulig kalorier. Martinsen (2011) fremhever at lystbetonte og morsomme aktiviteter, og aktiviteter som får tankene bort fra sykdommen er å foretrekke.

Da vi spurte spesialsykepleieren om hvilke tanker hun hadde rundt valg av aktivitet fortalte hun at yoga, styrke og utholdenhet var å anbefale, men kanskje i mindre grad utholdenhet fordi det provoserer mer fram fokuset på vekttap og forbrenning. Under behandling av personer med spiseforstyrrelser vil ikke Bratland-Sanda (2012) anbefale høyintensiv aerob trening. På den andre siden finnes det en rekke ulike aktiviteter som gir god utholdenhet, som for eksempel fjellturer, padling, lekbasert utholdenhet og hinderløyper (Bratland-Sanda, 2012). Videre ser vi i retningslinjene til Cook et al. (2016) at mengden trening i form av styrke eller utholdenhet bør skreddersys etter pasientens somatiske og psykiske status.

For undervektige pasienter som er klarert for å kunne være i fysisk aktivitet, vektlegger Snow (2001) at et treningsprogram kan inkludere bevegelsestrening og mer styrke enn utholdenhet. Dersom styrke og bevegelsestrening prioriteres vil energiforbruket trolig være lavere enn ved utholdenhetstrening, og denne treningsformen kan bidra til å øke beinmineraltettheten i tillegg til å øke fettfri masse, som igjen kan resultere i vektøkning. Styrketrening vil i flere tilfeller også ta bort fokuset fra de tvangspregede aktivitetene som ofte er drevet av høy intensitet. Videre hevder Snow (2001) at motstanden pasienten trener

med avhenger av status før oppstart, og at det er nødvendig med forsiktighet for å redusere risikoen for tretthetsbrudd.

Situasjonen for de pasientene som er overvektige er litt annerledes, her vil målet være vektnedgang og vektkontroll. Her kan det være nyttig å vektlegge utholdenhetsaktiviteter fremfor styrketrening, selv om begge er viktige. I den forbindelse vil aktiviteter som gåing, sykling, svømming eller vannaerobic være aktuelt. Målene til pasienten bør være av en oppnåelig grad, for å oppmuntre og motivere til kontinuitet. Snow (2001) spesifiserer også at gruppeaktivitet vil være til nytte her i likhet med våre informanter.

De normalvektige pasientene derimot anbefales en kombinasjon av utholdenhet, styrke og bevegelsestrening der målet vil være å oppnå forbedret kondisjon, styrke og beholde en stabil og normal vekt (Snow, 2001). Slik vi ser anbefaler Snow (2001) ulike mengder utholdenhets-, styrke- og bevegelsestrening tilpasset de ulike spiseforstyrrelsene. I motsetning til dette ser vi hos informantene våre at de heller fokuserte på at pasientene skulle finne tilbake til noe de synes var gøy før de ble syke. Fysioterapeut A fortalte:

”Jeg prøver å hjelpe de med å finne tilbake til noe de synes har vært gøy før de ble syke. For pasienter med overspisingslidelser, er det ofte skammen som stopper de fra å være fysisk aktive. For de som tvangstrener er det viktig å skille mellom hva som er tvang og hva som er lystbetont. Men så er det noen pasienter som tenker at de må stoppe aktiviteten de holder på med og er nødt til å finne en ny aktivitet, og da gå tilbake til noe de synes var gøy før de ble syke. Men det er også mange som begynner med helt nye ting. Men det er ikke noen aktiviteter jeg anbefaler fremfor annet, jeg prøver å finne det fra pasientene – hva er det de selv har lyst å drive på med.”

Dette var også spesialsykepleieren enig i. Hun mente at dersom pasientene hadde vært delaktig i en idrett før, for eksempel fotball, ridning eller cheerleading ville det være bra å få de tilbake der de var, fordi mange av pasientene med spiseforstyrrelser ofte isolerer seg. Slik at dersom pasienten prøver ut aktiviteter de likte før de ble syke, vil det ikke bare være bra for selve treningen og den fysiske aktiviteten, men også for den sosiale biten. Så målet til

spesialsykepleieren og fysioterapeutene var å få pasientene til å komme tilbake til der de var før.

4.3 Styrker og svakheter med studien

I etterkant av intervjuene og hele forskningsprosessen sitter vi igjen med noen tanker rundt informasjonen vi har innhentet. Vi har kommet fram til at vi kunne fått en enda dypere innsikt og forståelse i de somatiske undersøkelsene og vurderingene som gjøres, dersom vi hadde intervjuet en lege fra et tverrfaglig team som jobber med spiseforstyrrelser. Videre var det kun én av de tre enhetene vi intervjuet som hadde integrert fysisk aktivitet i behandlingen. Her var det en treningsterapeut som hadde ansvaret for å strukturere den fysiske aktiviteten. Dersom vi hadde fått ett innblikk i erfaringer og vurderinger fra denne behandlerens rolle, kunne vi fått et enda større innblikk i hvordan fysisk aktivitet kan integreres i behandling av spiseforstyrrelser. En annen utfordring med studien vår var å få fram ulike vinklinger på hvordan fysisk aktivitet kan vurderes og integreres i behandling fordi teamene viste seg å ha veldig like meninger og det var ikke store forskjeller fra hva faglitteratur tilsier. Likevel vil vi påstå at studien vår er troverdig, ettersom vi intervjuet fire ulike behandlere med ekspertise på området. Vi hadde mye informasjon å sammenligne i etterkant av intervjuene og det kom tydelig fram at de tverrfaglige teamene hadde flere likheter enn ulikheter. Likevel opplevde vi en forskjell på behandlerens tankegang ut i fra hvilken fagbakgrunn de hadde.

5. Konklusjon

I denne studien undersøkte vi hvordan fysisk aktivitet kan vurderes og integreres i behandling av spiseforstyrrelser. I tillegg ønsket vi å finne ut hvilke erfaringer de ulike behandlerne hadde rundt behandling av spiseforstyrrelser. For å kunne svare på dette, intervjuet vi fire behandlere med ulik fagbakgrunn, en spesialsykepleier, en psykologspesialist og to fysioterapeuter.

Ut ifra undersøkelsene våre konkluderer vi med at det er store likheter blant de tverrfaglige teamene. Derimot kunne vi enkelte ganger se ulikheter basert på behandlernes faglige bakgrunn. Videre ser vi at det gjennomføres en somatisk og psykisk kartlegging av pasientene tidlig i behandling der målet er å få en helhetsvurdering av pasientens somatiske og psykiske status. Vi ser at behandlerne har ulike tilnærminger i starten, i forhold til hva som vektlegges mest av somatisk og psykisk status hos pasienten. Spesialsykepleieren og fysioterapeutene fokuserer på maten og selve spiseforstyrrelsen, mens på den andre siden er psykologspesialisten tydelig på at den psykiske helsen kommer først.

Til tross for at kun én enhet hadde integrert fysisk aktivitet som en del av behandlingen, så vi at alle behandlerne var positive til bruk av fysisk aktivitet. Derimot så vi at de enhetene som ikke hadde fysisk aktivitet integrert i behandling jobber mye systematisk med fysisk aktivitet gjennom samtaler med pasienten.

Gjennom undersøkelsene våre konkluderer vi med at individuelle mål og tilpasset treningsprogram i samarbeid med pasienten er viktig når fysisk aktivitet utføres på egenhånd, og skal integreres som en del av behandlingen. Behandlerne presiserte også at fysisk aktivitet integrert i form av gruppeaktiviteter ville ha en positiv effekt på det sosiale aspektet som kan være en utfordring hos personer med spiseforstyrrelser, da de ofte isolerer seg. I den forbindelse kan lystbetonte og lekpregede aktiviteter være gunstig ettersom dette bidrar til å dempe fokuset på det som pasienten tidligere har opplevd som problematisk og vanskelig i forbindelse med aktivitet.

Vi vil konkludere med at det ikke er noen klar fasit på hvordan fysisk aktivitet kan integreres i behandling. Vi har gjennom våre undersøkelser kommet fram til at en helhetlig vurdering av somatisk og psykisk status vil være nødvendig for å kunne strukturere og tilpasse fysisk aktivitet til hver enkelt pasient. Avslutningsvis har vi gjennom vår studie sett et behov for mer forskning vedrørende bruk av fysisk aktivitet, som en egen behandlingsform av ulike typer spiseforstyrrelser.

6.Referanseliste

- Bratland-Sanda, S. (2012). *Fri! : fysisk aktivitet i behandling av spiseforstyrrelser*. Bergen: Rådgiving om spiseforstyrrelser.
- Bratland-Sanda, S., Rosenvinge, J., Vrabel, K., Norring, C., Sundgot-Borgen, J., Rø, Ø., & Martinsen, E. (2009). Physical activity in treatment units for eating disorders: Clinical practice and attitudes. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 14(2-3), e106-e112.
- Brinkmann, S. (2014). *Det kvalitative interview*. København: Hans Reitzels forlag.
- Calogero, R. M., & Pedrotty, K. N. (2004). The Practice and Process of Healthy Exercise: An Investigation of the Treatment of Exercise Abuse in Women with Eating Disorders. *Eating Disorders*, 12(4), 273-291. doi: 10.1080/10640260490521352
- Carei, T. R., Fyfe-Johnson, A. L., Breuner, C. C., & Brown, M. A. (2010). Randomized Controlled Clinical Trial of Yoga in the Treatment of Eating Disorders. *Journal of Adolescent Health*, 46(4), 346-351. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.08.007
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. *Public Health Reports (1974-)*, 100(2), 126-131.
- Cook, B. J., Engel, S., Crosby, R., Hausenblas, H., Wonderlich, S., & Mitchell, J. (2014). Pathological motivations for exercise and eating disorder specific health-related quality of life. *International Journal of Eating Disorders*, 47(3), 268-272. doi: 10.1002/eat.22198
- Cook, B. J., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E., Thompson, R. O. N., Sherman, R., & McCallum, K. (2016). Exercise in Eating Disorders Treatment: Systematic Review and Proposal of Guidelines. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 48(7), 1408-1414.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., & Marchesini, G. (2008). Compulsive exercise to control shape or weight in eating disorders: prevalence, associated features, and treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 49(4), 346-352. doi: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.12.007>
- Duesund, L., & Skårderud, F. (2003). Use the Body and Forget the Body: Treating Anorexia Nervosa with Adapted Physical Activity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8(1), 53-72. doi: 10.1177/1359104503008001007
- Fernandez-del-Valle, M., Larumbe-Zabala, E., Villaseñor-Montarroso, A., Cardona Gonzalez, C., Diez-Vega, I., Lopez Mojares, L. M., & Perez Ruiz, M. (2014). Resistance training enhances muscular performance in patients with anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 601-609.
- Fossati, M., Amati, F., Painot, D., Reiner, M., Haenni, C., & Golay, A. (2004). Cognitive-behavioral therapy with simultaneous nutritional and physical activity education in obese patients with binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(2), 134-138.
- Giordano, S. (2010). *Exercise and eating disorders: An ethical and legal analysis*: Routledge.
- Gümmer, R., Giel, K. E., Schag, K., Resmark, G., Junne, F. P., Becker, S., . . . Teufel, M. (2015). High Levels of Physical Activity in Anorexia Nervosa: A Systematic Review (Vol. 23, s. 333-344).
- Haskell, L. W., Lee, R. I. M., Pate, E. R., Powell, N. K., Blair, A. S., Franklin, A. B., . . . Bauman, D. A. (2007). Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart

- Association. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 39(8), 1423-1434. doi: 10.1249/mss.0b013e3180616b27
- Hausenblas, H. A., Cook, B. J., & Chittester, N. I. (2008). Can Exercise Treat Eating Disorders? *Exercise & Sport Sciences Reviews*, 36(1), 43-47.
- Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., . . . Ward, W. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(11), 977-1008. doi: 10.1177/0004867414555814
- Helsedirektoratet. (2016). *Anbefalinger fysisk aktivitet*. fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-fysisk-aktivitet>
- Jansson, E., & Anderssen, S. (2009). Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet. I: Bahr R redaktør. *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Krantz, M. J., Gaudiani, J. L., Johnson, V. W., & Mehler, P. S. (2011). Exercise Electrocardiography Extinguishes Persistent Junctional Rhythm in a Patient with Severe Anorexia Nervosa. *Cardiology*, 120(4), 217-220. doi: 10.1159/000335481
- Levine, M. D., Marcus, M. D., & Moulton, P. (1996). Exercise in the treatment of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 19(2), 171-177. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199603)19:2<171::AID-EAT7>3.0.CO;2-K
- Martinsen, E. W. (2000). Fysisk aktivitet for sinnets helse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 120(25), 3054-3056.
- Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn : fysisk aktivitet - psykisk helse - kognitiv terapi* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., & Owen, C. (2006). An update on the definition of "excessive exercise" in eating disorders research. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 147-153. doi: 10.1002/eat.20214
- Pedersen, B. K., & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases (Vol. 25, s. 1-72).
- Pomeroy, C. (2001). Medical Evaluation and Medical Management. I E. M. James (Red.), *The Outpatient Treatment of Eating Disorders: A Guide for Therapists, Dietitians, and Physicians* (NED - New edition utg., s. 306-348): University of Minnesota Press.
- Richards, L. (2009). *Handling qualitative data : a practical guide* (2nd ed. utg.). Los Angeles: Sage.
- Richardson, C. R., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G. S., Hutchinson, D. S., & Piette, J. D. (2005). Integrating Physical Activity Into Mental Health Services for Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 56(3), 324-331. doi: 10.1176/appi.ps.56.3.324
- Rør, A. (2009). *Spiseforstyrrelser : symptomforståelse og behandlingsstrategier* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skårderud, F. (2013). *Sterk, svak : håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug.
- Snow, L. (2001). Exercise in the Treatment of Eating Disorders. I E. M. James (Red.), *The Outpatient Treatment of Eating Disorders: A Guide for Therapists, Dietitians, and Physicians* (NED - New edition utg., s. 279-305): University of Minnesota Press.
- Statens helsetilsyn. (2000). *Alvorlige spiseforstyrrelser : retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten* (Vol. 7-2000). Oslo: Statens helsetilsyn.
- Thien, V., Thomas, A., Markin, D., & Birmingham, C. L. (2000). Pilot study of a graded exercise program for the treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating*

Disorders, 28(1), 101-106. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(200007)28:1<101::AID-EAT12>3.0.CO;2-V

Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

WMA. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194.

Østbye, H., Helland, K., Knapskog, K., & Larsen, L. O. (2013). *Metodebok for mediefag* (4. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.

7. Vedlegg

7.1 Vedlegg 1- Intervjuguide

Bakgrunn:

Kan du fortelle litt om din bakgrunn som behandler?

- Hvilke yrkesgrupper jobber du med?
- Hva er din rolle som behandler i et tverrfaglig team?

Det strides om fysisk aktivitet som behandlingsform av personer med spiseforstyrrelser.

- Hva tenker du om dette?
 - sammenlignet med andre former for terapi?

Somatisk helse:

- Hvilke vurderingsverktøy brukes til å kartlegge somatisk helse til en person med spiseforstyrrelser?
- Hvilke kriterier er avgjørende for om en kan nytte seg av fysisk aktivitet i behandling?
 - Gjelder dette alle formene for spiseforstyrrelser?

Fysisk aktivitet i behandling:

- Har dere en form for samtale før behandlingsstart der det er fokus på målsetting?
 - Hvor viktig mener du målsetting er?
 - Hvordan kommer dere fram til disse målene?
- Har dere noen form for undervisning for å øke kunnskapen til de dere behandler?
 - Hvilke temaer er aktuelle?
- Hva fokuseres på i treningen hos dere?
 - Bevegelsesglede
 - Vekttap
 - Mestring
 - Helsegevinst
- Hvordan kan en typisk treningsøkt/aktivitet legges opp?
 - Veiledet trening vs egentrening
 - Grupper
 - Varighet og frekvens
 - Type trening
 - Friluftsliv

Personer med spiseforstyrrelser har ofte en negativ kroppsfattelse av seg selv.

- Hvordan opplever du som behandler pasientenes forhold til seg selv og deres forhold til trening?
 - Før og etter endt behandling?
 - Hvordan erfarer du å oppnå tillit hos pasientene?

Det er mange personer med spiseforstyrrelser som tvangstrener.

- Hva fokuseres på for å endre forholdet deres til fysisk aktivitet og trening?
- Hvilke kriterier brukes ved tilrettelegging av eventuelle aktiviteter?
- Har dere noen restriksjoner?

Personer med spiseforstyrrelser har ofte andre psykiske plager i tillegg som kan påvirke livskvaliteten. Studier har vist at fysisk aktivitet og trening kan ha en positiv effekt på blant annet angst og depresjon.

- Hvordan kan dere gå fram for å ta tak i dette?
 - Samtaleterapi vs fysisk aktivitet eventuelt begge?
 - Har dere sett noen effekt på pasientene med spiseforstyrrelser etter endt behandling?
 - Hvordan vil du bedømme at den fysiske aktiviteten/samtaleterapien kan ha en innvirkning på pasientene?
 - Hva er det første tegnet på endring dere som oftest ser?
- Hva gjør du som behandler for å motivere pasientene under behandling?
- Er det mange av pasientene som klarer å følge treningsopplegget uten å falle av?
 - Har dere noen form for oppfølging?

Avslutning:

Vi ønsker med dette intervjuet å svare best mulig på våres problemstilling ”*Hvordan kan fysisk aktivitet vurderes og integreres i behandling av spiseforstyrrelser?*”.

Helt til slutt. Er det noe du som behandler vil tilføye som du mener kan være viktig for å gi et godt svar på dette?

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

“Fysisk aktivitet i behandling av spiseforstyrrelser”

Bakgrunn og formål

Formålet med denne studien er å kartlegge mer om hvilke vurderinger behandlere gjør knyttet til bruk av fysisk aktivitet ved spiseforstyrrelser. Vi ønsker å se på dette fra behandlerens perspektiv og har utformet problemstillingen ”Hvordan kan fysisk aktivitet vurderes og integreres i behandling av spiseforstyrrelser?” Dette prosjektet er et bachelorstudie ved Høgskulen på Vestlandet Campus Sogndal.

Personen(e) forespørres om å delta i denne studien for å dele sine erfaringer og kunnskap om hvordan fysisk aktivitet kan brukes i et behandlingsforløp av personer med spiseforstyrrelser. Vi ønsker å oppnå en bredere innsikt og forståelse i hvordan dette praktiseres opp i mot eksisterende teori.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Hovedtrekkene i studien vil basere seg på forskningslitteratur og individuelle intervju av behandlere, som jobber innen området prosjektet treffer. Opplysningene som innhentes vil bli lagret ved hjelp av lydopptak, og de aktuelle spørsmålene vil omhandle erfaringer og oppfatninger rundt fysisk aktivitet som behandlingsform og effekter rundt dette.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun studentene i denne studien samt veileder som vil ha tilgang til personopplysninger i dette prosjektet. Lydopptak og personopplysninger vil lagres på en minnepenn, som vil oppbevares på et trygt sted som kun er tilgjengelig for de som har tilgang til disse opplysningene.

Deltakerne i studien vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.12.17. Etter endt prosjekt vil personopplysninger og eventuelle opptak slettes.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Anna Sørum (.....) og Maria T. Heggheim (.....). Veileder: Katrine Nyvoll Aadland (.....).

Studien er i samsvar med veileder ikke meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)