



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	03-05-2023 12:00 CEST	<b>Termin:</b>	2023 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	12-05-2023 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	252
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7990
----------------------	------

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

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	44
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen 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



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Foreldre i familiebasert behandling for anorexia nervosa

- Å fremme mestringstro

Parents in family-based treatment for anorexia nervosa

-To promote self-efficacy

Kandidatnummer: 252

Bachelor i sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 12.05.2023

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, § 12-1.

## **Abstract**

**Background:** Anorexia nervosa is an eating disorder that are prevalent among adolescents and can lead to serious complications. Family-based therapy is the recommended treatment method for adolescents with anorexia nervosa. This treatment requires a lot of parental involvement, and nurses play an important role in supporting the parents during an inpatient treatment program. Increasing the parents' self-efficacy can have positive effects on the treatment outcome.

**Research question:** How can nurses promote self-efficacy in parents of adolescents with anorexia undergoing treatment with family-based therapy?

**Method:** This thesis is a literature study. The databases used in the searches are Medline Ovid, Cinahl, Psycinfo and Svemed+. Six qualitative studies are included.

**Results:** The findings show that parents need emotional support while caring for their child with anorexia. Meal management can be particularly demanding and require parental authority. A good alliance should be based working alongside the parents, helping them to strengthen their role in the treatment. Through knowledge and understanding, parents can gain an increased access to their adolescents' inner life and develop new and more effective ways of dealing with the eating disorder symptoms.

**Conclusion:** The challenges that parents face during treatment form central parts of the nurse's role and responsibilities. To increase parental self-efficacy, the nurse can offer emotional support, strengthen the parents' resources in meal management, establish a therapeutic relationship and provide guidance and tools for understanding through psychoeducation and externalization.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>5</b>
1.1 Presentasjon av problemstilling.....	6
1.2 Begrunnelse for valg av tema.....	6
1.3 Avgrensing av oppgaven.....	7
1.4 Begrepsavklaringer.....	7
<b>2.0 Teori</b> .....	<b>8</b>
2.1 Forståelse av anoreksi.....	8
2.2 Anoreksi i familien.....	9
2.3 Pårørende som en ressurs.....	9
2.4 Behandling ved psykiatrisk sengepost.....	10
2.5 Hovedprinsipper ved familiebasert terapi.....	11
2.6 Sykepleierens rolle.....	12
2.7 Joyce Travelbee.....	12
2.8 Mestringstro.....	13
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>14</b>
3.1 Litteraturstudie.....	14
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	14
3.3 Søkeprosess.....	15
3.4 Kritisk vurdering av artikler.....	17
3.5 Analyse og syntese.....	18
3.6 Etiske vurderinger.....	18
<b>4.0 Resultatsyntese</b> .....	<b>19</b>
4.1 Foreldrenes behov for hjelp og emosjonell støtte.....	19
4.2 Måltidshåndtering.....	20
4.3 Samarbeid og struktur i FBT.....	21
4.4 Kunnskap og forståelse.....	22

<b>5.0 Resultatdiskusjon.....</b>	<b>23</b>
5.1 Foreldrenes behov for hjelp og emosjonell støtte.....	23
5.2 Måltidshåndtering .....	24
5.3 Samarbeid og struktur i FBT .....	26
5.4 Kunnskap og forståelse.....	27
<b>6.0 Metodediskusjon .....</b>	<b>28</b>
<b>7.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis .....</b>	<b>29</b>
<b>8.0 Referanseliste .....</b>	<b>31</b>
<b>9.0 Vedlegg.....</b>	<b>35</b>
9.1 Vedlegg 1 – Søkehistorikk.....	35
9.2 Vedlegg 2 – Flytskjema .....	39
9.3 Vedlegg 3 – Litteratormatrise.....	40

## Tabelloversikt

<i>Tabell 1 – Begrepsavklaringer .....</i>	<i>7</i>
<i>Tabell 2 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....</i>	<i>15</i>
<i>Tabell 3 – PICO-skjema .....</i>	<i>16</i>

## 1.0 Innledning

I følge NHI (2020) kan man anslå at 0,2 til 0,4 % av befolkningen har anorexia nervosa, hvorav over 90% av disse er unge jenter i tenårene eller tidlig 20-årene. De siste årene har klinikere i psykisk helsevern meldt om større pågang av unge som er i behandling for spiseforstyrrelser (Folkehelseinstituttet, 2022). FHI (2022) varsler også om en kraftig økning i spiseforstyrrelser som følge av koronapandemien. Dette er basert på en studie som viser at andelen unge jenter med spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten ble doblet i aldersgruppen 13-16 år og nesten tredoblet blant jenter mellom 6-12 år under pandemien, sammenlignet med årene før (Surén et al., 2022).

Anorexia nervosa er en alvorlig spiseforstyrrelse som er karakterisert av vektnedgang som blir fremkalt og opprettholdt av personen selv (Skårderud, 2020, s. 147). Personer med anoreksi har en intens frykt for å gå opp i vekt, til tross for undervekt. For å unngå å legge på seg har pasientene et svært restriktivt matinntak. Mange har samtidig en overdreven fysisk aktivitet eller annen vektreduserende atferd. Dette fører til underernæring med påfølgende forstyrrelser i hormonsystemet og andre kroppsfunksjoner. Av psykiske sykdommer er anorexia nervosa den mest dødelige (Aare, 2018, s. 224). Gjenoppretting av vekt er avgjørende for å forebygge følgetilstander som hjertesvikt, fertilitetsproblemer og osteoporose (BMJ Best Practice, 2023).

Familiebasert behandling for barn og unge med spiseforstyrrelser er sterkt anbefalt i nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2017b). Anbefalingen baseres på oppsummert forskning som viser at familiebasert terapi (heretter omtalt som FBT) gir et bedre utfall for remisjon sammenlignet med individuell behandling, målt ved oppfølging 6-12 måneder etter endt behandling (Couturier et al., 2013). FBT innebærer en styrking av foreldrenes rolle, og gir dem ansvar og støtte til å reernære barnet sitt (Lock & Le Grange, 2018, s. 22).

En spiseforstyrrelse berører hele familien, og kan medføre høy grad av bekymring og maktesløshet. Støtte til pårørende kan være av betydning for å redusere stress og psykiske plager, og gjøre dem i bedre stand til å ta vare på den syke (Helsedirektoratet, 2017a). En studie viser at foreldrenes mestringstro har betydning for resultatene når det gjelder vektøkning ved behandling med familiebasert terapi (Byrne et al., 2015).

## 1.1 Presentasjon av problemstilling

Denne oppgaven har som hensikt å undersøke hvordan foreldrenes mestringstro kan styrkes, i lys av de utfordringene som foreldrene til anoreksipasienter møter, samt betydningen de har for prognosen. Det ble laget følgende problemstilling:

*Hvordan kan sykepleiere fremme mestringstro hos foreldre til ungdommer med anoreksi som gjennomgår behandling med familiebasert terapi?*

For å besvare problemstillingen vil det undersøkes hvilke behov foreldre har for støtte under behandling med FBT. Funnene drøftes i lys av sykepleierens rolle og funksjoner, samt Banduras teori om mestringstro. I besvarelsen anvendes sykepleieteoretiker Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige forhold for å belyse den relasjonelle delen av sykepleien.

## 1.2 Begrunnelse for valg av tema

Grunnen til at jeg har valgt å skrive om dette temaet, er fordi jeg i jobbsammenheng har erfart å jobbe med ungdom med anoreksi og deres foreldre på sengepost. Jeg har gjennom jobb fått innsikt i hvor utfordrende det kan være for foreldre å stå i behandlingen. Pasienter med anoreksi er ofte preget av rigide tanker og perspektiver, og kan være lite motivert for å bli frisk. Dette gjør det vanskelig for foreldrene å komme i posisjon til å hjelpe barnet sitt. Å bli frisk fra anoreksi tar gjerne lang tid, og noen foreldre kan føle seg sliten og maktesløse.

Sykepleiere har en aktiv rolle i oppfølgingen av familien på sengepost. I tillegg til å være en del av teamet rundt pasienten, jobber sykepleiere aktivt i miljøet på avdelingen. De deltar også ofte i måltidsituasjoner sammen med familien. Det å gi familien støtte og veiledning blir dermed en viktig sykepleieoppgave.

Basert på disse erfaringene ønsket jeg å undersøke hvordan foreldre kan støttes i behandlingen for at de skal få en økt tro på seg selv og egen mestring, slik at de blir i bedre stand til å ivareta den syke.



### 1.3 Avgrensning av oppgaven

Oppgaven avgrenses til å gjelde foreldre til ungdommer med anoreksi. Sykepleiens rolle i å ivareta pasienten, søsken og andre familiemedlemmer blir derfor ikke inkludert i denne oppgaven. Somatisk stabilisering av pasienten blir heller ikke vektlagt. Besvarelsen tar for seg en behandlingssetting hvor pasient og foreldre er i behandling med FBT ved psykiatrisk sengepost. Pasientene er ungdommer i alderen 12-18 år med diagnosen anorexia nervosa. Det blir ikke tatt stilling til kjønnsforskjeller i denne oppgaven. Unge jenter er likevel betydelig mer representert i de inkluderte studiene.

### 1.4 Begrepsavklaringer

Tabell 1 – Begrepsavklaringer

Begrep	Betydning
<b>Anorexia nervosa</b>	Diagnostiske kriterier for anorexia nervosa i henhold til ICD-10 diagnosesystemet, er en kroppsvekt som er minst 15% under forventet vekt, eller en KMI på 17,5 eller mindre. Vekttapet er selvfremkalt ved at pasienten har et restriktivt matinntak. Annen vektkontrollerende atferd kan foreligge. Pasienten har en forstyrret kroppsoppfatning og pålegger seg selv en lav vektgrense i frykt for å bli overvektig. Endokrin sykdom forekommer som følge av vekttap. Hos prepubertale pasienter, blir den pubertale utviklingen forsinket (Helsebiblioteket, 2017).
<b>Familiebasert terapi (FBT)</b>	Familiebasert terapi er en manualbasert behandlingsmetode for anoreksi, som innebærer at familien tar del i behandlingen. Den er evidensbasert og har vist seg å ha god effekt for ungdommer under 19 år (Ganci, 2021, s. 25).
<b>Mestringstro</b>	I denne oppgaven blir ordet mestringstro brukt for det engelske ordet «self-efficacy». Mestringstro handler om en persons tro på egne evner til å mestre nødvendige oppgaver for å nå et ønsket mål (Gonzales, 2020b, s. 49).
<b>Empowerment (myndiggjøring)</b>	Empowerment er en prosess som går ut på å styrke en persons egne ressurser og tro på seg selv for å få økt kontroll over faktorer som påvirker helsen (Kristoffersen, 2016b, s. 351).

## 2.0 Teori

### 2.1 Forståelse av anoreksi

Årsakene til at noen utvikler anoreksi er komplekse og sammensatte. Det kan forklares ut fra «stress-sårbarhet-modellen», som skiller mellom disponerende, utløsende og vedlikeholdende faktorer. Disponerende faktorer kan være genetikk, ulike personlighetstrekk som for eksempel perfektjonisme, familiære forhold, traumer, og sosiokulturelle faktorer som medfører slankepress. Slike disponerende forhold sammen med utløsende forhold, kan føre til utvikling av en spiseforstyrrelse. Eksempler på utløsende faktorer kan være opplevelser av tap og konflikter, mobbing, tidlig pubertet, prestasjonskrav, endringer i livsvilkår, slanking, samt sykdom og skader. Forhold som kan bidra til å vedlikeholde sykdommen kan være familiekonflikter, negative reaksjoner fra omgivelsene, psykiske symptomer som følge av underernæring og opplevd nytte av spiseforstyrrelsen (Skårderud, 2020, s. 149).

Røer (2009) beskriver hvordan anoreksi kan utvikle seg gjennom fire faser. I første fase har personen en «lykkelig sult» hvor ungdommen begrenser matinntaket som en følge av et truet selvbilde eller en identitetskrise. Dette resulterer i vektnedgang, og reaksjoner fra andre blir sett på som en positiv bekreftelse for ungdommen. Fase to er en «smertefull sult», hvor kroppen går i et psykologisk beredskap med en trang til å spise. Ungdommen kan da oppleve å miste kontroll over tankene og setter i verk flere tiltak. I fase tre får tankene om mat et preg av tvangstanker. Ungdommen får forstyrret sosial persepsjon og paranoide fantasier. Evne til konsentrasjon, resonnering og læreevne blir redusert, og de utvikler somatiske symptomer. I fase fire kan spiseforstyrrelsen gå over til å oppleves som personens identitet (Røer, 2009, s. 25–33).

I tillegg til et begrenset matinntak, kan personer med anoreksi ha en vektkontrollerende atferd. Dette kan være selvfremkalte brekninger, overdreven trening, bruk av avføringsmidler, apettittdempende midler og diuretika (Helsebiblioteket, 2017). De psykologiske symptomene handler om uhensiktsmessige tanker og følelser rundt kropp, vekt og mat. Personens egenverdi knyttes opp mot hvordan kroppen ser ut. Mange med anoreksi

kan oppleve seg selv som større enn de er (Rø, 2020, s. 47).

Det er vanlig at pasienter med anoreksi har manglende sykdomsinnsikt. Ofte forekommer også en ambivalens til det å bli frisk (Skårderud et al., 2020, s. 108). Pasienten er preget av motstridende følelser, noe som kan oppleves som et indre kaos. Sykdommen medfører lidelse, men pasienten er likevel redd for å gi slipp på det spiseforstyrrelsen gir dem. For mange er spiseforstyrrelsen en måte å kontrollere vanskelige følelser (Skårderud, 2013, s. 8–9).

## 2.2 Anoreksi i familien

Spiseforstyrrelser medfører ofte et høyt konfliktnivå i familien. Diskusjoner rundt mat og vektoppgang kan føre til mange kamper der ungdommen utagerer. Konflikter mellom foreldrene kan også oppstå som følge av at de er uenig i håndteringen av sykdommen (Ganci, 2021, s. 22). Symptomene og atferden fra spiseforstyrrelsen omorganiserer hele familielivet både emosjonelt og praktisk, rundt måltid og tilsyn (Skårderud et al., 2020, s. 195). Familien begynner gjerne å tilpasse seg anoreksien, noe som kan skape uheldige mønstre som bidrar til å opprettholde sykdommen. Dette kan skje gradvis uten at familien legger merke til det (Skårderud et al., 2020, s. 205).

## 2.3 Pårørende som en ressurs

Det er nødvendig at helsepersonell lytter til foreldrenes vurdering og erfaringer, da de er en viktig kunnskapskilde til å forstå pasientens situasjon (Helsedirektoratet, 2017a). Foreldrene kjenner ungdommen best, og har fulgt opp barnet fra fødselen og gjennom utviklingen av spiseforstyrrelsen (Holm, 2020, s. 35).

I familiebasert behandling har foreldrene det største ansvaret for ungdommens tilfriskning. Behandlingen krever at foreldrene følger tett opp over lengre tid, og de blir ofte nødt til å være helt eller delvis borte fra jobb (Helsedirektoratet, 2017b). Dette oppfylder vilkårene i folketrygdloven om å få utbetalt pleiepenger (Folketrygdloven, 1997, § 9–10), noe som gir foreldrene mulighet til å fokusere på behandlingen.

## 2.4 Behandling ved psykiatrisk sengepost

Indikasjoner for innleggelse på døgnavdeling for pasienter med anoreksi er dersom pasienten har hatt et stort vekttap på kort tid, er alvorlig undervektig eller har ustabile somatiske parametere. Dersom familien ikke klarer å ivareta barnet, eller hvis poliklinisk behandling ikke har hatt effekt, kan det også være indikasjon for innleggelse (Helsedirektoratet, 2017c). For barn og ungdommer under 16 år, kan foreldre eller andre med foreldreansvar samtykke til innleggelsen på deres vegne (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4–4; Psykisk helsevernloven, 1999, § 2–1). Ungdommer over 16 år må som hovedregel selv samtykke til helsehjelpen (Psykisk helsevernloven, 1999, § 2–1). Dersom ungdommen motsetter seg helsehjelp, kan det ved alvorlige tilfeller likevel være grunnlag innleggelse under tvang (Psykisk helsevernloven, 1999, § 3–3), og eventuelt ernæring uten samtykke (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4–4). Pasienter under 18 år har rett til å bli fulgt av minst en forelder under hele oppholdet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 6–2).

I behandlingen organiseres det et tverrfaglig team rundt pasienten. Det består av lege/psykiater, psykolog, miljøterapeuter og eventuelt andre faggrupper i avdelingen. Teamet utarbeider en behandlingsplan som tilpasses individuelt, og som evalueres jevnlig. Familiebasert terapi inngår i behandlingsplanen dersom det er aktuelt (Hage, 2020, s. 193–194).

Miljøterapi er sentralt i behandlingen ved en døgnenhet. Målet med miljøterapi er å skape et stabilt, støttende og strukturert miljø, tilpasset målgruppen. Det tas da utgangspunkt i typiske hverdagslige aktiviteter. Støtte i måltider og regulering av fysisk aktivitet utgjør en stor del av det miljøterapeutiske arbeidet med spiseforstyrrelser (Hage, 2020, s. 195). Ved familiebasert behandling foregår måltider som regel sammen med foreldrene, og miljøterapien går ut på å støtte foreldrene i sin rolle (Thorsteinsson et al., 2020, s. 172). Etter hvert som ungdommen er somatisk stabil, kan pasienten reise på permisjoner med familien for å forsøke å ha måltider hjemme (Hage, 2020, s. 195).

Lengden på døgnoppholdet varierer etter behov. Noen har behov for en lengre innleggelse, mens andre kan skrives ut til et lavere omsorgsnivå etter få uker. Sekvensielle innleggelser er

også et alternativ, hvor pasienten får trent seg på å være hjemme mellom korte innleggelse i perioder (Hage, 2020, s. 193).

## 2.5 Hovedprinsipper ved familiebasert terapi

Familiebasert terapi, også kalt «maudsley modellen», ble først utviklet i London ved Maudsley Hospital på 1980-tallet (Torsteinsson et al., 2021). Behandlingen har senere blitt videreutviklet og manualisert (Lock & Le Grange, 2018). FBT er først og fremst en poliklinisk intervensjon, men benyttes i økende grad på sengeposter ved behov for mer intensiv behandling (Helsedirektoratet, 2022).

Behandlingsopplegget deles inn i tre faser. I første fase fokuseres det på gjenoppretting av vekt hos ungdommen, i andre fase overføres kontrollen over spisingen tilbake til ungdommen, mens i siste fase avsluttes behandlingen og det rettes oppmerksomhet mot å etablere en sunn ungdomsidentitet (Lock & Le Grange, 2018, s. 22–24).

Et sentralt prinsipp i den familiebaserte tilnærmingen er at familien ses på som en ressurs i behandlingen. Foreldrene spiller en viktig rolle under hele løpet, og arbeidet går først og fremst ut på å styrke foreldrenes posisjon (Lock & Le Grange, 2018, s. 2). Foreldrene har ansvaret for å reernære ungdommen i den første fasen. Foreldrene tar alle valg som angår mat og måltider, i tillegg til å sørge for at ungdommen ikke engasjerer seg i anorektisk atferd som forbrenner kalorier. Etter hvert som ungdommens tilstand er stabil og den anorektiske atferden avtar, kan ansvaret gradvis overføres tilbake til ungdommen. Foreldrene må likevel passe på i denne fasen. I den siste fasen er målet at ungdommen og familien skal vende tilbake til et vanlig liv (Ganci, 2021, s. 25–27).

Et annet hovedprinsipp ved FBT er at behandlingen har en agnostisk holdning til sykdommen. Det vil si at det ikke ses etter underliggende årsaker og at ingen anklages for at spiseforstyrrelsen har oppstått (Ganci, 2021, s. 27). Eksternalisering er også et viktig prinsipp som brukes i FBT. Spiseforstyrrelsen blir da omtalt som noe eksternt som pasienten selv ikke har skyld i (Skårderud, 2020, s. 155).

Det foreligger noen kontraindikasjoner for bruk av familiebasert behandling. Det er for

eksempel i tilfeller der det ikke er hensiktsmessig eller mulig å gjennomføre grunnet et høyt konfliktnivå mellom foreldre, eller ved mistanke om overgrep, omsorgssvikt eller lignende i familien (Helsedirektoratet, 2022).

## 2.6 Sykepleierens rolle

Pårørende har behov for informasjon og støtte fra helsevesenet. Ofte har de et behov for å drøfte sammen med noen, både om hvordan de kan hjelpe den som er syk, og hvordan de kan håndtere sin egen situasjon som pårørende (Helsedirektoratet, 2017a). Sykepleierens funksjoner er rettet mot ivaretagelse av både pasienter og pårørende, og innebærer blant annet undervisning og veiledning for å bidra til læring, utvikling og mestring (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 19).

Sykepleiere har som regel en rolle som miljøterapeut i en psykiatrisk døgnavdeling, og kan inngå i det tverrprofesjonelle teamet rundt pasienten (Hage, 2020, s. 193). Som miljøterapeut følger sykepleieren opp familien i miljøet, og deltar gjerne ved å gi støtte i måltidsituasjoner (Hage, 2020, s. 199). Miljøterapeutiske samtaler er også en sentral del av arbeidet. Samtalene kan enten være planlagt eller av spontan karakter (Hage, 2020, s. 201). De spontane samtalene kan bidra til å etablere kontakt, bygge relasjon og skape tillit. Det gir også mulighet for å få innsikt i hvordan familien har det, og fange opp hvordan stemningen er. Det er viktige samtaler, som både muliggjør observasjoner og som kan dempe utrygghet hos familien (Gonzales, 2020a, s. 364). De mer planlagte samtalene kan innebære en oppsummering av familiens oppnåelser, utfordringer og hva som skal være fokuset videre (Thorsteinsson et al., 2020, s. 172).

## 2.7 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess ved at det dreier seg om delte erfaringer mellom sykepleieren og de menneskene som har behov for hjelp. Disse menneskene omfatter både den syke, deres familie, besøkende og personale (Travelbee, 1999, s. 29–30).

Travelbee fremmet en personsentrert tilnærming, og brukte begrepet «menneske-til-menneske-forhold». Det innebærer at sykepleieren og den syke ikke ser på hverandre som «sykepleier» eller «pasient», men har en opplevelse av hverandre som unike mennesker. Hun mente at sykepleiens formål med å hjelpe individet og familien med å mestre sykdommen først kommer til uttrykk i et slikt forhold. Etablering av et menneske-til-menneske-forhold blir sett på som en essensiell sykepleieoppgave, og en forutsetning for å oppnå reell kontakt (Travelbee, 1999, s. 171).

## 2.8 Mestringstro

Mestringstro handler om å ha en positiv forventning om å klare å gjennomføre konkrete mål som er satt. Det innebærer en tro på egne evner til å gjennomføre de oppgavene som kreves (Kristoffersen, 2016a, s. 314). Begrepet stammer fra psykologen Albert Bandura sin teori om «self-efficacy» (Bandura, 1997). Bandura anerkjente fire faktorer som påvirker mestringstro: personens tidligere mestringsopplevelser, modellæring, oppmuntring og støtte fra andre, samt personens fysiologiske og emosjonelle tilstand. Samspillet mellom disse fire faktorene har betydning for graden av mestringstro (Bandura, 1997, s. 79).

Tidligere positive erfaringer har stor betydning for en persons tro på å egen mestring. Dersom en person har lyktes tidligere, vil det styrke de positive forventningene. Samtidig vil negative erfaringer kunne svekke personens forventninger om mestring. Mestringstroen vil også kunne økes ved å observere andre som lykkes, altså modellæring. Når det gjelder verbale tilbakemeldinger, vil positiv oppmuntring og støtte styrke mestringstroen, mens negative tilbakemeldinger kan virke motsatt. En persons fysiologiske og emosjonelle tilstand påvirker mestringstroen ved at optimisme og godt humør medfører en høyere forventning om å lykkes, mens engstelse svekker denne troen (Renolen, 2015, s. 177).

## 3.0 Metode

I denne oppgaven benyttes litteraturstudie som metode.

### 3.1. Litteraturstudie

Å bruke litteraturstudie som metode innebærer at man systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder for å svare på en problemstilling. Studien skal belyse et bestemt tema og har som hensikt å gi en oppdatert forståelse av kunnskapen på området. Prosessen går ut på å innhente litteratur og kritisk vurdere den, før man til slutt sammenfatter kunnskapen fra litteraturen (Thidemann, 2019, s. 77–78). Litteraturstudien skal i tillegg beskrive hvilke metoder som er brukt for å studere temaet. Det skal komme frem hvilken forskning som finnes innenfor tema, studiens tilnærming, hvilke funn som er gjort, samt den teoretiske utviklingen (Persson, 2021, s. 19). Kvalitativ forskning har som hensikt å innhente kunnskap om menneskers erfaringer, meninger og opplevelser, mens kvantitativ forskning ser på målbare enheter i form av tall og objektive data (Thidemann, 2019, s. 75-76). En litteraturstudie krever at man har en systematisk tilnærming gjennom hele prosessen (Thidemann, 2019, s. 77).

### 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å finne studier som er relevant for problemstillingen, avgrenses oppgaven med flere inklusjon- og eksklusjonskriterier. Disse er presentert i tabellen nedenfor.



Tabell 2 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler skrevet på Skandinavisk eller engelsk	Artikler på andre språk enn skandinavisk eller engelsk
Artikler som er fagfellevurdert	Artikler som ikke er fagfellevurdert
Pasienter i alderen 12-18 år	Pasienter over 18 eller under 12 år
Artikler fra de siste 10 årene	Artikler som er eldre enn 10 år.
Familier som behandles med FBT	Artikler som ikke er tilgjengelig i fulltekst
Artikler som tar for seg foreldreperspektivet i FBT	

Inkluderte studier skulle omhandle foreldreperspektivene ved FBT. Artikler som så på behandlingseffekter som vektøkning eller andre pasientrelaterte utfall ble derfor ekskludert. Artikkene skulle ikke være eldre enn 10 år. Dette var for å få den nyeste og mest oppdaterte kunnskapen på området. Studiene måtte også være fagfellevurdert. Dette betyr at studiene har blitt kvalitetsvurdert og godkjent av andre anonyme forskere (Persson, 2021, s. 52).

### 3.3 Søkeprosess

Søkeprosessen startet med et innledende litteratursøk i Google Scholar og Oria for å få en oversikt over eksisterende litteratur og studier innenfor temaet. Ved å se gjennom artikler om tema ble det identifisert søkeord som kunne brukes i det systematiske litteratursøket. Det ble også funnet relevant litteratur som kunne brukes i bakgrunns- og teoridelen. Ved bruk av søkeordene «family based treatment», «parents» og «adolescence» under søk i Oria,

ble det funnet en forskningsartikkel som virket relevant for oppgaven (Thibault et al., 2023). Denne studien ble ikke funnet senere i det systematiske søket. Det ble likevel valgt å benytte den som et tillegg til de andre studiene i oppgaven.

Det systematiske litteratursøket ble gjort i anerkjente databaser. Databasene som ble brukt er Medline Ovid, Psycinfo, Svemed+ og Cinahl. Disse databasene ble valgt da de er relevant innen helsefag. Medline og Cinahl inneholder mye forskning innen sykepleie og andre helsefag. Cinahl består i tillegg av en del kvalitativ forskning og pasienterfaringer. Psycinfo inneholder litteratur innen psykologi, mens Svemed+ har referanser fra flere nordiske tidsskrift (Helsebiblioteket, u.å.).

Det ble benyttet PICO-skjema for å finne presise og relevante søkeord til problemstillingen. Skjemaet er presentert i tabellen under. PICO er et rammeverk som er til hjelp for å operasjonalisere problemstillingen slik at den blir søkbar. PICO står for Population/Patient, Intervention, Comparison og Outcome (Thidemann, 2019, s. 82–83). «Comparison» ble utelatt, da problemstillingen ikke skulle sammenligne to ulike tiltak. Emneordsystemet MeSH ble brukt for å finne konkrete søkeord på engelsk.

Tabell 3 – PICO-skjema

<b>Problemstilling formulert som et konkret spørsmål:</b>				
<i>Hvordan kan sykepleiere fremme mestringstro hos foreldre til ungdommer med anoreksi som gjennomgår behandling med familiebasert terapi?</i>				
	<b>P</b> <b>Populasjon/ Problem</b>	<b>I</b> <b>Intervensjon/ Tiltak, Eksposisjon, Interesse</b>	<b>C</b> <b>Sammenligning (ikke aktuelt)</b>	<b>O</b> <b>Utfall</b>
<b>Norsk formulering</b>	Foreldre til ungdommer med anoreksi.	Foreldre involvert i FBT. Foreldrenes erfaringer med FBT		Opplevelse av å mestre behandlingen.
<b>Engelske søkeord</b>	Anorexia nervosa, Anorexia, Eating disorder, Parents, caregivers	family therapy, family-based therapy, Family based treatment, Parental involvement, Experience		Self-efficacy, coping, parental empowerment

Flere ord av samme betydning ble brukt i søket, i tillegg til ordstammer med trunkeringstegn. Dette var for å få treff på flere artikler som bruker ulike versjoner av ordene. De ulike søkeordene ble kombinert med boolske operatører som «AND» og «OR». Ved å kombinere synonyme søkeord med «OR», utvider jeg søket, og får treff som inneholder det ene eller begge søkeordene. Ved å kombinere søkeord med «AND», avgrenser jeg søket slik at jeg kun får treff på litteratur som inneholder begge søkeordene (Thidemann, 2019, s. 87). Både emneord og tekstord ble brukt i søkene.

Det ble laget en egen tabell for søkehistorikk (vedlegg 1). Tabellen gir en oversikt over søkeord som ble brukt og antall treff i hver database. Det er bare søkene som ga resultat som er inkludert i tabellen.

For å svare på problemstillingen ble det søkt etter studier som omhandlet pårørendes opplevelser med familiebasert terapi og foreldrenes behov for støtte i behandlingen. Dette ga bare treff på kvalitative studier. Abstrakt ble lest i artikler med titler som var av interesse. Av disse ble artikler som virket relevant for problemstillingen lest i fulltekst. Artikler som ikke møtte inklusjons- og eksklusjonskriteriene, ble valgt bort. Søkeprosessen er presentert ved hjelp av flytskjema (vedlegg 2).

### 3.4 Kritisk vurdering av artikler

Artiklene som brukes må vurderes i forhold til kvalitet og relevans for oppgaven. Det må da vurderes om opplysningene er gyldig og av troverdig opphav. I tillegg må det vurderes om artiklene er relevant for å svare på problemstillingen (Dalland, 2020, s. 140–143).

Det ble brukt 6 forskningsartikler i denne oppgaven, hvor alle er av kvalitativ metode. For å vurdere artiklenes validitet, ble helsebibliotekets sjekklister for kvalitative studier benyttet som et hjelpemiddel (Helsebiblioteket, 2016). Ved hjelp av sjekklisten ble studiene vurdert til å være pålitelig. Alle studiene hadde et klart formål, som var å undersøke deltakernes erfaringer eller synspunkt. Kvalitativ metode vil derfor være best egnet. I studiene kommer det tydelig frem hvilke metoder som er anvendt for å samle inn data, hvordan analysen er gjennomført og vurdering av etiske forhold. Utvelgelsesstrategien vurderes som hensiktsmessig for å svare på problemstillingen, men er likevel begrenset i alle studiene. Det

gjør det vanskelig å generalisere funnene. Artikkene har også flere andre svakheter, som forskerne selv presenterer.

### 3.5 Analyse og syntese

Analysearbeidet i denne oppgaven tar utgangspunkt i Helen Aveyards forenklete metode for tematisk analyse (Aveyard, 2019, s. 141–146). Metoden består av flere trinn som innebærer å identifisere, analysere og sammenslå de ulike temaene i litteraturen.

Det ble først gjort en grundig gjennomgang av hver artikkel for å få en forståelse av innholdet. Dette ble så oppsummert i en litteraturmatrise (vedlegg 3). I den tematiske analysen ble resultatene for hver artikkel gjennomgått for å identifisere temaene. For å visualisere arbeidet, ble temaene i hver artikkel farget med markeringstusj. Disse ble klipt ut og gruppert utover på et større blankt ark. Temaene fra alle de ulike artiklene ble fordelt i grupper ut fra fellestrekk. Dette ga en god oversikt over hvilke temaer som gikk igjen. Hensikten var å identifisere felles tema fra alle artiklene som var relevant for oppgavens problemstilling. Etter at temaene fra hver artikkel var sortert under felles hovedtema, startet prosessen med å navngi disse. Forslag ble skrevet på toppen av hver gruppe, og omgjort etter hvert som dataene ble grundigere gjennomgått. Prosessen endte i 4 hovedtemaer. Disse ble satt inn i en egen tabell, hvor resultatene fra hver artikkel ble lagt inn under hvert hovedtema. Datamaterialet ble gransket for å se på likheter og forskjeller, og til slutt sammenfattet. Det vil alltid være uoverensstemmelse når studier sammenlignes. I tillegg vil styrken på de enkelte studiene ha betydning for hvor mye de bør vektlegges i oppgaven (Aveyard, 2019, s. 143–146). Det ble derfor gjort en kontinuerlig kvalitetsvurdering av artiklene underveis i prosessen.

### 3.6 Etiske vurderinger

Forskningsetikk handler om at kunnskapen som søkes, ikke skal gå på bekostning av den enkelte personens velferd og integritet. Personvernet skal ivaretas og det skal sørges for at deltakerne ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger (Dalland, 2020, s. 168).

Denne oppgaven baserer seg på allerede eksisterende forskning, og personopplysninger blir dermed ikke behandlet direkte. Det er likevel nødvendig undersøke om forskningen som inkluderes i oppgaven overholder etiske retningslinjer. For å sikre at studiene har fulgt etiske retningslinjer, har det blitt lagt vekt på at inkluderte studier har fått godkjenning av forskningsetiske komiteer. I tillegg er det sett til at studiene er utført på en forsvarlig måte, ved at de overholder prinsippene om frivillighet, anonymitet og informert samtykke (Thidemann, 2019, s. 12).

Oppgaven følger HVL sine retningslinjer for oppgaveskriving. Referansesystemet APA 7th anvendes for å henvise til kilder (HVL, 2022).

## 4.0 Resultatsyntese

Syntesen er basert på forskning fra 6 kvalitative studier. Alle omhandler foreldre i behandling med FBT. To av studiene tar for seg klinikerens perspektiv (Dimitropoulos et al., 2017; Plath et al., 2016), tre studier tar for seg foreldres perspektiv (Thibault et al., 2023; Toubøl et al., 2019; Williams et al., 2020), mens en studie har med perspektiver fra både foreldre, søsken og pasienter (Nilsen et al., 2021). I sistnevnte er bare foreldrenes perspektiv tatt med i oppgaven. Studiene er gjennomført i Norge, Danmark, Australia og Canada (se vedlegg 3).

### 4.1 Foreldrenes behov for hjelp og emosjonell støtte

I flere av studiene kom det frem at foreldre opplever en emosjonell belastning som følge av å ha en ungdom med anoreksi. Foreldrene kunne ha følelser som maktesløshet, skyld, skam og bekymring (Plath et al., 2016; Thibault et al., 2023; Toubøl et al., 2019; Williams et al., 2020). Noen studier viste at enkelte foreldre hadde en tendens til å legge skyld over på seg selv ved å tenke at det var noe de hadde gjort eller burde gjort annerledes (Thibault et al., 2023; Toubøl et al., 2019). Enkelte kunne også stille spørsmål ved seg selv som foreldre og deres evner til å hjelpe barnet sitt (Plath et al., 2016). Foreldres sårbarheter ble eksponert i møte med klinikere (Plath et al., 2016; Williams et al., 2020). Noen foreldre erfarte at det ga

innsikt og mening ved at de gjorde nye selvoppdagelser (Williams et al., 2020). Det å uttrykke empati for foreldrenes emosjonelle tilstand, ble for enkelte klinikere sett på som det første og viktigste steget for å engasjere dem i behandlingen. Andre mente at tidlig aktivering av foreldrene var det viktigste (Plath et al., 2016).

Flere av foreldrene i studiene følte at de ikke mestret situasjonen før oppstart av behandlingen og opplevde at ting var ute av kontroll. De beskrev hvordan de hadde et stort behov for profesjonell hjelp til å håndtere sykdommen (Nilsen et al., 2021; Thibault et al., 2023). I Plath et al. (2016) beskrev klinikerne hvordan foreldrene ofte søkte veiledning, informasjon, forklaringer og løsninger fra dem.

Behandlingsopplegget i FBT kan også oppleves belastende for foreldrene (Dimitropoulos et al., 2017; Plath et al., 2016; Thibault et al., 2023). Noen foreldre oppga at den følelsesmessige påvirkningen også vedvarte gjennom hele behandlingen (Thibault et al., 2023). Klinikere erkjente at det som kreves av foreldrene, både følelsesmessig, intellektuelt og logistisk, er tyngende og utfordrende for dem (Plath et al., 2016). I studien til Dimitropoulos et al. (2017), diskuterte klinikere hvordan behandlingen kunne føre til utbrenthet hos foreldrene, noe som kunne skape en barriere for foreldrenes kontroll i måltidsituasjoner. For foreldrene medførte også det å ta vare på den syke, å tape sin tidligere livsstil (Plath et al., 2016; Thibault et al., 2023; Williams et al., 2020).

Omorganiseringen gikk for mange ut over jobb og sosiale nettverk, mens andre foreldre fant støtte i sine nettverk (Williams et al., 2020). Foreldre opplevde også interaksjoner med andre foreldre gjennom pårørende grupper som spesielt støttende (Nilsen et al., 2021).

## 4.2 Måltidshåndtering

Ifølge klinikerdeltakere ble foreldremyndighet demonstrert gjennom aktiv deltakelse i alle fasene av FBT, hvor foreldrene tar kontroll over måltidene og legger opp til atferdsendringer (Dimitropoulos et al., 2017). Enkelte foreldre beskrev en usikkerhet over egen kompetanse i sin rolle (Thibault et al., 2023). I den ene studien var alle klinikerne enig i at det var spesielt vanskelig for foreldre å ta kontroll over spiseforstyrrelsesatferden til eldre ungdommer. Dette ble forklart med at de eldre ungdommene i større grad har begynt å individualisere

seg fra familien og ta flere selvstendige avgjørelser. Foreldrene kunne da ha større vansker med å involvere seg. Sykdomsvarigheten og eventuelle komorbide lidelser var også faktorer som ble fremhevet (Dimitropoulos et al., 2017).

Flere foreldre beskrev hvordan spiseforstyrrelsen hadde tatt en sentral plass i familielivet, og hvordan familiemedlemmer over tid hadde begynt å tilpasse seg spiseforstyrrelsen (Nilsen et al., 2021; Thibault et al., 2023; Toubøl et al., 2019). En deltaker forklarte at familien hadde begynt å spise annerledes for å ikke forverre anoreksien til ungdommen (Toubøl et al., 2019). Klinikere i den ene studien mente at foreldre hadde større sannsynlighet for å imøtekomme spiseforstyrrelsen dersom de ikke var i stand til å tolerere ungdommens uro. Klinikerne erkjente også at manglende kunnskap og ferdigheter kunne gjøre det vanskelig for enkelte foreldre å tolerere de følelsesmessige reaksjonene til ungdommen (Dimitropoulos et al., 2017). Å se barnet sitt lide opplevdes utfordrende for foreldre (Thibault et al., 2023).

Det ble rapportert om høye konfliktnivåer i familien som følge av spiseforstyrrelsen (Nilsen et al., 2021; Thibault et al., 2023; Williams et al., 2020). Måltidsituasjoner ble sett på som spesielt utfordrende, hvor noen foreldre også opplevde en utagerende atferd fra ungdommen (Thibault et al., 2023; Williams et al., 2020).

### 4.3 Samarbeid og struktur i FBT

Å jobbe sammen med foreldrene som et team ble for mange klinikere sett på som et viktig grunnlag for å gjenvinne foreldrenes autoritet og selvtillit. På den måten kunne de identifisere utfordringer og bestemme strategier sammen (Plath et al., 2016). I Williams et al. (2020), rapporterte foreldrene om at klinikernes tilnærming hadde en stor betydning for deres opplevelser av behandlingen. En forelder beskrev hvordan det var til stor hjelp å skape en terapeutisk relasjon med en kliniker som spilte på lag med familien i stedet for å være distanserte «eksperter» (Williams et al., 2020). Enkelte foreldre rapporterte at de gjennom ferdighetskursene, hadde blitt mer bevisst på hvordan de selv var viktige aktører i behandlingen (Toubøl et al., 2019).

Foreldrene på sengepost fremhevet hvordan det å kunne støtte seg på en struktur som var administrert av profesjonelle, bidro til å bryte mønstre og gjenopprette normale

måltidsrutiner (Nilsen et al., 2021). Klinikere i en studie beskrev hvordan de ofte tilpasset den manualbaserte tilnærmingen etter familiens kapasitet, men fremhevet at modellen kunne være nyttig for de som ønsket en tydelig struktur (Plath et al., 2016). Foreldre hadde delte meninger om strukturen i FBT. Noen foreldre mente at strukturen styrket foreldreansvaret ved å «presse» dem til å fortsette, mens andre opplevde det som nedlatende og at det førte til følelser verdiløshet og suicidalitet hos datteren. Enkelte opplevde også familiemåltidet i FBT som tvangsforing av barnet, mens andre syntes det ga dem en støtte til å gjennomføre ting som ellers opplevdes utfordrende (Williams et al., 2020).

En av studiene erkjente potensialet for at behandlingen ved sengepost kunne holde foreldrene i en tilskuerposisjon. For enkelte foreldre hadde ikke behandlingsopplegget klart å skape et samarbeid som styrket deres foreldreautoritet og handlekraft. En forelder forklarte at han følte at han ikke tok del i behandlingen. De fleste foreldrene i studien opplevde også utskrivelsen som vanskelig, ved at den endte brått uten tilstrekkelig planlegging og forutsigbarhet (Nilsen et al., 2021).

#### 4.4 Kunnskap og forståelse

Foreldrekurs opplevdes svært nyttig for foreldrene. De fikk en økt forståelse for sykdommen og dens uttrykksformer, og opplevde at de fikk økt tilgang til ungdommens indre liv. Dette ga større ro i familien (Nilsen et al., 2021; Toubøl et al., 2019). Flere deltakere fremhevet at bedre forståelse og bevissthet førte til at de fikk mer empati ovenfor den syke (Nilsen et al., 2021). Foreldre som hadde gjennomgått ferdighetstrening opplevde at de fikk økt kompetanse og trygghet til å bryte opprettholdende mønstre i familien og å være mer konsekvente. Denne tryggheten gjorde at de fremstod mer troverdig overfor datteren. De ble også mer bevisst på egne reaksjoner, og utviklet nye og mer reflekterte måter å håndtere symptomene på (Toubøl et al., 2019).

I to av studiene ble psykoedukasjon og eksternalisering av sykdommen sett på som nyttige intervensjoner av klinikere for å styrke foreldrene (Dimitropoulos et al., 2017; Plath et al., 2016). Eksternalisering ble også betraktet som et nyttig verktøy for foreldrene. Det hjalp



dem med å skille spiseforstyrrelsen fra barnet sitt og ga dem et felles språk som gjorde det mulig å gjenvinne makten over symptomene (Toubøl et al., 2019; Williams et al., 2020). For noen bidro eksternalisering med å overvinne egen skyldfølelse og selvbebreidelse (Williams et al., 2020).

## 5.0 Resultatdiskusjon

### 5.1 Foreldrenes behov for hjelp og emosjonell støtte

Funnene i studiene avdekker at foreldre kan oppleve en betydelig emosjonell påvirkning knyttet til omsorgen for barnet sitt med anoreksi (Plath et al., 2016; Thibault et al., 2023; Toubøl et al., 2019; Williams et al., 2020). Flere uttrykte også et behov for hjelp til å håndtere sykdommen (Nilsen et al., 2021; Thibault et al., 2023). Å ta vare på et sykt barn kan være belastende i seg selv. Bekymring over ungdommens somatiske helse kan skape uro hos foreldrene. I tillegg er de i en posisjon hvor de skal ivareta en de har kjær, som gjerne selv ikke er motivert for endring eller ønsker hjelp. Det å ikke nå frem til barnet sitt kan medføre en følelse av maktesløshet. Den emosjonelle belastningen kan igjen påvirke foreldrenes tro på egne evner til å hjelpe barnet sitt, slik det fremkommer i den ene studien (Plath et al., 2016).

Dersom man ser funnene i sammenheng med Banduras teori om mestringstro, ser man at foreldrenes fysiologiske og emosjonelle tilstand kan ha betydning for deres mestringstro ved at de oppfatter dette som et tegn på sårbarhet og nedsatt funksjon. Ved å fremkalle negative tanker om å ikke være kompetent, kan det skape en engstelse som igjen påvirker deres evner til å prestere. Behandlinger som eliminerer emosjonelle reaksjoner på trusler, ved hjelp av mestringsopplevelser, kan øke troen på mestring og forbedre prestasjonen. (Bandura, 1997, s. 106). Dette belyser viktigheten av at foreldre blir tilbudt emosjonell støtte i tillegg til å få informasjon og veiledning i behandlingen. Fokus på emosjonelle behov ble i den ene studien sett på som nødvendig for å aktivere foreldrene i behandlingen (Plath et al., 2016). Dette kommer også frem i en studie som så på intervensjon med emosjonsfokusert familieterapi for å øke foreldrenes mestringstro. Denne studien kom frem

til at gjennom bearbeiding av foreldrenes frykt og selvbebreidelse, fikk foreldrene økt mestringstro, som igjen førte til økt engasjement i å hjelpe den syke mot å bli frisk. (Strahan et al., 2017).

En vesentlig del av sykepleien er at de individuelle behovene til både pasient og pårørende blir ivaretatt. Det innebærer at sykepleieren evner å bruke seg selv terapeutisk med en intellektuell tilnærming til problemer, og på den måten bidra til å mestre erfaringer med sykdom (Travelbee, 1999, s. 35-41). I behandlingen er fokuset ofte rettet mot pasienten. I tillegg krever oppfølging av måltider mye tid i hverdagen. Det kan derfor være utfordrende å finne tid og rom til å møte foreldrenes behov. Det å støtte foreldrene er likevel noe som bør vektlegges. Ved å vise omtanke og støtte til pårørende vil sykepleieren også bidra til å hjelpe den syke, ved at pårørende i større grad makter å hjelpe pasienten (Travelbee, 1999, s. 260).

Det var forskjeller i hvorvidt foreldrene tok i bruk sine sosiale nettverk som støtte (Plath et al., 2016; Thibault et al., 2023; Williams et al., 2020). Foreldrene kan trenge hjelp til å etablere gode støttepersoner rundt seg. Et alternativ er pårørendegrupper. Dette opplevdes som nyttig for de foreldrene som fikk tilbud om det (Nilsen et al., 2021). Gjennom slike grupper kan foreldrene møte andre i samme situasjon, dele erfaringer og støtte hverandre. Dersom avdelingen ikke kan tilby dette, kan sykepleier gi informasjon til foreldrene om hvordan de kan oppsøke slike grupper.

## 5.2 Måltidshåndtering

Å styrke foreldrenes selvtillit og kompetanse er et viktig målprinsipp ved FBT på sengepost (Thorsteinsson et al., 2020, s. 172). Studiene viser måltidsituasjoner kan oppleves svært utfordrende for foreldre (Thibault et al., 2023; Williams et al., 2020) og kunne medføre en usikkerhet over egen kompetanse (Thibault et al., 2023). Familier som er innlagt har gjerne prøvd mye fra før som ikke har fungert. Negative erfaringer med håndtering av måltider kan ha betydning for foreldrenes mestringstro. Tidligere mestringsopplevelser er den mest verdifulle kilden til tro på egen mestring, fordi det gir det mest pålitelige beviset på at de kan klare det som trengs for å lykkes. Opplevelsen av å feile kan svekke troen på å lykkes, spesielt dersom en følelse av mestring ikke er etablert på forhånd (Bandura, 1997, s. 80).

For å etablere en mestringsstro som er motstandsdyktig, kreves det erfaringer med å overvinne motstand gjennom vedvarende innsats. Når man har fått en overbevisning om at man har det en trengs for å lykkes, er det lettere å komme tilbake ved eventuelle tilbakeslag (Bandura, 1997, s. 80). Aktiv deltakelse gjennom kontroll over måltider ble påpekt som en forutsetning for foreldremyndighet i den ene studien (Dimitropoulos et al., 2017). Dette belyser viktigheten av å engasjere foreldrene. Dimitropoulos et al. (2017) fremhevet også flere faktorer som kunne utfordre foreldremyndigheten, som det å skulle ta kontroll over måltider for ungdommer som allerede har begynt å individualisere seg. Å skulle ta slike avgjørelser for en selvstendig ungdom som tidligere har bestemt over dette selv, kan oppleves inngripende. I tillegg kan ungdommens følelsesmessige reaksjoner i måltider være vanskelig å håndtere, slik det kommer frem i studiene (Dimitropoulos et al., 2017; Thibault et al., 2023). Dette kan føre til at foreldrene inngår forhandlingssituasjoner om mat med ungdommen. Foreldrenes empati for barnet sitt, kan også virke inn ved at de ønsker å gjøre måltidene så lett som mulig for å unngå fortvilelse (Ganci, 2021, s. 71). Faren med dette er at det er spiseforstyrrelsen som tjener på slike forhandlinger, noe som ikke er gunstig i jobben mot ungdommens tilfriskning (Thorsteinsson & Hage, 2020, s. 107). Kampen om måltider kan medføre konflikter og utagering (Ganci, 2021, s. 21). Det kan også tenkes at familier som har begynt å tilpasse seg spiseforstyrrelsen kan oppleve konflikter når de blir lagt inn på sengepost for en mer intensiv behandling, da spiseforstyrrelsen ikke lenger får rom til å bestemme.

Det kan være utfordrende for foreldrene å stå i de kampene som oppstår med ungdommen, og de kan trenge støtte til å mestre det. Det er avgjørende at foreldrene får hevdet sin autoritet og tar ansvar for å hjelpe barnet sitt gjennom situasjoner som er vanskelig for både ungdommen og seg selv (Thorsteinsson & Hage, 2020, s. 104). En del av sykepleieres pedagogiske virksomhet er å styrke den hjelpetrengende sine ressurser og tro på egen mestring (Kristoffersen, 2016b, s. 351). En slik empowerment-prosess vil innebære å fremme krefter og stimulere foreldrenes mestringskompetanse gjennom dialog, medvirkning og ressursmobilisering (Tveiten, 2020, s. 38–39). Dette kan gjøres ved å anerkjenne foreldrenes bidrag og oppmuntre dem til at de har det som trengs for å klare det. Ifølge Bandura (1997, s. 101) vil mennesker som blir overbevist verbalt om at de har evnen til å mestre en oppgave, sannsynligvis legge inn større innsats og øke troen på egne ferdigheter. En slik

overbevisning vil imidlertid ha størst effekt dersom personene har grunn til å tro at de kan lykkes. Å heve en urealistisk tro vil kunne føre til opplevelsen av å feile. Det er derfor hensiktsmessig å uttrykke realistiske og kortsiktige mål og forventninger.

### 5.3 Samarbeid og struktur i FBT

Et godt samarbeid med foreldrene ble sett på som en viktig faktor for å gjenvinne foreldrenes autoritet og mestringstro (Plath et al., 2016). Noen ganger kan det imidlertid være utfordrende å etablere et godt fungerende samarbeid med foreldrene, da fokuset først og fremst vil være på somatisk stabilisering og symptomhåndtering av den syke. På sengepost deler foreldrene arbeidsoppgavene med miljøpersonalet, som ofte deltar i måltider. I studien som foregikk på en døgnetenhet uttrykte flere av foreldrene at de satt pris på å kunne støtte seg på en struktur som var administrert av profesjonelle, men det var også enkelte foreldre som følte at de ikke tok del i ansvaret for barnet sitt og havnet i en tilskuerposisjon (Nilsen et al., 2021). Sykepleieren må passe på å ikke overta helt for foreldrene i måltidene, og legge til rette for at foreldrene får jobbet med sin rolle i behandlingen slik at de opplever seg selv som betydningsfulle. En tilnærming hvor klinikere spiller på lag med familien opplevdes positivt (Williams et al., 2020). I familiesentret omsorg blir familiens kunnskaper og erfaringer betraktet som jevnbyrdig med sykepleierens ekspertkunnskap (Fjær & Kletthagen, 2020, s. 457). Foreldrene sitter på mye nyttig kunnskap om sitt eget barn, mens sykepleieren har profesjonell kunnskap om spiseforstyrrelsen.

I startfasen av behandlingen vil det gjerne være naturlig at sykepleieren tar noe av ansvaret under måltidsstøtten. Dette kan være nyttig ved at foreldrene får mulighet til å observere sykepleierens ferdigheter og ta lærdom av det. Modellæring er en av faktorene som kan bidra til mestringstro ved at egne erfaringer blir vurdert i forhold til andres prestasjoner (Bandura, 1997, s. 86). Så snart en tydelig måltidsstruktur er etablert, er det likevel avgjørende at foreldrene overtar hovedansvaret slik at de har mulighet for egne mestringserfaringer. Samarbeidet med foreldrene bør ta sikte på å støtte foreldrene til å selv klare å mestre omsorgen for den syke, slik at de føler seg trygge nok til å håndtere eventuelle permisjoner og senere utskrivelse fra sengeposten.

Studiene viste delte meninger om strukturen i FBT. Noen foreldre satt pris på en tydelig struktur, mens andre opplevde den som nedlatende og upersonlig (Nilsen et al., 2021; Williams et al., 2020). Familiene går inn i behandling med forskjellige utgangspunkt og ressurser. Det som fungerer for noen, fungerer ikke nødvendigvis for andre. Et godt samarbeid bør derfor ta utgangspunkt i å møte hver enkelt der de er. En slik holdning kjennetegner Travelbees teori om menneske-til-menneske-forhold, ved at de involverte menneskene ser på hverandre som unike individer (Travelbee, 1999, s. 172). I den ene studien kom det frem at klinikerne ofte måtte tilpasse FBT-modellen ut fra foreldrenes kapasitet (Plath et al., 2016). Dette må imidlertid gjøres med forsiktighet, da utvanning og modifisering av behandlingen med FBT kan virke negativt inn på utfallet (Ganci, 2021, s. 27). Enkelte rammer er avgjørende for behandlingen, og bør ikke forhandles. Det kan være for eksempel at alle måltider skal fullføres. Hvordan støtten under måltidet skal foregå, vil derimot kunne tilpasses den enkeltes behov (Hage, 2020, s. 196).

#### 5.4 Kunnskap og forståelse

Å ha en ungdom som utvikler anoreksi kan oppleves uforståelig for mange foreldre. For foreldre som ikke har kunnskap om sykdommen, kan det være vanskelig å håndtere. Ungdommen endrer væremåte og krever en helt annen tilnærming enn foreldrene er vant med fra tidligere. Vanlig foreldrekompentanse strekker ikke lenger til (Holm, 2020, s. 35). Foreldrene trenger informasjon og veiledning for å lære hvordan de kan håndtere sykdommen. En av sykepleierens funksjoner er å bidra med undervisning og veiledning til pasienter og pårørende. Det innebærer å imøtekomme behovet for kunnskap og forståelse som er nødvendig for å ivareta helsen til barnet sitt (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 19). Dette kan gjøres gjennom å tilby psykoedukasjon (Dimitropoulos et al., 2017; Plath et al., 2016). Ved psykoedukasjon kan foreldrene få opplæring i å forstå symptomene ved anoreksi og prinsippene i behandlingen. Det kan også gi foreldrene nye ferdigheter i møte med spiseforstyrrelsen. Psykoedukasjon kan gis til familien alene, eller i grupper med flere familier. Studiene viser at foreldrene hadde stor nytte av slike foreldrekurs (Nilsen et al., 2021; Toubøl et al., 2019). I grupper har foreldrene i tillegg mulighet til å dele erfaringer med hverandre. Ferdighetskurs ble også sett på som en nyttig intervensjon for foreldrene, hvor de ble tryggere og mer reflektert i sin rolle (Toubøl et al., 2019).

Foreldre opplevde også å få en økt tilgang til ungdommens indre liv (Nilsen et al., 2021; Toubøl et al., 2019). Forståelse av kompleksiteten i sykdommen, og at de anorektiske tankene er preget av vonde følelser, kan hjelpe foreldrene til å møte ungdommen på en mer støttende og forståelsesfull måte. Bruk av eksternalisering for å forstå hvordan ungdommens handlinger er drevet av sykdommen ble sett på som et nyttig verktøy for dette (Dimitropoulos et al., 2017; Plath et al., 2016; Toubøl et al., 2019; Williams et al., 2020). Eksternalisering kan bidra til å skape en felles arena med ungdommen, hvor man sammen kjemper mot en ytre fiende. Noen pasienter kan imidlertid føle seg misforstått av en slik praksis, da spiseforstyrrelsen kan være sterkt knyttet til egen identitet (Skårderud, 2020, s. 155). I slike tilfeller vil ikke eksternalisering være relevant for samarbeidet med ungdommen. For foreldrene kan det likevel hjelpe dem med å skille sykdommen fra barnet sitt, og dermed bevare ungdommen sin sunne identitet.

## 6.0 Metodediskusjon

Bare kvalitative studier ble inkludert i oppgaven. Det ble ikke funnet noen relevante kvantitative studier i det systematiske søket. Kvalitativ forskning er imidlertid best egnet til å besvare problemstillingen, da den tar sikte på å forstå pårørendes behov. I ettertid ble det funnet en kvantitativ studie som kunne gi innsikt i problemstillingen. Denne møtte derimot ikke inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Det ble likevel valgt å bruke denne studien i diskusjonen for å bygge opp under funnene.

Utvalget i de inkluderte studiene er svært begrenset, noe som svekker kunnskapsgrunnlaget. Funn bør derfor ses på med et kritisk blikk, og generalisering av funnene må gjøres med forsiktighet. Samtidig har kvalitativ forskning som hensikt å gi dybdekunnskap ved å innhente mange opplysninger fra få deltakere (Thidemann, 2019, s. 76). Det er inkludert seks forskningsartikler som tar utgangspunkt i synspunkter fra både klinikere og foreldre, noe som gir et bredere perspektiv på problemstillingen.

En utfordring med den valgte problemstillingen er at det er begrenset med forskning som finnes på det området. De valgte forskningsartiklene har dermed til hensikt å belyse erfaringer med FBT for å avdekke foreldrenes behov. En svakhet med oppgaven er at

sykepleierollen er lite representert i studiene. De gir imidlertid innsikt i forhold som er relevant for sykepleieres arbeidsområde. Mangel på forskning gjør også at bare en av studiene tar for seg foreldreperspektivet i en behandlingssetting hvor familien er innlagt på døgnopphold. Dette er også en svakhet. Studiene gir likevel nyttig informasjon om familiens behov under behandling med FBT, og utfordringer som også kan være relevant ved en sengepost. Ettersom FBT er en manualbasert tilnærming vil fokusområdene i behandlingen ha mange likheter. De inkluderte studiene er utført i Norge, Danmark, Canada og Australia. Alle landene er av vestlig kultur, noe som kan styrke studienes relevans for norske forhold. Samtidig kan ulik lovgivning, ressursfordeling og praksis påvirke erfaringene med behandling i de ulike landene og dermed gjøre funnene vanskelig å generalisere.

Alle studiene er skrevet på engelsk. Språkbarrierer kan medføre en risiko for feiltolkning av innholdet. For å unngå dette har det blitt lest grundig gjennom litteraturen og engelsk fagterminologi har blitt søkt opp for å sikre korrekt oversettelse. Mistolkninger kan likevel ha forekommet. Som student vil også manglende erfaring med å skrive litteraturstudie kunne påvirke evnen til å gjøre gode søk og vurdere kvaliteten på forskningen. I denne oppgaven har det bare blitt brukt anerkjente databaser i tillegg til sjekklister for å vurdere kvaliteten. Det utelukker likevel ikke at jeg kan ha gått glipp av relevant forskning.

## 7.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis

Hensikten med denne oppgaven var å se på hvordan sykepleiere kan fremme mestringstro hos foreldre til ungdommer med anoreksi som er under behandling med FBT, og på den måten bedre behandlingsresultatet. Oppgaven belyser fire faktorer som er av betydning for foreldrenes mestringstro under behandlingen: foreldrenes emosjonelle belastning, utfordringer med håndtering av måltider, samarbeid og struktur i behandlingen, og foreldrenes kunnskap og forståelse for sykdommen. Disse faktorene utgjør en sentral del av sykepleierens funksjoner og ansvarsområder.

Sykepleiere kan hjelpe foreldrene med å bearbeide de emosjonelle belastningene som de opplever ved å vise omtanke og støtte og bruke seg selv terapeutisk. I tillegg kan foreldrene få hjelp til å etablere et godt støtteapparat rundt seg, enten gjennom eget nettverk eller

pårørendegrupper. På denne måten får foreldrene bearbeidet eventuelle negative tanker om seg selv og egen prestasjon. Sykepleie bør også legge til rette for mestringsopplevelser i måltidsituasjoner slik at foreldrene kan oppleve at de har det som trengs for å lykkes. Det kan gjøres ved å engasjere foreldrene gjennom dialog, medvirkning og å hjelpe foreldrene med å mobilisere sine ressurser. Positiv oppmuntring med realistiske mål kan styrke mestringstroen. Et godt samarbeid vil også kunne bidra til mestringstro. Det må da sørges for at det spilles på lag med foreldrene. Sykepleieren skal støtte og veilede foreldrene, samtidig som at foreldrene får jobbet med sin rolle. Det bør tilstrebes å imøtekomme familiens ulike behov på en slik måte at det ikke virker negativt inn på utfallet. Økt kunnskap og forståelse for spiseforstyrrelsen kan bidra til at foreldrene utvikler nye ferdigheter og kommer i en bedre posisjon for å hjelpe ungdommen sin. Det kan gjøres ved å tilby psykoedukasjon, og eventuelt foreldrekurs eller ferdighetstrening. Eksternalisering kan også være et nyttig verktøy for å øke foreldrenes forståelse av hvordan ungdommen påvirkes av sykdommen.

Det er behov for mer forskning som tar utgangspunkt i foreldrenes perspektiv i behandling med FBT på sengepost. Det vil gjøre at sykepleiere og annet helsepersonell får mer innsikt i hvilke utfordringer foreldrene står overfor i denne spesifikke behandlingssettingen.



## 8.0 Referanseliste

- Aveyard, H. (2019). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide* (4. utg.). McGraw-Hill Education.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman.
- BMJ Best Practice. (2023, 10. januar). *Anorexia nervosa—Symptoms, diagnosis and treatment*. <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/440>
- Byrne, C. E., Accurso, E. C., Arnow, K. D., Lock, J. & Le Grange, D. (2015). An exploratory examination of patient and parental self-efficacy as predictors of weight gain in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 883–888. <https://doi.org/10.1002/eat.22376>
- Couturier, J., Kimber, M. & Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 3–11. <https://doi.org/10.1002/eat.22042>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Dimitropoulos, G., Freeman, V. E., Lock, J. & Le Grange, D. (2017). Clinician perspective on parental empowerment in family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 39(4), 537–562. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12086>
- Fjær, K. K. & Kletthagen, H. S. (2020). Samarbeid med pårørende. I M. T. Gonzales (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (s. 453–456). Gyldendal.
- Folkehelseinstituttet. (2022, 14. juli). *Kraftig økning i spiseforstyrrelser hos unge jenter under pandemien*. <https://www.fhi.no/nyheter/2022/kraftig-okning-i-spiseforstyrrelser-hos-unge-jenter-under-pandemien/>
- Folketryktdloven. (1997). *Lov om folketrygd* (LOV-1997-02-28-19). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>
- Ganci, M. (2021). *Familiebasert terapi: Håndbok for foreldre med barn og ungdom som strever med anoreksi* (V. W. Thorsteinsson, Overs.). Fagbokforlaget.
- Gonzales, M. T. (2020a). Miljøterapi og tilretteleggelse av terapeutisk miljø. I M. T. Gonzales (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (s. 361–372). Gyldendal.
- Gonzales, M. T. (2020b). Sykepleiefaglige perspektiver ved psykiske lidelser. I M. T. Gonzales (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (s. 44–54). Gyldendal.
- Hage, T. W. (2020). Døgnbehandling og miljøterapi ved spiseforstyrrelser i psykisk helsevern. I Ø. Rø, V. W. Thorsteinsson & T. W. Hage (Red.), *Spiseforstyrrelser: Forståelse og behandling: En*

*håndbok* (s. 192–204). Fagbokforlaget.

Helsebiblioteket. (u.å.). *Databaser*. Hentet 14. april 2023 fra <https://www.helsebiblioteket.no/liste>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistet*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistet>

Helsebiblioteket. (2017, 25. april). *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonal-faglig-retningslinje/spiseforstyrrelser>

Helsedirektoratet. (2017a, 25. april). *Familiearbeid ved spiseforstyrrelser for barn, unge og voksne i primær- og spesialisthelsetjenesten*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/familiearbeid-ved-spiseforstyrrelser-for-barn-unge-og-voksne-i-primar-og-spesialisthelsetjenesten>

Helsedirektoratet. (2017b, 25. april). *Familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser bør tilbys til barn og unge med spiseforstyrrelser*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/psykoterapi-for-barn-og-unge-med-spiseforstyrrelser/familiebasert-behandling-spesifikt-for-spiseforstyrrelser-bor-tilbys-til-barn-og-unge-med-spiseforstyrrelser>

Helsedirektoratet. (2017c, 25. april). *Poliklinisk behandling og indikasjon for innleggelse*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/poliklinisk-behandling-og-indikasjon-for-innleggelse>

Helsedirektoratet. (2022, 30. september). *Behandling og oppfølging*.

<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/spiseforstyrrelser-hos-barn-og-unge/behandling-og-oppfolging-spiseforstyrrelser-hos-barn-og-unge-pakkeforlop>

Holm, L. A. W. (2020). familie, pårørende og søsken som ressurs i behandlingen. Opplevelser og erfaringer. I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W. Torsteinsson (Red.), *Spiseforstyrrelser: Forståelse og behandling: En håndbok* (s. 34–38). Fagbokforlaget.

HVL. (2022, 11. september). *Tekniske retningslinjer for oppgaveskriving*.

<https://www.hvl.no/om/sentrale-dokument/reglar/tekniske-retningslinjer-for-oppgaveskriving/>

Kristoffersen, N. J. (2016a). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: B. 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. (2016b). Å styrke pasientens ressurser. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: B. 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 349–398). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: B.1: Sykepleie—Fag og funksjon* (3.

utg., s. 15–27). Gyldendal.

- Lock, J. & Le Grange, D. (2018). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa. A family-based approach* (2. utg.). The Guilford Press.  
<https://akademika.vitalsource.com/reader/books/9781462531219/pageid/30>
- NHI. (2020, 7. oktober). *Forekomst av anoreksi*. Norsk Helseinformatikk.  
<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/anoreksi/anoreksi-forekomst/>
- Nilsen, J.-V., Rø, Ø., Halvorsen, I., Oddli, H. W. & Hage, T. W. (2021). Family members' reflections upon a family-based inpatient treatment program for adolescent anorexia nervosa: A thematic analysis. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00360-x>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Persson, M. (2021). *Hvordan skrive en litteraturgjennomgang? : En praktisk guide*. Universitetsforlaget.
- Plath, D., Williams, L. T. & Wood, C. (2016). Clinicians' views on parental involvement in the treatment of adolescent anorexia nervosa. *Eating Disorders*, 24(5), 393–411.  
<https://doi.org/10.1080/10640266.2016.1189796>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Rø, Ø. (2020). Hva er spiseforstyrrelser? I T. W. Hage, V. W. Torsteinsson & Ø. Rø (Red.), *Spiseforstyrrelser: Forståelse og behandling: En håndbok* (s. 43–52). Fagbokforlaget.
- Rør, A. (2009). *Spiseforstyrrelser: Symptomforståelse og behandlingsstrategier* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Skårderud, F. (2013). *Sterk, svak: Håndboken om spiseforstyrrelser*. Aschehoug.
- Skårderud, F. (2020). Spiseforstyrrelser. I M. T. Gonzales (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (s. 145–155). Gyldendal.
- Skårderud, F., Sommerfeldt, B. & Robinson, P. (2020). *Sult: Mentaliseringsbaserte tilnærminger til spiseforstyrrelser*. Gyldendal.
- Strahan, E. J., Stillar, A., Files, N., Nash, P., Scarborough, J., Connors, L., Gusella, J., Henderson, K., Mayman, S., Marchand, P., Orr, E. S., Dolhanty, J. & Lafrance, A. (2017). Increasing parental self-efficacy with emotion-focused family therapy for eating disorders: A process model. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 16(3), 256–269.  
<https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330703>

- Surén, P., Skirbekk, A. B., Torgersen, L., Bang, L., Godøy, A. & Hart, R. K. (2022). Eating Disorder Diagnoses in Children and Adolescents in Norway Before vs During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*, 5(7), e2222079. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.22079>
- Thibault, I., Leduc, K., Tougas, A.-M. & Pesant, C. (2023). “For me, it’s a real pain”: A Foray into the Experience of Parents Involved in Family-Based Treatment. *The Family Journal*, 31(1), 140–146. <https://doi.org/10.1177/10664807221125895>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Thorsteinsson, V. W. & Hage, T. W. (2020). Å etablere et samarbeid. I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W. Thorsteinsson (Red.), *Spiseforstyrrelser: Forståelse og behandling: En håndbok* (s. 99–108). Fagbokforlaget.
- Thorsteinsson, V. W., Halvorsen, I. M., Kvakland, A. L. & Skjønhaug, J. (2020). Familiebasert behandling av spiseforstyrrelser. I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W. Thorsteinsson (Red.), *Spiseforstyrrelser: Forståelse og behandling: En håndbok* (s. 157–174). Fagbokforlaget.
- Torsteinsson, V. W., Berg, F., Etholm, K., Nilsson, M., Svoren, S., Syverstad, A., Torbergsen, T. & Kværne, K. (2021). Intensiv familiebehandling for familier med barn og ungdom med alvorlige spiseforstyrrelser. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/node/23088/pdf>
- Toubøl, A., Koch-Christensen, H., Bruun, P. & Nielsen, D. S. (2019). Parenting skills after participation in skills-based training inspired by the New Maudsley Method: A qualitative study in an outpatient eating disorder setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(4), 959–968. <https://doi.org/10.1111/scs.12694>
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk: Helsekompetanse og brukermedvirkning* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Williams, L. T., Wood, C. & Plath, D. (2020). Parents’ Experiences of Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa. *Australian Social Work*, 73(4), 408–419. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2019.1702707>
- Aare, T. F. (2018). *Psykiatrici for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.

## 9.0 Vedlegg

### 9.1 Vedlegg 1 – Søkehistorikk

<b>Database: Ovid Medline</b>			
<b>Dato for søk: 25/01/23</b>			
<b>#</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Avgrensinger</b>	<b>Antall treff</b>
1	Anorexia Nervosa/		14395
2	anorexi*.mp.		42231
3	«Feeding and eating disorders»/ OR eating disorder*.m.p		33544
4	1 OR 2 OR 3		65984
5	Family based therapy.mp.		100
6	Family based treatment.mp.		498
7	Family therapy/		9169
8	5 OR 6 OR 7		9474
9	Parents/ OR Parents.mp.		236465
10	Caregivers.mp. OR Caregivers/		91819
11	9 OR 10		316385
12	Parental involvement.mp.		1960
13	Experience*.mp.		1331691
14	Coping.mp.		70632
15	Self-efficacy.mp. OR Self Efficacy/		47779
16	Parental empowerment.mp.		69
17	12 OR 13 OR 14 OR 15 OR 16		1418831
18	4 AND 8 AND 11 AND 17		64
19		2013-2023	52

**Database: Cinahl**

**Dato for søk: 27/01/23**

#	Søkeord	Avgrensinger	Antall treff
1	(MH «Anorexia Nervosa»)		5294
2	«anorexi*» OR (MH «Anorexia»)		11414
3	(MH «Eating Disorders») OR «eating disorder*»		18226
4	1 OR 2 OR 3		25703
5	«Family based therapy»		67
6	«Family based treatment»		306
7	(MH «Family therapy») OR «family therapy»		6964
8	5 OR 6 OR 7		7102
9	(MH «Parents») OR «Parents»		129187
10	(MH «Caregivers») OR «caregivers»		70922
11	9 OR 10		191900
12	«parental involvement»		17736
13	«experience*»		554037
14	(MH «Coping») OR «coping»		69321
15	(MH «Self-Efficacy») OR «self efficacy»		36204
16	«parental empowerment»		64
17	12 OR 13 OR 14 OR 15 OR 16		643566
18	4 AND 8 AND 11 AND 17		62
19		2013-2023	50

**Database: Psycinfo****Dato for søk: 06/02/23**

#	Søkeord	Avgrensinger	Antall treff
1	Exp Anorexia Nervosa/		11037
2	anorexi*.mp.		17504
3	Exp Eating Disorders»/ OR eating disorder*.m.p		42104
4	1 OR 2 OR 3		44931
5	Family based therapy.mp.		168
6	Family based treatment.mp.		733
7	Exp Family therapy/ OR family therapy.mp.		24682
8	5 OR 6 OR 7		24938
9	Exp Parents/ OR parents.mp.		235090
10	Caregivers.mp. OR exp Caregivers/		62670
11	9 OR 10		284809
12	Parental involvement.mp. OR exp Parental Involvement/		11643
13	Experience*.mp.		722441
14	Coping.mp.		94488
15	Self-efficacy.mp. OR exp Self Efficacy/		58795
16	Parental empowerment.mp.		81
17	12 OR 13 OR 14 OR 15 OR 16		834301
18	4 AND 8 AND 11 AND 17		160
19		2013-2023	107

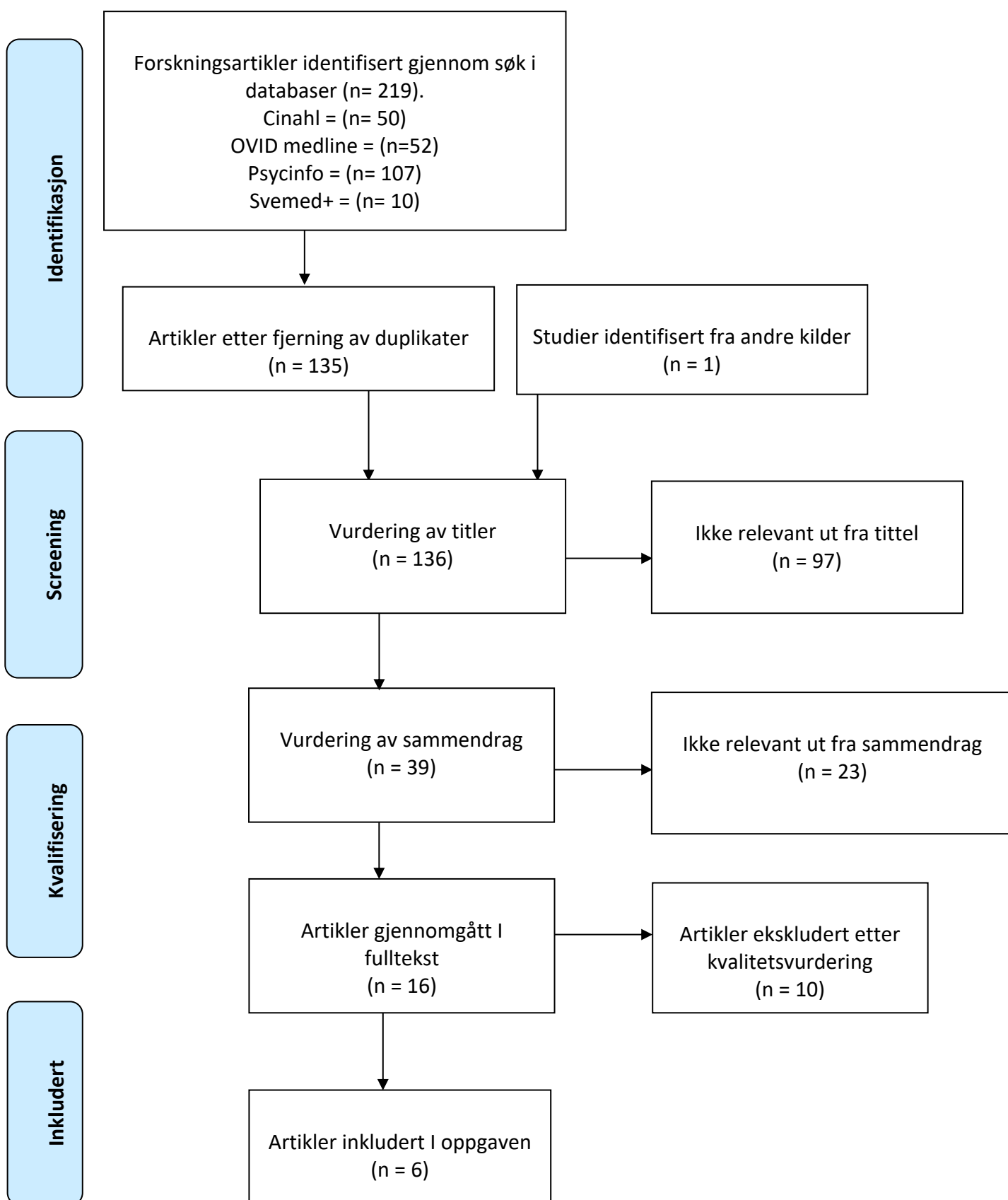
**Database: Svemed+**

**Dato for søk: 06/02/23**

#	Søkeord	Avgrensinger	Antall treff
1	Anorexia nervosa		160
2	Anorexi*		172
3	Eating disorder*		299
4	1 OR 2 OR 3		419
5	parents		2226
6	caregivers		791
7	5 OR 6		2950
8	4 AND 7		20
		«peer reviewed»	10



## 9.2 Vedlegg 2 – Flytskjema



### 9.3 Vedlegg 3 – Litteratormatrise

Tittel Forfatter År Tidsskrift Land	Hensikt	Design Metode	Utvalg	Funn	Styrker og svakheter	Kommentar
<p>“Clinician perspective in parental empowerment in family-based treatment for adolescent anorexia nervosa”.</p> <p>Dimitropoulos, G., Freeman, V. E., Lock, J. &amp; Grange, D. L.</p> <p>(2017)</p> <p>Journal of family therapy.</p> <p>Canada</p>	<p>Å undersøke hvilke kjerneprinsipper i FBT for ungdom med anorexia nervosa som blir oppfattet som mest nødvendig for at det skal være effektivt i klinisk praksis.</p>	<p>Kvalitativ Studie.</p> <p>Fokusgruppe-intervju</p>	<p>30 fagpersoner fra 6 pediatriske behandlingsteam som brukte FBT som primær behandlingsmodell</p> <p>Inkluderte profesjoner:</p> <p>Sosialt arbeid (n=10)                      Psykologi (n=8)                      Psykiatri (n=5)                      Annet (n=7)</p>	<p>Foreldremyndighet ble oppfattet som den viktigste komponenten i FBT.</p> <p>Faktorer som ble sett på som forstyrrende for foreldremyndighet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>individuelle faktorer</i>: Ungdommens alder, grad av individuasjon og autonomi, sykdomsvarighet og konisitet, og komorbide lidelser.</li> <li>- <i>Foreldrefaktorer</i>: psykiske lidelser, utbrenthet og manglende evne til å tolerere barnets uro.</li> <li>- <i>Familiefaktorer</i>: behovet for å endre familiestrukturen.</li> </ul> <p>Intervensjoner som ble brukt for å øke foreldremyndighet var eksternalisering og å øke bekymring hos foreldrene gjennom psykoedukasjon.</p>	<p><u>Styrker</u>: Behandlingsteam fra både landlige og urbane områder er inkludert.</p> <p>Semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål hvor deltakerne fikk snakke fritt.</p> <p>Foreløpige funn ble presentert for deltakerne for å sikre at det resonerte med deres arbeid.</p> <p><u>Svakheter</u>: Deltakerne var selvvalgt. Meninger kan ha vært ulik fra de som ikke deltok.</p> <p>Svar kan ha blitt påvirket av andre deltakere.</p> <p>Studien undersøker ikke faktorer hos klinikerne som kan påvirke foreldremyndigheten.</p>	<p>Etisk godkjent.</p> <p>Alle team jobbet i intensive dag- og døgnprogram.</p> <p>Studien gir nyttig informasjon om hva som kan påvirke foreldremyndigheten og hvordan den kan styrkes.</p>

<p>“Clinicians’ views on parental involvement in the treatment of adolescent anorexia nervosa».</p> <p>Plath, D., Williams, L. T. &amp; Wood, C.</p> <p>(2016)</p> <p>Eating disorders. The journal of treatment &amp; prevention.</p> <p>Australia</p>	<p>Å undersøke klinikers syn på prosesser som optimaliserer foreldre/ omsorgspersoners opplevelser i behandlingen av anoreksi hos ungdommer.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Det ble brukt innledende spørreskjema etter fulgt av semi-strukturerte dybdeintervju.</p> <p>16 av klinikerne deltok også i et oppfølgingsintervju.</p>	<p>20 Klinikere ansatt i offentlig psykisk helsetjeneste for barn og unge, med erfaring med FBT for anoreksi.</p> <p>Representerte profesjoner:          -Psykolog (n=8)          -Ernæringsfysiolog (n=4)          -Sosialarbeider (n=2)          -Psykiater (n=2)          -Sykepleier (n=2)          -Aboriginsk rådgiver (n=1)          -Ergoterapeut (n=1)</p> <p>Det ble skilt mellom de som brukte den manualbaserte Maudsley-modellen (n=14) og de som ikke gjorde det (n=6).</p>	<p>Alle prinsippene i Maudsley-modellen ble sett på som viktig. Spesielt verdsatt var det å engasjere og bygge relasjoner med foreldrene, involvere dem og styrke deres kapasitet gjennom informasjon, støtte og veiledning.</p> <p>Klinikerne fulgte ikke manualen strengt, og tilpasset modellen etter ulike familiers behov.</p> <p>Å uttrykke empati for foreldrenes emosjonelle tilstand og aktivere dem tidlig i behandling var viktig for å engasjere foreldrene i behandling. Å jobbe med foreldrene som et team kunne gjenvinne deres autoritet og selvtillit. Kravene som ble stilt til foreldrene i behandlingen kunne være tyngende og utfordrende for dem, og de søkte ofte etter veiledning, informasjon, forklaringer og løsninger.</p> <p>Foreldrenes sårbarhet kunne forverres eller lindes i behandling. For noen kunne det vekke følelser som frykt, skyld og skam, mens andre følte en lettelse og fornyet håp. Klinikernes innsikt i foreldrenes erfaringer utenfor behandling belyste følelser av makteløshet, skam, usikkerhet over egne evner og tap. For noen kunne prosessen bidra til å styrke familierelasjoner.</p>	<p><u>Styrker:</u> Intervjuene var fleksible og åpnet for at deltakerne fritt kunne dele erfaringer, samtidig som at det ble sørget for at alle de forhåndsbestemte temaene ble dekket.</p> <p>Dataene ble sendt til deltakerne for retting og mulighet for å legge til informasjon.</p> <p><u>Svakheter:</u> Begrenset utvalg og geografisk område. Dette svekker mulig relevans for andre settinger og styrken til funnene.</p>	<p>Etisk godkjent.</p> <p>Poliklinisk behandlingssetting.</p> <p>Studien er gjennomført i australske forhold, noe som kan avvike fra det norske. Studien gir likevel innsikt i utfordringer med manualbasert FBT, og hvordan ulike familier har ulike behov.</p> <p>Familier fra den australske urbefolkningen er omtalt i studien, men ikke inkludert i denne oppgaven.</p>
---	--	--	---	--	---	--

<p>“Family members’ reflections upon a family-based inpatient treatment program for adolescent anorexia nervosa: a thematic analysis”.</p> <p>Nilsen, J.-V., Rø, Ø., Halvorsen, I., Oddli, H. W. &amp; Hage, T. W. (2021).</p> <p>Journal of Eating Disorders.</p> <p>Norge</p>	<p>Å undersøke familie-medlemmers perspektiver på hvordan det oppleves å delta i et familiebasert behandlings-program for ungdommer med anoreksi som er innlagt på en døgnavdeling.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Semi-strukturerte intervjuer.</p> <p>Separate intervjuguider for pasienter, søsken, og foreldre. organisert for å dekke perspektiver knyttet til før, under og etter innleggelse.</p> <p>Pasienter og søsken ble intervjuet individuelt. Foreldre fikk mulighet til å velge om de ønsket å bli intervjuet hver for seg eller sammen.</p>	<p>Utvalget bestod av 8 pasienter, 14 foreldre og 10 søsken som tidligere har fått behandling ved en spesialisert klinikk for spiseforstyrrelser.</p> <p>Pasientenes alder ved innleggelse var mellom 12-18 år.</p>	<p>Perioden før innleggelsen var preget av høyt konfliktnivå i familien og tilpasninger til sykdommen.</p> <p>For foreldre og søsken var det nyttig å møte andre familier på avdelingen. For pasienter kunne det føre til økt press og symptomsmitte.</p> <p>Flere familiemedlemmer fikk økt kunnskap og forståelse ovenfor spiseforstyrrelsen og pasientens utfordringer. Mange foreldre opplevde å få gjenført sin foreldremyndighet. Noen foreldre opplevde derimot å havne i en tilskuerposisjon. For noen familier ble familierelasjoner styrket, mens andre opplevde splittelser under innleggelse.</p> <p>De fleste deltakerne mente at utskrivelsen var vanskelig ved at den endte brått med utilstrekkelig planlegging og forutsigbarhet.</p> <p>Deltakerne viste betydelig mangfold i synspunkter, avhengig av deres rolle i familien, deres ansvar og forholdet til spiseforstyrrelsen.</p>	<p><i>Styrker:</i> Studien undersøker perspektiver fra ulike posisjoner noe som gir et bredt brukerperspektiv.</p> <p><i>Svakheter:</i> Begrenset utvalg og den spesifikke konteksten gjør at resultatene ikke kan generaliseres bredt.</p> <p>Tiden som har gått mellom utskrivning og oppfølgingsintervjuer kan ha påvirket deltakernes synspunkter.</p> <p>flere intervjuere med varierende nivå av intervjukompetanse gjennomførte av intervjuene. Dette kan ha påvirket rikdommen til dataene.</p> <p>pasient- og søskenutskriftene har blitt brukt i tidligere forskning, men med et annet forskningsformål. Det kan ha påvirket både analyser og funn.</p>	<p>Etisk godkjent.</p> <p>Det er en norsk studie, noe som gjør den spesielt relevant for å belyse erfaringer under norske forhold.</p> <p>Behandlingen foregikk i en døgnavdeling ved en spesialisert klinikk.</p> <p>Studien inkluderer flere ulike familiemedlemmers perspektiver. I denne oppgaven blir derimot bare foreldrenes erfaringer inkludert da det var det som var relevant for oppgaven.</p>
---	---	---	---	--	---	--

<p>“For me, it’s a real pain”: A Foray into the Experience of Parents Involved in Family-Based Treatment”</p> <p>Isabelle Thibault, I., Leduc, K., Tougas, A-M., Pesant, C.</p> <p>(2023)</p> <p>SAGE journals</p> <p>Canada</p>	<p>Å undersøke utfordringer hos foreldre som gjennomgår en FBT-inspirert intervensjon. I tillegg identifisere utfordringer knyttet til foreldrenes følelser og roller i praksis.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>En-til-en semistrukturerte intervjuer.</p>	<p>6 mødre som deltok i en foreldrestøttegruppe parallelt med FBT.</p> <p>Pasientene var jenter mellom 13-17 år, med unntak av en gutt på 11 år.</p> <p>Fem av pasientene var diagnostisert med anoreksi, mens en av jentene hadde bulimi.</p>	<p>Foreldrenes personlige utfordringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Følelsesmessig påkjenning.</li> <li>-Akseptering av barnets diagnose.</li> <li>-Mestring av barnets engstelse.</li> <li>-Skyldfølelse.</li> <li>-Tabu rundt spiseforstyrrelser.</li> <li>-Bekymring over tilbakefall.</li> </ul> <p>Familiære utfordringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Omorganisering av hverdagen.</li> <li>-Utelukkende fokus på spiseforstyrrelsen.</li> <li>-Bekymring over søsken.</li> <li>-Relasjonsvansker med ektefelle.</li> </ul> <p>Utfordringer ved foreldrerollen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mangel på støtte.</li> <li>-Byrden med behandlingen.</li> <li>-Usikkerhet over egen kompetanse.</li> <li>-Måltidshåndtering.</li> <li>-Konflikter med barnet.</li> </ul>	<p><i>Styrker:</i> Studien trekker paralleller med tidligere forskning, noe som bidrar til å styrke troverdigheten.</p> <p><i>Svakheter:</i> Svært begrenset utvalg, noe som påvirker datametningen og mulighet for generalisering.</p> <p>Bare en tredjedel av inviterte foreldrene samtykket til å delta i forskningen. Deltakernes meninger kan være ulik fra foreldrene som ikke deltok.</p> <p>Utvalget består av foreldre som er rekruttert gjennom en støttegruppe. Resultater kan ha blitt påvirket av foreldrenes sårbarhet.</p>	<p>Etisk godkjent.</p> <p>Sykehusbasert behandlingssetting med poliklinisk behandling kombinert med innleggelse om nødvendig.</p> <p>Studien har et svært begrenset utvalg, hvor en av pasientene har diagnosen bulimi. Studien gir likevel innsikt i hvilke utfordringer foreldre kan ha i behandling med FBT. Studien kan bidra med å trekke paralleller til de andre inkluderte studiene i oppgaven.</p>
--	--	---	--	--	---	---

<p>“Parenting skills after participation in skills-based training inspired by the New Maudsley Method: a qualitative study in an outpatient eating disorder setting”</p> <p>Toubøl, A., Koch-Christensen, H., Bruun., Nielsen, D. S.</p> <p>(2019)</p> <p>Scandinavian journal of caring sciences.</p> <p>Danmark</p>	<p>Å undersøke foreldres oppfatning av sine nye ferdigheter etter å ha deltatt på ferdighetstrening inspirert av «New Maudsley Method».</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Fokusgruppeintervju.</p> <p>Foreldrene deltok på ferdighetskurs bestående av åtte workshops.</p> <p>To intervjuer ble gjennomført. Et intervju etter syvende workshop, og et etter oppfølgingsworkshop. Deltakerne ble delt i to tilfeldige grupper.</p>	<p>21 foreldre (11 fedre og 10 mødre), som representerte 14 ungdomsjenter mellom 13-17 år med spiseforstyrrelser.</p>	<p>Foreldrene fikk økt kunnskap om ulike reaksjonsmønstre ved hjelp av dyremetaforer som illustrerte mer eller mindre hensiktsmessige reaksjoner. Dette hjalp dem med å se seg selv utenfra, og de ble mer bevisst på egne automatiske reaksjoner. Samtidig dannet det grunnlag for mer reflekterte måter å håndtere datterens symptomer på. De utviklet også en større evne til å oppdage mønstre i familien som bidro til å opprettholde sykdommen.</p> <p>Kurset gjorde at foreldrene ble mer bevisst på deres rolle som viktige aktører i datterens tilfriskningsprosess.</p> <p>Foreldrene rapporterte også om at de fikk en større forståelse for sykdommens dynamikk og uttrykksformer, noe som ga grunnlag for en økt tilgang til datterens liv og et nærere forhold. Dette gjorde det lettere å kunne utfordre datterens perspektiver.</p> <p>Ved bruk av eksternalisering som kommunikasjonsverktøy, opplevde foreldrene at datterens sunne identitet lettere kunne bevares, samtidig som at det ga mulighet for å gjenvinne makten over symptomene. Foreldrene ble tryggere i sin rolle, og opplevde at de fremstod mer troverdig ovenfor datteren.</p>	<p>Styrker: Homogeniteten til deltakerne gir større metning av data.</p> <p>Både første- og andreforfattere deltok i alle intervjuer for å nøytralisere konflikten ved å være både terapeut og intervjuer.</p> <p><i>Svakheter:</i> Begrenset utvalg. Bare jenter med spiseforstyrrelser.</p> <p>Svarene i intervjuene kan være påvirket av at en av forfatterne var tilrettelegger for kurset.</p> <p>Det var et frafall av deltakere ved andre intervju. Siste intervju ble i tillegg gjort etter bare tre måneder. Resultatene om vedlikeholdelse av foreldrenes kompetanse må derfor ses på med forsiktighet.</p>	<p>Etisk komité-godkjenning var ikke nødvendig etter dansk lovgivning. Studien er utført i henhold til etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden, og er godkjent av det danske datatilsynet.</p> <p>Poliklinisk behandlingssetting.</p> <p>Tilleggsbehandling til kurset inkluderte FBT og familieterapi. Forskerne beskrev Ferdighetskurset som en måte å bygge bro mellom konvensjonell FBT-behandling og utfordringene foreldrene møter.</p>
---	---	---	---	--	---	---

<p>“Parents’ Experiences of Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa”</p> <p>Williams, L. T., Wood, C. &amp; Plath, D.</p> <p>(2020)</p> <p>Australian social work.</p> <p>Australia</p>	<p>Å undersøkte foreldrenes erfaringer med familiebaserte intervensjoner for behandling av ungdommer med anorexia nervosa</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Semi-strukturerte intervjuer.</p>	<p>9 foreldre til 7 ungdommer med anoreksi (6 mødre og 3 fedre).</p> <p>-Foreldre i manuell FBT (n=6)</p> <p>-Foreldre i ikke-manualisert systematiske familie-intervensjoner.</p> <p>Pasienter mellom 12-18 år.</p>	<p>Foreldre var preget av frykt, usikkerhet, sjokk og skam da de ble bevisst på sykdommen. Mange følte at deres bekymring ikke ble validert av helsepersonell.</p> <p>Spiseforstyrrelsen hadde en stor påvirkning på hele familien. Måltidsituasjoner var noe de gruet seg til. Noen foreldre opplevde også aggressiv oppførsel rundt måltider. Foreldrene måtte omstrukturere livene sine, både med jobb og sosialt nettverk. Enkelte fant støtte i sine religiøse, åndelige eller familiære verdier i stressende tider.</p> <p>Hverken FBT eller ikke-manualbasert familierapi skilte seg ut som den beste behandlingsmodellen. Foreldrene i manualbasert FBT hadde ulike opplevelser med behandlingen. Noen hadde en positiv opplevelse som styrket foreldreansvaret, mens noen opplevde det som nedlatende og upersonlig. Klinikernes tilnærming hadde stor betydning for deres opplevelse av behandlingen. Eksternalisering av sykdommen ble oppfattet som spesielt nyttig av enkelte. Det hjalp dem med å overkomme følelsen av skyld.</p> <p>Foreldrene sine sårbarheter ble eksponert under behandlingen. Flere opplevde det som konfronterende ved at de gjorde nye selvoppgaver.</p>	<p><i>Styrker:</i> Deltakerne ble tilbudt kopi av transkripsjonen for retting og tillegg.</p> <p><i>Svakheter:</i> svært begrenset utvalg fra en enkelt helsetjeneste. Det begrenser muligheten for generalisering.</p>	<p>Etisk godkjent.</p> <p>Poliklinisk behandlingssetting.</p>
--	---	--	--	--	---	---

