

Tidigare klienters upplevelser om ätstörningsvården i Finland

Ida Dahl (1901012)

Magisteravhandling i utvecklingspsykologi
Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier
Utbildningslinjen för socialvetenskaper
Handledare Maria Dahlberg
Åbo Akademi, Vasa
Våren 2024

Abstrakt

Författare (Efternamn, förnamn)	Årtal
Dahl, Ida	2024
Arbetets titel: Tidigare klienters upplevelser om ätstörningsvården i Finland	
Oppublicerad avhandling för magisterexamen i utvecklingspsykologi	Sidantal (tot.)
Vasa: Åbo Akademi. Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier	57
<p>Referat</p> <p>Syfte: Avhandlingens syfte är att undersöka hur tidigare klienter som vårdats för ätstörning upplevt ätstörningsvården i Finland. Därutöver identifieras olika behandlingsmetoder som klienterna erfarit samt styrkor och svagheter för respektive metod.</p> <p>Forskningsfrågorna lyder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vilka upplevelser har klienterna av dagavdelningsvården i Finland? 2. Vilka upplevelser har klienterna av öppenvården i Finland? 3. Vilka förbättringsförslag har de tidigare klienterna till ätstörningsvården? <p>Metod: Avhandlingen baserar sig på kvalitativ metod där semi-strukturerade intervjuer utfördes med sju kvinnliga respondenter som tagit del av ätstörningsvården i Finland i något skede under de senaste tio åren.</p> <p>Resultat: I studien framkommer det att alla respondenter upplevt ätstörningsvården otillräcklig i någon mån. De olika behandlingsmetoderna som lyftes fram var näringsterapi, fysioterapi, konstterapi, samtalsstöd, psykoterapi, KBT inriktad psykoterapi samt läkemedelsbehandling. Vårdformerna var antingen en del av öppenvården eller dagavdelningsvården. Dagavdelningsvården var den vårdformen som upplevdes som mest ineffektiv av de tidigare klienterna. Skillnader i upplevelsorna kring de olika vårdformerna varierade inte drastiskt och den mest effektiva vårdformen enligt respondenterna var psykoterapin. Vårdpersonalens brist på expertis lyftes fram av alla respondenter.</p> <p>Diskussion: Resultaten i denna studie kunde även stöda den tidigare forskningen gällande bristen på expertis hos vårdpersonalen och behovet av större fokus på psykosociala behandlingsformer. Behandlingen av ätstörningar på en avdelning har inte ansetts vara särskilt gynnsam på basis av tidigare forskning och denna studie. Mera forskning kring balansgången mellan de psykosociala och somatiska behandlingsmetoderna behövs.</p>	
Sökord / indexord	
Ätstörningar, Ätstörningsvård, Anorexi, Dagavdelningsvård, Öppenvård	
Eating disorder, Anorexia nervosa, Eating disorder treatment, Inpatient treatment, Outpatient treatment	

Innehåll

Abstrakt	2
1 Inledning	6
<i>1.1 Centrala begrepp.....</i>	<i>7</i>
1.1.1 Ätstörningar.....	7
1.1.1.1 Anorexia nervosa.....	7
1.1.2 Vårdrekommendationer	8
1.1.2.1 Samtalsstöd och psykoterapi	8
1.1.2.2 Läkemedelsbehandling	8
1.1.3 Vårdmöjligheter i Finland	9
1.1.3.1 Öppenvård	9
1.1.3.2 Avdelningsvård	9
<i>1.2 Teoretisk Referensram.....</i>	<i>10</i>
1.2.1 Albert Banduras sociala inlärningsteori	10
1.2.2 Konformitetsteori	10
<i>1.3 Tidigare forskning.....</i>	<i>11</i>
1.3.1 Klienters och vårdpersonalens syn på ätstörningsvården.....	11
1.3.3 Psykoterapi	13
1.3.5 Näringsterapi	14
<i>1.4 Syfte och forskningsfrågor.....</i>	<i>16</i>
2 Metod	17
2.1 Val av metod.....	17
2.2 Datainsamling, sampel och intervjuguide.....	17

2.3 <i>Analysprocessen</i>	19
2.5 <i>Etiska överväganden</i>	21
3 Resultat	22
3.1 <i>Öppenvård</i>	22
3.2.2 <i>Upplevelser av öppenvården</i>	23
3.2.3 <i>Vårdpersonalens expertis</i>	24
3.2.4 <i>Terapiformer</i>	25
3.2.5 <i>Läkemedelsbehandling</i>	25
3.2 <i>Dagavdelningsvård</i>	27
3.2.1 <i>Vårdpersonalens expertis</i>	27
3.2.2 <i>Jämförelse och tävling</i>	29
3.2.3 <i>Kamratstöd</i>	30
3.2.4 <i>Isolation och långa vårdperioder</i>	30
3.2.5 <i>Terapiformer</i>	31
3.2.6 <i>Vikt och psyke</i>	33
3.3 <i>Förbättringsförslag till ätstörningsvården</i>	35
3.3.1 <i>Vårdpersonalens expertis</i>	35
3.3.2 <i>Planering och anpassning</i>	36
3.3.3 <i>Terapiformer</i>	37
3.3.4 <i>Familjens och närståendes involvering</i>	38
3.3.5 <i>Vård i grupp</i>	38
3.3.6 <i>Längden på vården</i>	39
4 Diskussion	41
4.1 <i>Resultatdiskussion</i>	41

4.2 Metoddiskussion	46
4.3 Förslag på fortsatt forskning och råd till fältet.....	47
4.4 Konklusion.....	47
Källförteckning.....	49

Figurer

Figur 1: *Resultatredovisning för klienternas upplevelser av öppenvården*

Figur 2: *Resultatredovisning för klienternas upplevelser av dagavdelningsvården*

Figur 3: *Resultatredovisning för klienternas förbättringsförslag*

Bilagor

Bilaga 1: Intervjuguide

Bilaga 2: Informationsbrev

Bilaga 3: Samtyckesblankett

1 Inledning

Ätstörningar är allvarliga psykiatriska störningar som leder till förvrängd syn på mat, kropp och motion. Ätstörningar leder till otaliga psykiska, sociala och fysiska symptom och inverkar i individens funktionsförmåga. Enligt en undersökning av Institutet för hälsa och välfärd (2022) hade 6 % av finländska kvinnor mellan 20-35 års åldern lidit av en ätstörning under något skede av sitt liv. Enligt en annan studie, utförd av Helsingfors universitet (2020) skulle över 10 % av befolkningen i Finland ha lidit av någon form av ätstörning i sin ungdom (Syömishäiriöliitto, u.å.). I Finland drabbas 2 % av befolkningen av ätstörningen anorexi, som anses som en av de dödligaste psykiska störningarna. Anorexin präglas av självsvält och låg kroppsvikt. Kring 90 % av de som insjuknar i anorexi är kvinnor (Mieli, 2023).

Eftersom prevalensen av ätstörningsdiagnoser är hög och även ökat under de senaste 20 åren, är det även viktigt att det finns god vård, rehabilitering och stöd för den insjuknade och även närstående. Orsakerna till insjuknandet är i allmänhet många, individuella och komplexa. Ätstörningsvården i Finland har under de senaste tio åren utvecklats snabbt och nya interventioner har implementerats för att kunna försäkra klienterna om en bättre prognos. Trots den goda utvecklingen av behandlingsmetoderna är det fortfarande många klienter som inte blir friska. Statistik tyder på att upp till 79 % av individer med anorexi som fått vård har inte lyckats tillfriskna (Márquez m.fl., 2022). Utan vård blir ätstörningen ofta kronisk och inverkar negativt på livskvaliteten och funktionsförmågan hos individen (De Jong m.fl., 2018).

Därmed är det av yttersta vikt att mer forskning utförs inom området och att interventioner utvärderas, effektiveras och baseras på klienternas upplevelser och önskemål. Avhandlingens övergripande syfte är att ta reda på hur tidigare klienter inom ätstörningsvården upplevt vården i Finland. Fokus ligger främst på klienternas erfarenheter om dagavdelningsvården, öppenvården och de olika vårdformerna som erbjudits. Målet är att identifiera faktorer inom vården som stött individen i tillfriskningen, men även undersöka komponenter som eventuellt upplevts ha haft en negativ effekt på måendet. Det huvudsakliga syftet med avhandlingen är därmed att undersöka tidigare klienters upplevelser om ätstörningsvården i Finland.

1.1 Centrala begrepp

I kapitlet nedan presenteras avhandlingens centrala begrepp, vilka är nödvändiga att definiera för att syftet och frågeställningen ska tolkas korrekt. De definierade begreppen är ätstörningar, anorexia nervosa, vårdrekommendationer, samtalsstöd, psykoterapi, läkemedelsbehandling, vårdmöjligheter i Finland samt öppenvård och avdelningsvård.

1.1.1 Ätstörningar

Ätstörningar är ett paraplybegrepp som innefattar flera psykiatriska diagnoser. Ätstörningar är ett samlingsnamn för olika typer av patologisk problematik kring maten, den egna kroppen och vikten. Enligt ICD-11 manualen är det sjukliga beteendet kring mat och träning ett resultat av den förvrängda kroppsbilden och viktfobin som de insjuknade lider av. Därmed är det kännetecknande att individer med ätstörningar aktivt försöker gå ner i vikt och lider av grav näringsbrist. Den insjuknade är i allmänhet fullt upptagen med tankar och känslor kring den egna kroppen, maten och träningen. De vanligaste ätstörningarna är anorexi, bulimi, hetsättningsstörning samt ätstörning utan närmare specifikation (UNS) (World Health Organization, 2022).

1.1.1.1 Anorexia nervosa

Anorexia nervosa, eller anorexi, är enligt världshälsoorganisationens diagnosmanual för psykiska störningar, ICD-11, en ätstörning som präglas av självsvalt, låg kroppsvikt och stark rädsla för viktuppgång (World Health Organization, 2022). Anorexi är en psykisk störning som kännetecknas av en förvrängd kroppsbild och en stark vilja att gå ner i vikt. En rädsla för viktuppgång existerar hos individen med anorexi trots en allvarligt låg kroppsvikt. Den insjuknade kan, trots den låga kroppsvikten, uppfatta sig själv som överviktig och därmed träna överdrivet mycket samt svälta sig för att kontrollera vikten. Den låga kroppsvikten leder till ett undernäringstillstånd som orsakar i psykiska och fysiska symptom såsom hjärtproblem, koncentrationssvårigheter, osteoporos och störningar i menstruationen (World Health Organization, 2022).

Anorexin ackompanjeras ofta av andra psykiska störningar. Komorbiditet, det vill säga samsjuklighet, är därmed vanligt hos individer med anorexi. Det är vanligt att depression, olika former av ångestsyndrom och tvångssyndrom förekommer i samband med anorexi. Därmed är det viktigt att kunna identifiera all problematik som klienten lider av och behandla störningarna simultant (Halmi m.fl., 1991).

1.1.2 Vårdrekommendationer

Det är viktigt med tidigt ingripande och en aktiv vård för att kunna lindra på de negativa följderna som en ätstörning medför samt för att förbättra prognosen. Enligt vårdrekommendationen i Finland är det viktigt att först försöka korrigera näringstillståndet och den akuta undernäringen (Yeo & Hughes, 2011). Det är viktigt att klienten även får psykiskt stöd i form av terapeutiska och psykosociala vårdmetoder. De psykosociala vårdmetoderna, som innefattar psykologiska vårdmetoder med fokus på att bearbeta tankar och känslor, betonas som viktiga eftersom ätstörningar är psykiska störningar. Ätstörningar vårdas i huvudsak inom öppenvården, men ifall öppenvården inte är tillräcklig och klienten är i ett allvarligt undernäringstillstånd eller lider av andra komplikationer kan avdelningsvård krävas. Dock finns det inte tillräckligt med forskning om effektiviteten av avdelningsvården (Gowers m.fl., 2007).

1.1.2.1 Samtalsstöd och psykoterapi

Eftersom ätstörningar är psykiska störningar bör de behandlas med hjälp av psykosociala vårdmetoder. Till psykosociala vårdmetoder hör bland annat olika former av psykoterapi. Psykoterapi är därmed en behandlingsmetod som rekommenderas i vården av ätstörningar. KBT, som står för kognitiv beteendeterapi, är en form av psykoterapi som används flitigt som behandlingsmetod av ätstörningar. Inom KBT ligger fokus på att identifiera skadliga tankemönster och beteenden som ätstörningen medför och försöka modifiera eller ersätta dem med alternativa tankar och beteendemönster (Murphy m.fl., 2010).

Inom den allmänna psykoterapin ligger fokus i synnerhet på att identifiera orsakssamband och upplevelser som resulterat i ätstörningen. Målet är att kunna bena ur och identifiera underliggande orsaker och bearbeta dessa (Russell m.fl., 2023).

Enhanced Cognitive Behavioral Therapy, CBT-E, är en utarbetad form av kognitiv beteendeterapi som är riktad för individer med ätstörningar och används alltmer i vården av ätstörningar (Atwood & Friedman, 2019).

1.1.2.2 Läkemedelsbehandling

I vården av ätstörningar kan psykofarmaka, det vill säga läkemedelsbehandling användas för att lätta på symptomen eller andra psykiska störningar som individen lider av samtidigt. Ängest, depression och tvångssyndrom är vanlig problematik som ätstörningar ofta ackompanjeras av. Därmed är mediciner såsom Sertralin, Bentsodiatsepiner, Fluoxetin, SSRI-preparat och

Sitalopram läkemedel som används i vården av ätstörningar och dess symptom (Costandache m.fl., 2023). Olanzapin är ett antipsykotiskt läkemedel som även används i vården av speciellt anorexi. Olanzapin anses ha en hämmande effekt på ångesten och läkemedlet ökar aptiten, vilket kan vara ett stöd i att återställa näringstillståndet hos klienten (Rittenhouse, 2022).

1.1.3 Vårdmöjligheter i Finland

I Finland kan individer med ätstörning få vård på specialiserade avdelningar eller inom öppenvården. På ätstörningsavdelningar vårdas klienter som lider av allvarliga och svåra ätstörningar. I Finland finns det avdelningar som erbjuder behandling dygnet runt, men även dagavdelningar som tar emot klienter under dagtid (Syömishäiriokeskus, 2022). I Finland kan vård för ätstörningar fås inom alla välfärdsområden (Social- och hälsovårdsministeriet, 2023). Ätstörningsvården kan vara kommunal eller privat. Vårdpersonal som är med och förverkligar ätstörningsvården i Finland är psykologer eller psykoterapeuter som är specialiserade på ätstörningar samt specialiserade psykiatrer, läkare, näringsterapeuter och andra former av terapeuter med expertis och relevans inom området. Ätstörningsvården i Finland präglas därmed mångprofessionella team med omfattande erfarenhet och kunskap kring ätstörningsproblematik. Ätstörningsvården har som målsättning att kunna stöda klienten i att få en sundare och mer neutral inställning till mat och kropp (Orton, u.å).

1.1.3.1 Öppenvård

Öppenvården innefattar poliklinikbesök till en samtalskontakt eller besök hos psykolog. Öppenvården kan även erbjuda andra terapiformer såsom fysioterapi och näringsterapi. Öppenvården betyder i allmänhet att terapibesöken utförs från en till några gånger i veckan och innefattar ett en timmes besök hos terapeut. För att en individ ska kunna vårdas inom öppenvården behöver klienten inte vara en akut fara för sig själv eller någon annan. Därutöver krävs det att klienten har någon form av samarbetsvilja och motivation till att bli frisk för att öppenvården ska vara gynnsam (Syömishäiriokeskus, 2022).

1.1.3.2 Avdelningsvård

Om öppenvården inte är tillräcklig kan avdelningsvård eller dagavdelningsvård rekommenderas. Avdelningsvården erbjuder vård för klienter dygnet runt. Detta innefattar att klienterna bor på avdelningen under en viss tidsperiod (Syömishäiriokeskus, 2022). Dagavdelningsvården präglas av avdelningsvård där klienterna är inlagda under dagtid. Båda

formerna av avdelningsvård är riktad för klienter med svåra ätstörningar som inte klarar av att tillfriskna med hjälp av öppenvården och på egen hand. Avdelningsvården erbjuder klienterna ett intensifierat stöd med att återställa näringstillståndet och bearbeta den psykiska biten av sjukdomen. Olika former av terapi, läkarbesök och samtalsstöd erbjuds på ätstörningsavdelningarna (Österbottens Vårdsområde, 2023).

1.2 Teoretisk referensram

I den teoretiska referensramen presenteras två relevanta teorier för avhandlingens tematik. Dessa är den sociala inlärningsteorin och konformitetsteorin.

1.2.1 Albert Banduras sociala inlärningsteori

Albert Banduras sociala inlärningsteori betonar vikten av social påverkan och modellinlärning. Bandura lyfte fram effekten av observation och imitation av beteenden i sin teori. Teorin bygggs upp på att beteenden är inlärd och tillämpas på basis av den respons och känslomässiga reaktion som handlingen medför. Om ett beteende leder till positiv respons från omgivningen, är det sannolikt att beteendet förblir återkommande. Dessutom accepteras och imiteras beteenden även av andra, på basis av responsen och följderna (Bandura, 1971).

Den sociala inlärningen eller modellinlärningen kan förklara anammandet och imiteringen av beteenden i gruppssammanhang (Bandura, 1971). Gruppssammanhang där ett visst utseende idealiseras kan därmed ha en effekt på hur individerna i gruppen uppfattar sin egen kropp och engagerar sig i olika beteenden som har med utseendet och näringsintaget att göra. Sociala medier och samhällliga ideal bidrar även till att ohälsosamma ätbeteenden observeras och accepteras socialt. Den sociala inlärningsteorin kan därmed förklara hur ätstörningsbeteenden sprids och accepteras (Dane & Bathia, 2023).

1.2.2 Konformitetsteori

Enligt Bernheim (1994) är människan en varelse som söker efter social acceptans och känslan av samhörighet. Individen formas av sin omgivning och anpassar sina beteenden till normer och förväntningar som finns i samhället eller gruppen individen är delaktig i.

Konformitetsteorin innefattar det sociala samspelet mellan individer och hur detta påverkas av auktoriteter och andra sociala faktorer i gruppen. Individen vill i allmänhet passa in i gruppen och kan därmed anpassa sitt beteende för att inte uppfattas som annorlunda. Beteenden, värderingar och åsikter styrs därmed av närmiljöns attityder och dessa i sin tur

påverkar individens sätt att handla. Konformitetsteorin är en teori som kan förklara gruppsyck, mobbning och andra beteendemässiga fenomen som förekommer i kamratgrupper eller andra sociala helheter (Bernheim, 1994). Konformitetsteorin kan även appliceras på ätstörningsproblematik eftersom ätstörningar inverkas av olika sociala komponenter och eftersom sjuka beteenden har tendensen att anammas vid exponering och i grupsammanhang (Feeney m.fl., 2011). Detta fenomen har även demonstrerats inom ätstörningspatologin i form av att friska individer börjat påvisa ätstörda beteenden som förekommit i omgivningen (Silber, 2005).

1.3 Tidigare forskning

Tidigare forskning inom ramen för ätstörningsvård tyder på att ett brett antal interventioner används i vården av ätstörningar och att dessa även påvisat ha en hämmande effekt på ätstörda beteenden och symptomen som ätstörningen medför. Dock är det fortfarande ett stort antal individer som aldrig blir friska från sin ätstörning (Márquez m.fl., 2022).

1.3.1 Klienters och vårdpersonalens syn på ätstörningsvården

I en studie av Gustafsson m.fl. (2021) framkommer det att klienter som haft anorexi upplevt att vården varit alltför fokuserad på den somatiska aspekten av sjukdomen och viktuppgången. Enligt klienterna och deras familjemedlemmar har den psykiska biten av tillfriskningen hamnat i skymundan. Vårdpersonalen har däremot föredragit de somatiska vårdformerna eftersom de enligt dem varit mest effektiva. Enligt resultaten i studien hade de tidigare klienterna en upplevelse av att inte bli förstådda och bemötta på rätt sätt inom ätstörningsvården. Därutöver lyfte de tidigare klienterna fram att vården fokuserat alltför mycket på den fysiska delen av sjukdomen. I studien framkommer det även att klienterna varit medvetna om den somatiska återhämtningens betydelse i tillfriskningen, men att den psykiska biten även borde åtgärdas och tagits i beaktande simultant för bättre resultat. Enligt klienterna i studien kunde de somatiska vårdformerna inte åtgärda den psykiska biten av sjukdomen (Gustafsson m.fl., 2021).

I studien framförde de tidigare klienterna inom ätstörningsvården att sjukdomen i allmänhet är ett symptom på något helt annat och ett sätt att kontrollera och bearbeta annan problematik och är därmed en form av copingstrategi. Klienterna i studien beskriver att känslan av att vara frisk och återställd inte uppkom då vikten stabiliserats eller då de fysiska symptomen åtgärdats. Känslan av att vara frisk och stabil kom först då det psykiska bearbetandet gjorts (Gustafsson m.fl., 2021).

I samma studie av Gustafsson m.fl. (2021) framkommer det även att de tidigare klienterna med familj underströk vikten med kunnig och förstående personal och en mera balanserad och simultan vård av vikt och psyke. De tidigare klienterna, familjemedlemmarna och vårdpersonalen hade även likheter i sina svar om gynnsam vård. Enligt alla parter bör det finnas tillit och respekt i förhållandet mellan klient och terapeut samtidigt som familjen ska inkluderas i vården (Gustafsson m.fl., 2021).

1.3.2 Läkemedelsbehandling inom vården

Läkemedelsbehandling är ett vanligt och rekommenderat sätt att vårda de akuta symptomen, lätta på ångesten och de tvångsmässiga beteenden som ätstörningen medför. Ätstörningar ackompanjeras ofta av annan psykisk ohälsa såsom depression, ångest och även psykoser. Därmed är det ett vanligt och effektivt sätt att kombinera psykofarmaka med andra behandlingsformer i vården av ätstörningar (Márquez m.fl., 2022).

Flera studier har forskat kring effekterna av läkemedlet olanzapin som är ett antipsykotiskt läkemedel. I en nyare litteraturöversikt av Han m. fl. (2022) framkommer effekten av olanzapin på vikten hos klienter med anorexi. I studien analyserades hurudan effekt olanzapin har i vården av klienter med anorexi och viktuppgången. Resultaten tyder på att klienter som fått olanzapin haft betydligt kraftigare ökning i vikten än kontrollgruppen. Detta i sin tur tyder på att olanzapin kan vara ett sätt att snabba på viktuppgången hos allvarligt underviktiga klienter. Dock påvisade olanzapin inte ha andra betydliga effekter på måendet hos klienterna (Han, m.fl., 2022).

I en annan studie som forskat kring effekten av olanzapin på klienter med anorexi, framkommer det att klienter som vårdats med hjälp av olanzapin i vissa fall påvisat en kraftigare viktuppgång medan det i andra fall inte funnits en större skillnad mellan test- och kontrollgrupperna. Dock fanns det inga skillnader i det psykopatologiska måendet mellan test- och kontrollgrupperna, vilket tyder på att fortsatt forskning kring effekten av olanzapin på det psykiska måendet behövs (Márquez m.fl., 2022). I en tredje studie som undersökt olanzapin (Kishi m.fl., 2012) kunde inte heller märkbara skillnader noteras mellan olanzapin samt andra antipsykotiska läkemedel och placebo.

I vården av ätstörningar används även andra läkemedel. Dessa är i synnerhet antidepressiva, ångestdämpande och olika SSRI-preparat. Serotonin är en signalsubstans som förser individen med känslan av tillfredställelse. Då serotoninbalansen är rubbad kan detta resultera i att individen känner sig mätt och därmed hämmas ätandet ytterligare. Därmed kan

SSRI-preparat fungera som ett bra stöd i vården av anorexi för att öka aptiten och näringsintaget (Márquez m.fl., 2022).

Obalans i serotoninnivån är även en orsak till negativ känsloreglering samt dålig beteendehantering och impuls kontroll. Dessa spelar en central roll i ätstörningspatologin och därmed är SSRI-preparaten relevanta då det kommer till vården av ätstörningar (Márquez m.fl., 2022). I studien av Márquez m.fl. (2022) undersöks effekten av SSRI-preparatet fluoxetin. Klienter som ordinerats fluoxetin hade efter ett år betydligt mindre ångest, depressiva symptom och tvångsmässiga beteenden än kontrollgruppen.

I vården av ätstörningar bör läkemedel i synnerhet användas för att lätta på ångesten och de akuta symptomen som ätstörningen medför. Det är inte rekommenderat att vårda en ätstörning endast med hjälp av läkemedel (Márquez m.fl., 2022).

1.3.3 Psykoterapi

De mest rekommenderade vårdformerna för ätstörningar är olika former av psykoterapi. Inom psykoterapin fokuserar klienten och psykologen på att identifiera och ändra på tanke- och beteendemönster och hitta orsakssamband och alternativa handlingssätt. Olika former av psykologiska terapiformer är rekommenderat i vården av ätstörningar eftersom ätstörningar är psykiska sjukdomar som grundar sig på ohälsosamma tankesätt och känslotillstånd. I psykoterapi, KBT inriktad psykoterapi samt CBT-E inriktad psykoterapi ligger fokus i synnerhet på att hitta alternativa sätt att tänka och handla och finna orsakssamband (Galsworthy-Francis & Allan, 2014).

Psykoterapeutiska vårdformer är rekommenderade i behandlingen av ätstörningar. De psykoterapeutiska behandlingsformerna har utvecklats och specialiserats under de senaste åren och enligt studien av Zeeck m.fl. (2018) kan psykoterapi i olika former rekommenderas speciellt i vårdandet av anorexi. Psykoterapin har enligt forskning en positiv inverkan på viktuppgången och kan därmed snabbt hämma på de skador som undernäringen medfört. I studien hade klienternas psykiska mående inte utvärderats, vilket orsakar i att psykoterapins effekter på det psykiska måendet förblir oklara. Det visade sig även att familjebaserade terapiformer passade bättre för ungdomar medan psykoterapin hade bättre effekt hos vuxna (Zeeck m.fl., 2018).

Trots att den kognitiva beteendeterapin har förespråkats av forskare och på ett teoretiskt plan är en passande behandlingsmetod för ätstörningar, finns det lite bevis på dess effektivitet. KBT har dock visats vara effektivt för att minska på risken för återfall hos klienter med anorexi (Galsworthy-Francis & Allan, 2014). Dessutom har CBT-E använts allt mer inom vården av

ätstörningar. Denna typ av KBT är en vidareutvecklad form som är riktad för individer med ätstörningsproblematik. I CBT-E fokuseras terapin på den dysfunktionella synen på det egna värdet och den överdrivna fokusen på kroppen och vikten. Dessutom kan terapimodellen ytterligare utökas där även perfektionism, dålig självbild och interpersonliga aspekter tas i beaktande. Forskning som jämfört CBT-E med andra psykologiska terapier har kommit fram till att CBT-E är betydligt gynnsammare i vården av bulimia och hetsätningstörning än till exempel interpersonell psykoterapi. Trots detta finns det inte lika starkt bevis på att CBT-E skulle vara lika effektiv i vården av anorexi (De Jong m.fl., 2018).

I en studie av Atwood och Friedman (2019) lyfts CBT-E fram som en effektiv vårdform då det kommer till ätstörningar. CBT-E hade en hämmande effekt på de ätstörda beteenden och ätstörningspatologin för alla ätstörningar. Därutöver påverkade terapiformen viktuppgången i en positiv riktning hos klienter med anorexi (Atwood & Friedman, 2019).

I en annan studie framkommer familjeterapins effekt på ungdomars ätstörningspatologi. Familjeterapin har visat sig vara gynnsam för yngre generationer som lider av ätstörningar. Hos vuxna och unga vuxna rekommenderas psykologiska terapiformer såsom olika former av psykoterapi. Dessa har visat sig vara effektiva och snabbat på tillfriskningen hos de vuxna klienterna (Brockmeyer m.fl., 2017).

1.3.4 Fysioterapi

Fysioterapi är en vårdform där fokusen ligger på att den insjuknade är i kontakt med sin kropp och blir mera bekväm med sitt utseende. Fysioterapin kan präglas av massage, aerobisk träning och yoga. Hos individer med anorexi har fysioterapin som fokuserat på kroppsmedvetenhet visat sig ha en hämmande effekt på ätstörningspatologin samt snabbat på viktuppgången. Därutöver har även yoga och aerobisk träning visat sig ha en positiv effekt på individer med bulimi och anorexi. Den formen av träning visade sig stöda klienterna i att öka styrkan och muskelmassan. Klienterna som deltog i någon form av fysioterapi hade även mindre depressiva symptom. Dock är resultaten i studien inte övertygande och fortsatt forskning kring tematiken behövs för att kunna fastställa hur omfattande effekten av den fysiska terapin är (Vancampfort m.fl., 2014).

1.3.5 Näringsterapi

I vården av ätstörningar kan näringsterapi i form av rådgivning av en specialist vara viktigt för att återuppta en hälsosam syn på näring och kost. Näringsterapeuten kan lägga upp ett matschema som den insjuknade kan följa för att få i sig tillräckligt med näring. Klienten kan

även rekommenderas att ta näringssupplement beroende på tillståndet. Studier påvisar att näringsterapin, både med och utan användning av näringssupplement, stöder klienten i att öka näringsintaget till en hälsosam nivå och därmed gå upp i vikt. Dock påvisar näringsterapin och näringssupplementen ingen signifikant effekt på dödligheten (Baldwin & Weekes, 2012).

1.3.6 Inläggning och öppenvård

Ätstörningsproblematik vårdas i allmänhet inom öppenvården med hjälp av olika former av terapi. Om denna form av behandling inte räcker till och en mera intensiv vård krävs, kan inläggning på sjukhus eller avdelning behövas (Madden m.fl., 2015). I studien av Madden m.fl. (2015) jämfördes vårdresultaten mellan inläggning och öppenvård hos klienter med anorexi. Resultaten i denna specifika studie tyder på att delvis inläggning på sjukhus eller avdelning har en starkare positiv effekt på tillfriskningen hos individer med anorexi än om de endast vårdats inom öppenvården. Individer som delvis varit inlagda påvisade bättre psykiskt mående och kraftigare viktuppgång än klienterna som vårdats endast inom öppenvården (Madden m.fl., 2015).

Öppenvården rekommenderas i synnerhet för individer som är samarbetsvilliga, redo att ta emot hjälp och inte befinner sig i ett allvarligt undernäringstillstånd eller lider av andra sjukdomar samtidigt. Hos klienter som nekar sitt tillstånd och motstår vården, kan tvångsvård krävas om klienten är en akut fara för sig själv (Madden m.fl., 2015).

I meta-analysen av Hay m.fl. (2019) framkommer inte heller några signifikanta skillnader mellan öppenvård och inläggning eller en kombination av båda. Variabeln som mättes var vikten och tidsintervallet bestod av 12 månader.

I litteraturöversikten av Suárez-Pinilla m.fl. (2015) undersöktes om inläggning i kombination med tilläggsbehandlingar i form av läkemedelsbehandling eller psykosociala vårdmetoder kunde försnabba och öka på viktuppgången hos klienter med anorexi. Resultaten tyder på inga signifikanta skillnader i viktuppgång med de olika tilläggsbehandlingarna under inläggningen. Dock undersöktes endast klienter i akutfasen av inläggningen och vikten var den enda variabeln. Därmed är det svårt att säga hur vården kunde påverka det psykiska måendet och viktuppgången i det långa loppet.

1.4 Syfte och forskningsfrågor

Avhandlingens syfte är att undersöka hur tidigare klienter som vårdats för ätstörning upplevt ätstörningsvården i Finland. Därutöver identifieras olika behandlingsmetoder som klienterna erfarit samt styrkor och svagheter för respektive metod. Målet är att kunna identifiera om det finns återkommande teman eller faktorer som underlättat tillfriskningsprocessen och även lyfta fram komponenter inom vården som ansetts vara problematiska. Forskningsfrågorna lyder;

1. Vilka upplevelser har klienterna av dagavdelningsvården i Finland?
2. Vilka upplevelser har klienterna av öppenvården i Finland?
3. Vilka förbättringsförslag har de tidigare klienterna till ätstörningsvården?

2 Metod

I metodkapitlet kommer den valda metoden att presenteras. Därutöver kommer analysprocessen, intervjuguiden samt processen kring datainsamlingen och samplet att framföras. Kapitlet behandlar även trovärdigheten, tillförlitligheten samt överförbarheten av det insamlade materialet. Etiska överväganden har även beaktats i kapitlet och hela avhandlingen.

2.1 Val av metod

Metoden som valts för avhandlingen är kvalitativ och baserar sig på semi-strukturerade intervjuer. Med hjälp av en kvalitativ metod kan forskaren fånga upp djupgående och subjektiv information om ett specifikt ämne. Syftet med intervjuerna i denna studie var att samla in omfattande data om hur tidigare klienter inom ätstörningsvården har upplevt vården i Finland. Intervjuerna utfördes med hjälp av en intervjuguide som följdes vid varje intervju (se bilaga 1). Frågorna formades på ett sätt där respondenterna själv haft rum att fritt resonera och reflektera kring sina upplevelser. Svaren ligger som basen för resultatkapitlet och diskussionen. Kvalitativ metod valdes för avhandlingen eftersom den passar bäst för att fånga upp de tidigare klienternas subjektiva upplevelser och erfarenheter kring ätstörningsvården i Finland.

Intervjuerna, dvs. datainsamlingen, utförs generellt ända tills man uppfyller någon form av mättnad, vilket innebär att intervjusvaren kretsar kring samma teman och ingen egentlig ny information framträder. I denna avhandling utfördes intervjuerna tills en form av mättnad upplevdes av intervjuaren (Svensson & Starrin, 1996).

2.2 Datainsamling, sampel och intervjuguide

Datainsamlingen utfördes genom intervjuer med sju utvalda respondenter i februari och mars 2023. Respondenterna var utvalda på basis av ett antal kriterier för att passa in i samplet och avhandlingens syfte. Kriterierna för denna avhandling innefattade att respondenten ska ha haft en ätstörning och vårdats på en avdelning eller dagavdelning i Finland under de senaste tio åren. I studien kom det senare fram att alla respondenter hade diagnosen anorexi och vårdats inom både dagavdelningsvården och öppenvården. Därmed fokuseras avhandlingen främst kring ätstörningen anorexi samt dagavdelningsvården och öppenvården. Alla respondenter var kvinnor i åldern 22–30 år. Deltagarna har alla vårdats för ätstörning i Finland under de senaste tio åren. Respondenterna som deltagit har vårdats på en eller flera ställen. En del av respondenterna har även delvis vårdats på sjukhus.

Insamlingen av respondenter påbörjades genom att via sociala medier ta kontakt och värva in möjliga deltagare. Respondenter kontaktades även direkt via meddelanden. Insamlingen av respondenterna utfördes mellan oktober och december 2022. Efter att respondenterna visat intresse och kvalifikationen för studien uppnått, skickades ett informationsbrev ut till deltagarna gällande avhandlingens syfte och intervjuprocessen (se bilaga 2). Därefter föreslogs tid och plats för intervjun och en samtyckesblankett skickades till respondenterna för att läsas och bekräftas (se bilaga 3).

Intervjuerna utfördes mellan februari och mars 2023 och grundade sig på intervjuguiden (se bilaga 1) med semi-strukturerade frågor. En intervju kan enligt Trost (2010) vara antingen strukturerad, semi-strukturerad eller ostrukturerad. En strukturerad intervju består av svarsalternativ som är förutbestämda och begränsade. I en ostrukturerad intervju är svarsmöjligheterna öppna och respondenten styr intervjuns och samtalets riktning. En semi-strukturerad intervju baserar sig på en intervjuguide med bestämda frågor och en agenda, men det finns rum för respondenten att svara fritt på basis av de egna upplevelserna kring tematiken. Den valda intervjumetoden för avhandlingen är semi-strukturerad intervju. Därmed används en intervjuguide som en heltäckande bas för forskningen och datainsamlingen. Frågorna i intervjuguiden bör vara tillräckligt många och öppna för att det ska finnas rum för respondentens egna reflektioner och erfarenheter (Trost, 2010).

Intervjuguiden var uppbyggd på ett sätt där det fanns rum för fria associationer kring frågor som behandlade upplevelser och erfarenheter av vården. Fyra av sju intervjuer hölls via kommunikationsplattformen Zoom och två hölls hemma hos respondenten och en hemma hos intervjuaren. Två respondenter hade med små barn under intervjun, vilket medförde ett extra störmoment i intervjun. Intervjuerna räckte mellan 30–60 minuter och spelades in som en ljudfil efter att respondenten gett sitt godkännande till detta. Efter att alla intervjuer utförts, transkriberades det insamlade materialet och därefter raderades råmaterialet, ljudfilerna. Efter detta anonymiserades och analyserades informationen.

Intervjuguiden för denna avhandling består av 18 frågor med en del följdfrågor. Intervjuguiden är uppdelad i sex sektioner med olika fokusområden som såg ut på följande sätt: 1) frågor om respondentens bakgrund samt diagnos och vårdplats, 2) frågor kring upplevelsen av vårdplatsen, 3) frågor om faktorer inom vården som haft en effekt på tillfriskningen, 4) frågor om upplevelsen av vårdpersonalen samt expertisen, 5) frågor om dagens läge och sammanfattning av vården och slutligen 6) diskussion med avslutande tankar om vården och respondentens råd och förbättringsförslag till ätstörningsvården. Det är viktigt att genomföra intervjuguiden i sin helhet med alla respondenter. Dock spelar ordningsföljden på frågorna inte

en större roll. Respondenterna ska även ha möjlighet att gå tillbaka i sina svar och komplettera eller ändra på sina konklusioner (Patel & Davidson, 2019). Alla frågor ställdes oavsett om respondenten redan delvis besvarat frågan i ett tidigare skede för att möjligen fånga upp ytterligare information eller tankar kring frågeställningen. En del frågor bestod även av följdfrågor och dessa ställdes varierande och efter behov.

2.3 Analysprocessen

Analysprocessen påbörjades genom att intervjuaren transkriberade intervjuerna ord för ord. Enligt Trost (2010) innebär transkription att intervjun skrivs ut i sin helhet inklusive pauser, skratt och andra uttryck eller gester. Transkription är en tidskrävande process, men som är nödvändig för att materialet ska kunna bearbetas och analyseras enhetligt (Trost, 2010).

Analysprocessen utfördes på basis av en konventionell induktiv ansats. Detta innebär att det insamlade data talar för sig och formar de övergripande teman för avhandlingens resultat. Det finns därmed inga förutfattade meningar eller teorier som styr analysen av svaren från intervjuerna. De transkriberade materialet kategoriseras därmed på basis av olika koder i materialet som består av återkommande teman, ord och uttryck. Det är därmed på basis av respondenternas svar som gemensamma kategorier, slutsatser och antaganden identifieras (Hsieh och Shannon, 2005).

Efter transkriberingen raderades alla ljudfiler och transkriptionerna anonymiserades. Namn och andra kännetecknande komponenter i transkriptionerna togs bort. Efter detta gjordes en övergripande kategorisering där frågorna och svaren formade kategorierna. Kategoriseringen gjordes manuellt genom att skapa en tabell med återkommande teman. Respondenterna placerades i kolumnerna och kategorierna på raderna. I detta skede var analysen ännu väldigt bred och innefattade mycket information från transkriptionerna. Då tabellen klarstälts, kunde tydliga likheter och olikheter utgöras. Med hjälp av tabellen kunde även en röd tråd finnas och rubrikerna för resultaten blev lättare att forma.

2.4 Trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet

Kvaliteten av en kvalitativ forskning kan diskuteras på basis av hur god trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet resultaten och den valda metoden har. Trovärdigheten eller validiteten av en forskning innebär att forskaren lyckats följa de regler och principer som finns för den valda metoden och insamlingen av data. Trovärdigheten innebär att intervjuaren lyckats mäta och samla in den information som stämmer överens med forskningens syfte, frågeställning och metod. Grunden ligger i att forskningen mäter det som den är avsedd att mäta och att data samlas in på ett konsekvent sätt. Utöver detta innefattar trovärdigheten att alla respondenter informerats om forskningens syfte, metod och att de får ta del av resultatet (Svensson & Starrin, 1996). Insamlingen av data för denna avhandling har flöjt de principer och regler som finns för den kvalitativa forskningen. Dessutom har intervjuguiden formats så att den fångar upp ett brett spektrum av svar som tangerar avhandlingens syfte och fokus. Denna avhandling har i syfte att mäta tidigare klienters upplevelser av ätstörningsvården i Finland och intervjuerna har byggts på att reda ut precis detta.

God tillförlitlighet eller reliabilitet innebär att insamlingen av data inte påverkas av yttre omständigheter eller slumpmässiga företeelser (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuerna ska därmed utföras under liknande förhållanden och med samma förutsättningar för alla respondenter. Därmed ska inte mätinstrumentet eller andra omständigheter påverka datainsamlingens och tolkningens objektivitet. Frågorna skall inte modifieras eller ställas på olika sätt, utan intervjuguiden skall följas i sin helhet med alla respondenter för optimal tillförlitlighet (Trost, 2010). Intervjuerna i denna avhandling har utförts i varierande miljöer, vilket kan inverka i tillförlitligheten. Dock har varje respondent själva fått välja var och hur de vill bli intervjuade, vilket gör att de fått välja en miljö de känner sig bekväma i. Två av sju intervjuer hölls hemma hos respondenterna och en intervju hemma hos intervjuaren. De resterande fyra intervjuerna hölls via videosamtal på Zoom.

Överförbarheten av data handlar om hur generaliserbart resultatet är och huruvida det kan tillämpas i andra situationer och kontexter. Överförbarheten innefattar därmed hur liknande resultat samma forskning skulle få i en annan kontext utförd av andra forskare (Kvale & Brinkmann, 2014). Kvalitativa studier kan i allmänhet inte generaliseras. Samplet för denna studie är även rätt så litet och resultatet baseras på respondenternas uppfattningar och erfarenheter om ätstörningsvården.

2.5 Etiska överväganden

Forskningsetiska delegationens (2019) etiska principer för forskning ligger som grund för forskningsmetodikerna inom humanvetenskaperna. Etikprövningen styrs av de riktlinjer och principer som stadgas av forskningsetiska delegationen TENK och sätter även basen för hur mötet med respondenterna ska gå till. Syftet med principerna är att skydda respondentens integritet, människovärde och hur personuppgifter och känslig information samlas in och bearbetas. Respondenten ska bemötas med respekt och få tillräckligt med information om både intervjun och forskningen som hen deltar i. Respondenten deltar frivilligt och har under alla omständigheter rätt att dra sig ur forskningen och ta tillbaka sitt bidrag utan att uppge större orsak och utan negativa följder. Forskningen och insamlingen av data ska även utföras på ett sätt som inte medför risker eller orsakar i skador hos respondenten. Människovärdet ska bevaras och det ska finnas en fullständig transparens mellan intervjuare och respondenten om hur materialet förvaras, bearbetas och presenteras. Personlig information om respondenten får under inga omständigheter avslöjas för utomstående eller framföras i avhandlingens resultat (TENK, 2019).

Respondenterna i denna studie fick allra först ta del av ett informationsbrev (se bilaga 1) som framförde forskningens och intervjuens syfte. I brevet betonades den fria viljan att delta, avbryta eller dra ur sitt bidrag närsomhelst utan följder. Innan intervjutillfället fick respondenterna även en samtyckesblankett (se bilaga 2) att läsa igenom. I samtyckesblanketten bekräftades det att respondenten fått information om studien, hur deltagandet fungerar, eventuella risker som deltagandet kan medföra samt hur personuppgifter och känslig information behandlas. I början av varje intervju bekräftade intervjuaren att respondenten säkert läst igenom blanketten och är medveten om sina rättigheter. Varje respondent gav sitt godkännande muntligt vid intervjutillfället och först efter detta påbörjades intervjun. Under intervjuens gång försäkrades respondenterna om anonymiteten och att materialet behandlas konfidentiellt.

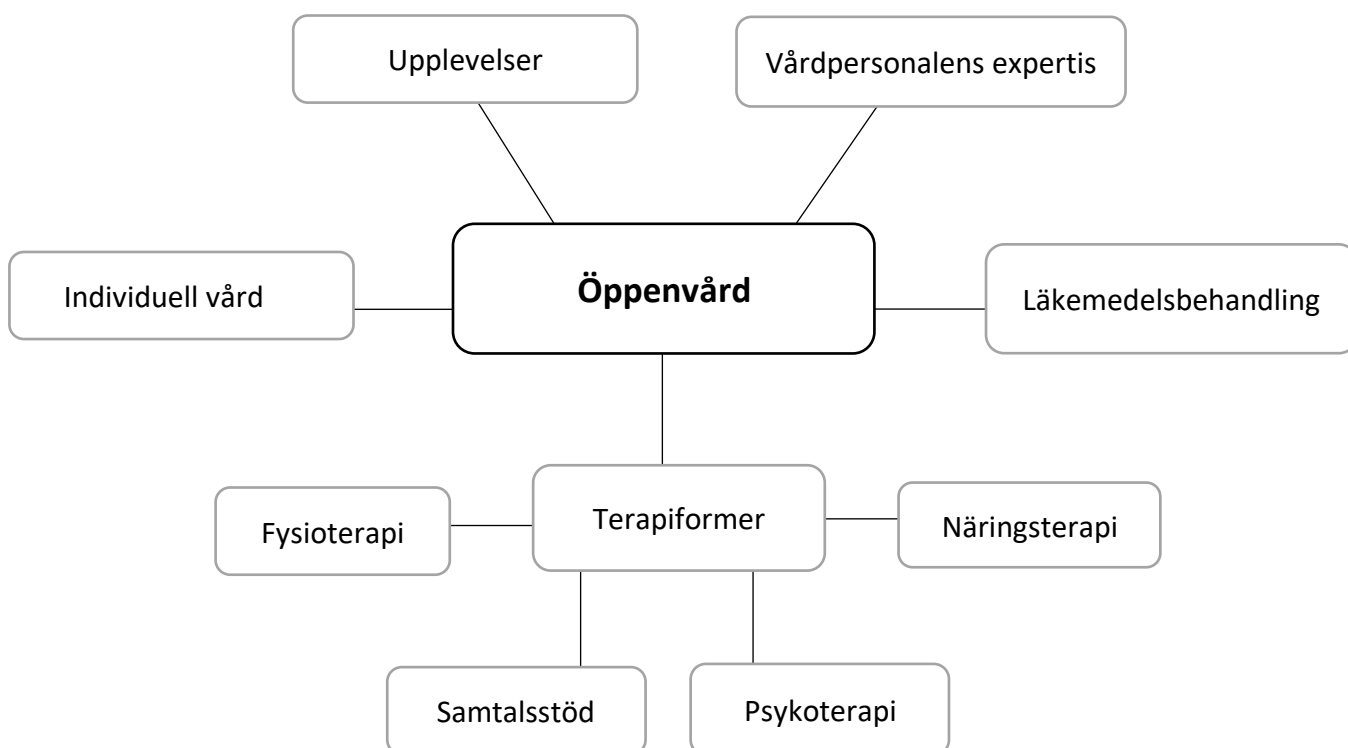
3 Resultat

I resultatkapitlet kommer avhandlingens resultat och konklusioner att presenteras. Resultaten presenteras i form av tematiska rubriker med text och figurer. Resultatet bygger på respondenternas upplevelser om öppenvården och dagavdelningsvården. Slutligen framförs även respondenternas råd och förbättringsförslag till ätstörningsvården.

3.1 Öppenvård

Alla respondenter i studien hade tagit del av någon form av öppenvård. Öppenvården har bestått av poliklinikbesök med stödsamtal, besök hos läkare, psykoterapi, KBT samt näringsterapi och fysioterapi. Öppenvården som respondenterna tagit del av har varit individuell och baserat sig på besök hos en terapeut eller samtalskontakt. Återkommande teman inom öppenvården är vårdpersonalens expertis, den individuella vården, allmänna upplevelser om öppenvården och de olika terapiformerna (se figur 1).

Figur 1.



3.2.1 Individuell vård

Öppenvården som respondenterna tagit del av var huvudsakligen individuell. Detta innefattade individuella besök hos terapeut eller samtalskontakt. Alla respondenter nämnde att de individuella vårdformerna varit positiva eftersom de inte hade möjlighet att jämföra sig med andra klienter och därmed uppstod inte tävlingssituationer och respondenterna påverkades inte av andras beteenden. Jämförelse- och tävlingsaspekten som klienterna upplevt att fanns i vården med andra klienter föll därmed helt bort inom öppenvården. Fokus låg helt och hållet på det egna måendet och de individuella svårigheterna. Den individuella vården möjliggjorde därmed en mera ostörd och neutral vårdmiljö utan yttre störmoment.

I öppenvården kunde man delvis känna sig rätt så ensam och oförstådd, men samtidigt var det så skönt då man inte behövde jämföra sig med någon annan eller ta någon annan i beaktande. (Respondent #7)

Man kunde inte jämföra sig med någon eller triggas av någon annan. (Respondent #5)

Fokus låg helt på en själv och det var så skönt. (Respondent #1)

3.2.2 Upplevelser av öppenvården

Inom öppenvården hade vårdperioderna räckit från några månader upp till fyra år. De långa vårdperioderna inom öppenvården ansågs inte vara negativa. Majoriteten av respondenterna ansåg att det psykologiska stödet som öppenvården och de olika terapiformerna kunde erbjuda, hade en positiv effekt på måendet. Fem av sju respondenter ansåg även att de långa vårdperioderna inom öppenvården varit positiva eftersom de upplevde att måendet inte blev sämre av att de gick och talade hos någon en eller några gånger i veckan.

Inom öppenvården låg fokus främst på det psykiska måendet och tankarna, vilket ansågs vara positivt av respondenterna. Kroppsvikten kontrollerades, men fokus låg mera på den psykiska sidan av sjukdomen. Målet var att hitta alternativa tankar och bryta problematiska beteendemönster samt acceptera den egna kroppen och viktuppgången, berättade respondenterna.

Åtstörningar är ju i allmänhet långvariga sjukdomar och kräver därmed också långa vårdperioder och ett långvarigt psykologiskt stöd. (Respondent #7)

Jag vårdades i öppenvården i fyra år och fast det var ganska länge så kändes det bra att ha ett långvarigt och kontinuerligt stöd speciellt då man hade sämre perioder emellanåt. (Respondent #1)

Det var så skönt att inte behöva hela tiden fokusera på ätandet och vikten utan faktiskt få hjälp för tankarna och ångesten. (Respondent #2)

3.2.3 Vårdpersonalens expertis

Inom öppenvården ansågs expertisen hos personalen vara varierande. Poliklinikbesöken och samtalsstödet var enligt majoriteten av respondenterna inte av den bästa kvaliteten och orsakade i att tillfriskningen inte framskred. Trots detta kunde stödsamtalen ändå fungera som ett bra sätt för klienterna att få utlopp för tankar och känslor. Stödsamtalen på ätstörningspolikliniken utfördes i första hand av olegitimerade psykologer, till exempel närvårdare, sjukskötare eller psykiatriska sjukskötare. Stödsamtalen med vårdpersonalen ansågs enligt de flesta respondenterna ha en positiv effekt eller ingen effekt alls på måendet. Två av respondenterna upplevde att stödsamtalen till och med haft en negativ effekt på måendet på grund av det bristfälliga kunnandet inom området. Fyra av respondenterna framförde att en del vårdare uttryckt sig klumpigt eller varit okänsliga då de talat om sjukdomen. Respondenterna ansåg att orsaken till de okänsliga kommentarerna berott på okunnighet och brist på expertis kring ätstörningar och psykisk ohälsa överlag. Alla respondenter nämnde att de påträffat en eller flera vårdexperter som inte haft tillräckligt med kunskap för att kunna stöda och bemöta dem på rätt sätt sjukdomen.

Expertisen hos legitimerade psykoterapeuter och en del läkare var enligt respondenterna betydligt bättre än hos de olegitimerade terapeuterna och samtalskontakterna. Enligt respondenterna kunde kontrasten i kunnandet vara stort beroende på utbildning och arbetserfarenhet.

*”Vi kollar din vikt och på basis av vad vågen visar diskuterar vi ditt mående”, var det första jag fick höra av min samtalskontakt på ett av mina poliklinikbesök.
(Respondent #1)*

Jag har fått så många dumma kommentarer av vårdare under stödsamtalen som bara har fått mig att må sämre. (Respondent #1)

Kontrasten på kvaliteten mellan psykoterapi och samtalen på ätstörningspolikliniken var stor [...]. (Respondent #7)

3.2.4 Terapiformer

Terapiformerna som respondenterna tagit del av inom öppenvården var psykoterapi, KBT inriktad psykoterapi, näringsterapi, fysioterapi och stödsamtal. KBT ansågs som en av de bättre vårdformerna och fungerade bra för alla fyra respondenter som fått ta del av den. Respondenterna ansåg att KBT hade en hämmande effekt på de sjuka tankarna och destruktiva beteenden. Den allmänna psykoterapien ansågs även som en positiv vårdform. Dock påpekade två av de fem respondenter som fått ta del av psykoterapi att terapin förblev ytlig. Enligt dessa två respondenter fokuserades psykoterapien för mycket på det praktiska kring ätandet och inte så mycket på tankarna och roten av problemet.

De individuella formerna av näringsterapi och fysioterapi ansågs vara mera positiva än negativa. Dock ansåg fem av sju respondenter att näringsterapien och fysioterapien inte hade någon direkt effekt på måendet varken i negativ eller positiv riktning.

För min del har psykoterapien fungerat bäst av alla vårdformer [...] man fick verkligen hjälp för att hantera tankarna och ångesten och beteenden man haft i flera år. (Respondent #6)

Fysioterapien var nog helt okej, men inte något som hade en stor effekt på måendet. (Respondent #3)

Näringsterapien var helt bra men inte var det något revolutionerande som hände i min tillfriskning med näringsterapien. (Respondent #1)

3.2.5 Läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandlingen var något sex av sju respondenter hade erfarenhet av. Läkemedelsbehandlingen förekom både inom öppenvården och dagavdelningsvården och ordinerades av en läkare. Läkemedlen skrevs ut till klienterna för att lätta på ångesten eller

behandla andra psykiska störningar som förekom samtidigt som ätstörningen. Läkemedlen som respondenterna fått ta del av är antidepressiva läkemedel, ångestdämpande mediciner, mediciner för sömnsvårigheter och mot tvångstankar och tvångsbeteenden. Läkemedlen som respondenterna hade fått var Seronil, Sertralin, Ketipinor, Escitalopram, Atarax, Mirtazapin, Benzodiazapiner, Opamox och Venlafaxin. Fyra av respondenter går ännu idag på en eller flera av de mediciner som de fått under sin vård.

Läkemedelsbehandlingen har i huvudsak upplevts som positiv. Enligt fyra respondenter hjälpte medicineringen dem med att hantera ångesten och orka kämpa emot sjukdomen och tankarna. Sömnsvårigheterna minskade även för de klienter som fick någon form av ångestdämpande eller lugnande medicin mot kvällen. Enligt tre respondenter skulle de inte ha klarat av att tillfriskna utan medicin. Enstaka respondenter framförde negativa aspekter med läkemedelsbehandlingen såsom att hitta den rätta medicinen. För två respondenter var det svårt att hitta en medicin som passade dem och därmed fick de experimentera och prova sig fram. Detta kunde orsaka i ökad ångest och andra kroppsliga symptom såsom illamående och trötthet. Tre respondenter lyfte även fram svårigheterna med att sluta med medicinen. Enligt respondenterna hade läkaren försäkrat klienterna om att läkemedlen inte är beroendeframkallande. Trots detta ansåg två av respondenterna att de idag är beroende av medicinen eftersom de tagit den så länge och inte klarat av att sluta.

Jag tycker att de medicinerna fungerade bra för mig. Jag tycker det har varit bra att man ha kunnat få hjälp med medicin. (Respondent #5)

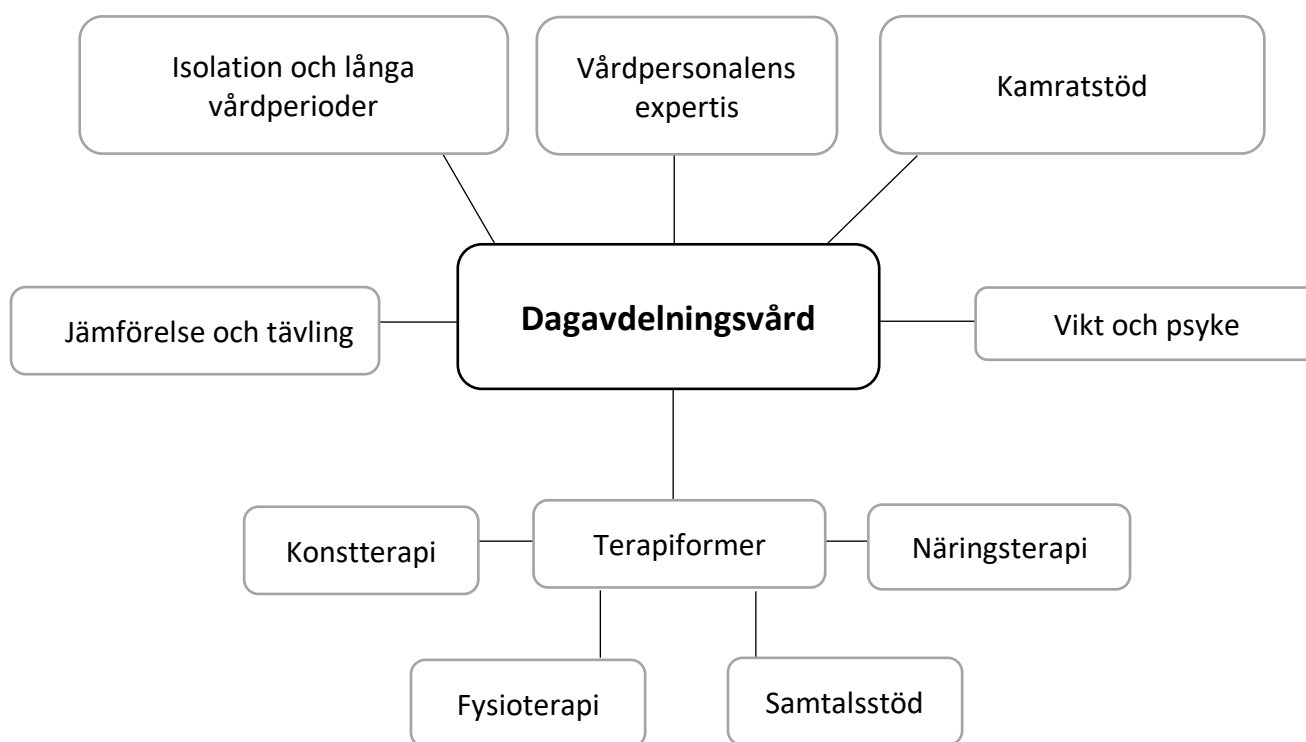
Jag tror nog inte att jag skulle ha blivit frisk utan stödet av medicinen. (Respondent #4)

Medicinerna har varit helt super. Jag kunde knappt sova innan jag fick medicin [...] Men delvis tänker jag att det kan bli ett beroende för jag tar ännu medicinen idag och det har gått nästan tio år sedan jag började på de. (Respondent #7)

3.2 Dagavdelningsvård

Dagavdelningsvården för ätstörningar är till för klienter med svåra och allvarliga ätstörningar där öppenvården inte är tillräcklig. Alla respondenter hade erfarenhet av att vårdas på dagavdelning. Dagavdelningsvården har upplevts varierande. Både positiva och negativa aspekter lyfts fram av alla respondenter. De återkommande teman i respondenternas erfarenheter behandlade isolation, långa vårdperioder, vårdpersonalens expertis, jämförelse, vikt och psyke samt erfarenheter om de olika terapiformerna som förekommit på dagavdelningen (se figur 2).

Figur 2.



3.2.1 Vårdpersonalens expertis

En faktor som alla respondenter lyfte fram som en negativ aspekt i dagavdelningsvården var bristen på expertis hos majoriteten av personalen. Tre av sju respondenter ansåg att endast en del av personalen kunde sin sak och hade den expertis som krävdes för att bemöta klienterna i sjukdomen. Fyra av sju respondenter ansåg att det inte fanns någon expertis överhuvudtaget

hos vårdpersonalen och att endast läkaren på dagavdelningen kunde sin sak. Besök och samtal med läkaren var enligt respondenterna något som förekom alldeles för sällan.

Majoriteten av respondenterna nämnde att en del av personalen inte verkade ha någon utbildning överlag inom psykisk ohälsa eller ätstörningar. Den bristande expertisen hos vårdpersonalen framkom därmed i form av låg utbildning eller ingen fortbildning inom ätstörningar. Majoriteten av respondenterna nämnde att synen på ätstörningar på dagavdelningen var väldigt snäv och enkel. Respondenterna ansåg att personalen inte förstod hur invecklad ätstörningen är och hur olika sjukdomen och ångesten kan uttryckas för varje individ. Majoriteten av respondenterna upplevde att personalen på dagavdelningen hade en alltför stor fokus på den somatiska biten av sjukdomen och viktuppgången. Till följd av detta upplevde respondenterna att den psykiska återhämtningen blev lidande och glömdes bort i behandlingen av sjukdomen.

Det kändes som om vissa vårdare inte hade någon utbildning inom ätstörningar eller bara hade läst en bok om ätstörningar och på basis av den trodde de att de visste allt [...]. (Respondent #2)

Vårdarna strök mest medhårs och gav inget konkret stöd för att hantera ångesten och frustrationen som sjukdomen gav. (Respondent #3)

Hur anställer man ens någon på en ätstörningsavdelning som inte kan någonting om ätstörningar [...] Jag stampade ju på stället i flera månader innan jag fick byta vårdare till en mera kunnig. (Respondent #7)

Respondenterna berättade att okunskapen inom dagavdelningsvården även ledde till att vårdpersonalen fysiskt kunde tvinga klienterna att äta eller flytta på dem. Detta ansågs vara till följd av vårdarnas frustration på att klienterna inte gjorde som personalen sade. Tre av sju respondenter har erfarenheter om att fysiskt bli tvingade till att göra något inom dagavdelningsvården.

Jag blev nog fysiskt tvingad till att göra saker och till exempel äta [...] kändes väldigt förminskande. (Respondent #7)

3.2.2 Jämförelse och tävling

En faktor som alla respondenter lyfte fram var begreppet jämförelse. Jämförelse i denna studie syftar på klienternas sätt att jämföra sig utseendemässigt och beteendemässigt med de andra klienterna på dagavdelningen. Alla respondenterna påpekade att ätstörningen till grunden är en sjukdom där den insjuknade jämför sig med andra och strävar efter att se ut på ett visst sätt. Detta påverkade även respondenternas upplevelse av vården på dagavdelningen med andra klienter.

De tidigare klienterna upplevde att det på dagavdelningen lätt blev att klienterna jämförde sig med de andra klienterna eftersom de hela tiden var tillsammans. Det som även lyftes fram av majoriteten av respondenterna var att de triggades av de andra klienterna och deras sjuka beteenden. Beteenden blev även "smittsamma" och anammades i gruppen på dagavdelningen. Enligt sex av sju respondenter utvecklade de nya sjuka beteenden som de inte tidigare påvisat. Klienterna inspirerades negativt av varandra och lärde sig nya sjuka beteenden och destruktiva sätt att hantera ångesten och kompensera näringsintaget.

Man blev lätt triggad av andras sjuka beteenden och så jämförde man ju sig hela tiden med de andra [...] saker som man själv inte kanske tyckte var jobbigt så blev ju jobbigt för att man såg att alla andra hade det jobbigt. (Respondent #5)

Tävlingsaspekten framkom även som en negativ aspekt inom dagavdelningsvården. Tävlingen baserade sig i synnerhet på vem som var sjukast, smalast eller mätte sämst. Tävlingen var enligt respondenterna inte alltid medveten utan kunde även ske omedvetet. Det kunde handla om vem som kunde gömma mat eller på bästa sätt engagera sig i sjuka beteenden. På basis av denna aspekt ansåg de flesta av respondenterna att det var mera skadligt än gynnsamt att vårdas under samma tak med andra klienter som hade ätstörningar.

Det fanns en sjuk rivalitet under ytan och man ville vara den mest disciplinerade och den smalaste av alla. (Respondent #7)

Ätstörningen är till grunden en väldigt tävlingsinriktad och prestigebelagd sjukdom och att omringas av andra med samma sjukdom är inte bra för varken en själv eller de andra patienterna [...]. (Respondent #1)

3.2.3 Kamratstöd

Två av respondenterna lyfte fram att kamratstödet blev speciellt viktigt inom dagavdelningsvården eftersom vårdpersonalen inte tycktes förstå och kunna bemöta klienterna i sjukdomen. Kamratstödet innefattade att klienterna kunde förstå och stöda varandra i tillfriskningen. Klienterna kunde även prata om sitt mående tillsammans och på så sätt inte känna sig lika ensamma i sjukdomen. Dock ansåg de flesta respondenter att det i det långa loppet inte var bra att omringas av andra med samma sjukdom eftersom klienterna jämförde sig hela tiden med varandra och triggades av varandras beteenden. Fem av sju respondenter påpekade att matsituationerna var väldigt laddade på dagavdelningen eftersom klienterna satt och åt tillsammans kring samma bord. Enligt respondenterna analyserade de hur de andra klienterna åt och ibland kunde det bli en tävling om vem som åt långsammast eller kunde gömma mat. Därmed ansåg respondenterna att matsituationerna utanför dagavdelningen var mindre laddade och spända.

Det var skönt att det fanns någon kompis som förstod precis hur man mådde och tänkte, speciellt då vårdarna inte alls förstod. (Respondent #4)

Att vårdas med andra som hade ätstörning var både bra och dåligt [...] Man fick en del stöd men till slut började man bara trigga varandra då man hela tiden var tillsammans. (Respondent #7)

Matsituationerna på dagavdelningen var helt hemska. Man satt där med sex andra ätstörda och skulle försöka äta normalt. (Respondent #6)

3.2.4 Isolation och långa vårdperioder

Respondenterna såg även på dagavdelningsvården som isolerande och utdragen. Klienterna vårdades från allt mellan några månader upp till två år. Dagavdelningsvården var enligt sex av sju respondenter nödvändig till en början för att korrigera näringstillståndet och för att lära sig att äta normala mängder igen. Dock ansåg klienterna som vårdades längre perioder att vården bara blev utdragen och ineffektiv i det långa loppet.

De somatiska symptomen åtgärdades relativt fort medan den psykiska delen av sjukdomen varken hängde med eller vårdades. Det psykiska stödet i form av samtal var enligt respondenterna bristfälligt på dagavdelningen. Även de långa vårdperioderna orsakade i att

klienterna upplevde att de stampa på stället eller till och med började må sämre. De flesta respondenterna ansåg att bli vårdad med andra som led av ätstörning var mera negativt än positivt i det långa loppet.

Eftersom man var så länge på dagavdelningen så blev det en ny trygghet och det blev bara svårare och svårare att åka hem därifrån. (Respondent #4)

Det kändes som att man var på ett daghem där man åt och bara hängde med kompisar och pysslade lite [...] Det som hjälpt mig mest i att tillfriskna var nog då man fick komma ut i livet på riktigt och sett att det finns så mycket att leva för. (Respondent #5)

Dagavdelningsvården var enligt majoriteten av respondenterna väldigt isolerande. Dagarna gick ut på att klienterna umgicks med varandra på dagavdelningen från morgon till sen eftermiddag eller kväll. Efter att dagavdelningen stängde för dagen, vårdades en del klienter på sjukhus där de ibland delade rum med en annan klient som hade ätstörning. De långa vårdperioderna och isolationen var enligt majoriteten av respondenterna en negativ aspekt i dagavdelningsvården och något som i längden bara förvärrade måendet eller stagnerade tillfriskningsprocessen.

Då man var på dagavdelning och sen på sjukhus så var ju dom ätstörda kompisarna dom enda man umgicks med och det kunde vara ganska isolerande och man såg inte det friska livet och de friska kompisarna. (Respondent #3)

3.2.5 Terapiformer

På dagavdelning erbjöds det även andra terapiformer utöver samtalsstödet och den dagliga vistelsen på dagavdelningen. Terapiformerna som erbjöds var konstterapi, näringsterapi och fysioterapi. Sex av sju respondenter hade fått ta del av konstterapi. Enligt alla hade konstterapin ingen effekt på måendet. Fyra av dem upplevde att konstterapin var underlig och att de inte förstod sig på den formen av terapi.

Konstterapin var nu inget som fick mig att må bättre [...]. (Respondent #3)

Konstterapien var väldigt speciell och lite konstig egentligen [...] det fick mig att varken må bättre eller sämre egentligen. (Respondent #5)

Majoriteten av respondenterna hade även fått ta del av fysioterapi under sin vård på dagavdelning. Respondenterna ansåg att fysioterapi som utfördes i grupp inte var främjande för tillfriskningen och kunde till och med vara triggande och orsaka i omedveten tävling och jämförelse. Den individuella fysioterapi ansågs därmed vara bättre och kunde bättre lätta på spänningar i kroppen som ångesten medfört.

Den individuella fysioterapien var bra för att man kunde slappna av i kroppen [...] man var väldigt spänd av all ångest som sjukdomen medförde. (Respondent #3)

Gruppfysioterapi gjorde så man bara jämförde sig med andra och det blev bara mera ångestfyllt. (Respondent #6)

Alla respondenter hade fått ta del av näringsterapi. Enligt tre av respondenterna var det en bra terapiform som hjälpte dem att få en sundare syn på mat, näring och portionsstorlek. Näringsterapeuten planerade även individuella matprogram åt klienterna vilka skulle följas. Enligt majoriteten av respondenterna orsakade matprogrammet kraftig ångest i början. Dessutom ledde det inrutade matprogrammet till en annan form av restriktivt ätande. Enligt alla respondenter var matprogrammet något som det var väldigt svårt att komma ifrån även efter vården. Det spontana och flexibla ätandet fanns inte då matprogrammet följdes.

Enligt fyra respondenter hade näringsterapi ingen egentlig effekt på måendet. Tre av klienterna ansåg att de redan hade kunskap om det mesta kring mat och näring och hur man borde äta. Dessa respondenter ansåg att de i praktiken visste hur de borde äta för att må bra men att sjukdomen och ångesten begränsade och styrde ätandet.

Jag fick mitt första matprogram av en näringsterapeut för nästan tio år sen och ännu idag tänker jag på det då jag tar min mat och jämför mina nuvarande mat rutiner med matprogrammet. (Respondent #7)

Problemet för mig låg inte i att jag inte veta hur mycket jag borde äta, utan i att jag inte kunde äta på grund av de sjuka tankarna och viljan att gå ner i vikt. (Respondent #6)

3.2.6 Vikt och psyke

Enligt majoriteten av respondenterna var undernäringstillståndet och undervikten något som åtgärdades rätt så fort på dagavdelningen. I början ansåg respondenterna att dagavdelningsvårdens intensiva natur och konkreta insatser för att åtgärda ätandet var positivt och hjälpte dem att snabbt bryta undernäringstillståndet. Det somatiska tillståndet åtgärdades därmed rätt så fort för de flesta respondenter och dagavdelningsvården var effektiv med tanke på ätandet, den fysiska hälsan och näringstillståndet. Återställandet av vikten var även något som vårdpersonalen på dagavdelningen yttrade som viktigt. Matprogrammen och näringstillskotten ledde till att vikten väldigt fort slutade sjunka och de flesta klienterna började gå upp i vikt mot en mera hälsosam kroppsvikt. I och med de snabba kroppsliga förändringarna ansåg majoriteten av respondenterna att det psykiska måendet och återhämtningen inte hann med. Viktuppgången var för de flesta klienterna en stor chock. Detta i sin tur orsakade i grav ångest hos respondenterna och hos en del klienter ökade självskadebeteendet till följd av viktuppgången. Enligt majoriteten av respondenterna kunde dagavdelningsvården inte bemöta de psykiska behoven eller erbjuda vård för roten av problemet. Dessutom kunde vården enligt klienterna inte heller hjälpa klienterna med att hantera den ångest och de tankarna som viktuppgången medfört.

Många av respondenterna förklarade att de efter utskrivning från dagavdelningen fortfarande hade väldigt mycket ångest, obearbetade tankar och beteenden. Fyra av sju respondenter fick återfall efter sin vård på dagavdelningen. Enligt tre av respondenterna berodde återfallet på den bristfälliga vården och den knappa eftervården. Enligt respondenterna fick man inga ordentliga verktyg för att hantera ångesten, viktuppgången och ”den nya kroppen” man var tvungen att leva med. Vården klipptes av från en dag till en annan enligt respondenterna.

[...] så det kändes att vikten åtgärdades rätt så fort och sen så var man inte allvarligt sjuk mera enligt personalen och till slut blev man utslängd från dagavdelningen utan något psykiskt stöd. (Respondent #7)

Dagavdelningen var bra på de sättet att man direkt måste ta tag i ätande och fick hjälp med att konkret börja äta och äta tillräckligt och gå upp i vikt. (Respondent #3)

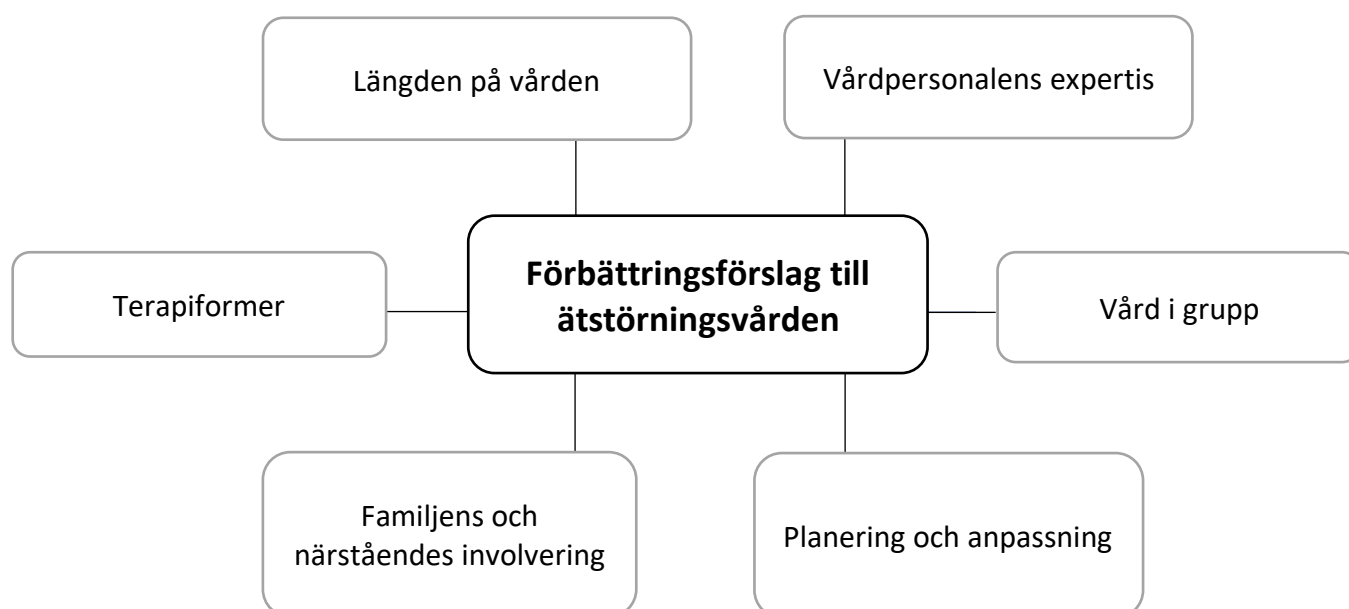
Vården har ju bra "track record" enligt sig själva eftersom deras syn på lyckad vård är att man är normalviktig vid utskrivning [...] Det psykiska måendet togs nog inte i beaktande då man blev utskriven. (Respondent #1)

Nästan direkt jag blev utskriven från dagavdelningen börja måendet fallera igen och vikten sjunka [...] Inte hade jag ju fått någon konkret hjälp för hur jag skulle hantera all den vikt jag lagt på mig och de kändes som att man var frisk enligt vården då man var normalviktig. (Respondent #7)

3.3 Förbättringsförslag till ätstörningsvården

Respondenterna gav konkreta exempel och förbättringsförslag till ätstörningsvården om vad som kunde förbättras eller förändras i vårdandet av ätstörningar enligt sina erfarenheter. Alla klienter hade upplevt någon form av bristfällighet i vården och hade därmed olika råd till ätstörningsvården. Kategorierna som kunde urskiljas från respondenternas svar på förbättringsförslag var längden på vården, vårdpersonalens expertis, planering och anpassning, vård i grupp, familjens och närståendes involvering samt olika terapiformer (se figur 3).

Figur 3.



3.3.1 Vårdpersonalens expertis

Sex av sju respondenter påpekade behovet av mer kompetent och legitimerad personal. Behovet att anställa utbildad och kunnig vårdpersonal är stort och kunde även förkorta vårdperioderna enligt respondenterna. Både inom dagavdelningsvården och öppenvården fanns det en brist på förståelsen för sjukdomen. Fyra respondenter påpekade även betydelsen med att vårdexperterna behöver kunna förstå sjukdomens helhet och grund. Ätstörningen är ofta ett symptom på annan underliggande problematik och behöver därmed vårdas med detta i åtanke enligt respondenterna. Komorbiditet, dvs. samsjuklighet, är vanligt då det kommer till ätstörningar. Fem av sju respondenter framförde att de samtidigt led av depression, ångest eller tvångssyndrom och fick medicin för en eller flera av dessa diagnoser. Framkomsten av speciellt

ångest, depression och tvångssyndrom är vanligt hos individer med anorexi. Därmed skulle det vara viktigt att simultant behandla ätstörningen, andra eventuella sjukdomar samt bakomliggande orsaker till sjukdomen. Detta kräver djupgående expertis och ett gott bemötande av klienterna, påpekade respondenterna.

Majoriteten av respondenterna påpekade att ätstörningsvården kunde effektiveras och förkortas med hjälp av utbildad personal samt anpassad och mångsidig vård. Därmed kunde även de samhälleliga resurserna besparas och maximeras. En av respondenterna påpekade även de långa terapiköerna och att om ätstörningsvården skulle lyckas bättre med den psykosociala biten i vården, skulle man kanske inte behöva eftervård och fortsatt terapi.

Ta in personal som kan sin sak. (Respondent #5)

Kompetent personal [...] Bemötandet kändes inte bra. (Respondent #4)

Det finns en bakomliggande orsak till att man straffar sig själv som man gör [...]

Det är ganska grova saker man utsätter sig själv för. (Respondent #4)

3.3.2 Planering och anpassning

Fyra av sju respondenter lyfte fram att planeringen av vården borde vara bättre. Enligt majoriteten av respondenter var det väldigt många ”lösa remmar” inom vården och vårdplanen var oklar. Två av respondenterna upplevde även att det fanns terapiformer som var påtvingade av personalen och som klienterna måste delta i oavsett om de ville det eller inte. En mera lyhörd och enskilt anpassad vårdplan är därmed något som dessa två respondenter lyfte fram eftersom det är onödigt att tvinga klienterna att ta del av en terapiform som inte fungerar för dem. Det är bortkastad tid för både vården och klienterna samt ett slösande av de knappa resurserna, ansåg respondenterna.

Två av de tidigare klienterna nämnde även matprogrammet som en utvecklingsmöjlighet. Enligt klienterna var matprogrammet alltför inrutat och därmed restriktivt på sitt sätt. Portionerna var uppbyggda på deciliter mått eller exakta gram på hur mycket mat som skulle finnas på tallriken. Detta i sin tur ledde till minskad flexibilitet kring ätandet och en annan form av restriktivt ätande.

De långa vårdperioderna lyftes fram både inom öppenvården och dagavdelningsvården. Dock har de långa vårdperioderna inte upplevts vara lika negativa inom öppenvården som inom

dagavdelningsvården. Detta berodde på att vården inte var lika isolerande inom öppenvården som inom dagavdelningsvården. Dessutom kunde öppenvården erbjuda ett mera ingående psykiskt stöd, vilket ansågs vara viktigt för tillfriskningen i det långa loppet. Detta framfördes som ett förbättringsförslag inom planeringen av vården och längden på vården. Enligt respondenterna vore det viktigt att vården inte isolerar klienten ytterligare eftersom den insjuknade ofta redan är väldigt isolerad från omvärlden till följd av sjukdomens natur. Förbättringsförslaget klienterna framförde var att använda dagavdelningen som ett verktyg i en kort tid och samtidigt påbörja den psykiska bearbetningen.

[...] att patienten får vara med och planera och bli hörd är viktigt. (Respondent #4)

Hitta på en bättre plan för matschemat [...] det var inte bra att ha portioner enligt deciliter mått. (Respondent #5)

3.3.3 Terapiformer

Fem av sju respondenter lyfte även fram behovet av legitimerade terapiformer i form av psykoterapi eller KBT inriktad psykoterapi i kombination med till exempel intensivvård på dagavdelningen eller läkemedelsbehandling. Enligt fyra av sju respondenter erbjöds det ingen effektiv terapiform på vare sig på dagavdelningen eller inom öppenvården. Respondenterna lyfte fram att ett djupgående psykiskt stöd är viktigt för tillfriskningen och för att psyket ska klara av de somatiska förändringarna och viktuppgången.

Viktuppgången var helt förgäves eftersom mitt mentala mående inte hann med [...] första chansen jag fick efter utskrivning så gick jag ner i vikt igen för mitt psyke kunde inte hantera vikten jag lagt på mig. (Respondent #7)

Dagavdelningsvården borde erbjuda psykoterapi eller någon annan psykologisk vårdform. (Respondent #4)

Åtstörningsvården både på polikliniken och på dagavdelningen var nog inte så bra. Det var först när jag fick hjälp av en riktig psykolog som saker började ändra på ett djupare plan. (Respondent #4)

3.3.4 Familjens och närståendes involvering

Tre av respondenterna ansåg att stödet till familjen samt familjemedlemmarnas eller partners involvering i vården var bristfälligt. Kommunikationen mellan hemmet och vården fungerade inte optimalt. Enligt de tidigare klienterna borde detta samarbete stärkas för att individen och närstående ska få det stöd som behövs och för att tillfriskningen ska fortskrida även där hemma. De flesta respondenterna ansåg att tillfriskningen framskridit bäst där hemma och med hjälp av stöd från familj eller partner. Enligt fyra av sju respondenter har familjen eller partnern varit det största stödet i tillfriskningen och hjälpt dem mest i att börja må bättre. Respondenterna påpekade att vården därmed borde stöda individen och närstående och inte ta klienten ifrån hemmet och isolera dem från omvärlden och familjen.

Det är viktigt att ta med familjen i vården eftersom det ändå är de personer som är mest närvarande i ens liv. (Respondent #1)

Man behöver stöda närstående så att de också kan hjälpa en i tillfriskningen [...] Man måste ju samarbeta och kommunicera för annars har man ju ingen aning om planen för vården eller vilket håll måendet går åt. (Respondent #7)

Det är nog då jag fick komma ut i det friska livet och tillbaka hem då jag på riktigt började må bättre [...] min partner har varit det bästa stödet. (Respondent #4)

3.3.5 Vård i grupp

Det som även lyftes fram av majoriteten av respondenterna var att det inte är ett fungerande koncept att vårdas med andra som har ätstörningar under samma tak i månader eller till och med år. En mera individualiserad vård ansågs som viktig.

De ostrukturerade gruppsammanhangen inom dagavdelningsvården lyftes fram som negativa av majoriteten av respondenterna. Gruppdynamiken kunde enligt de flesta ha varit mycket mera gynnsam om tiden spenderad med de andra klienterna hade varit mera planerad, strukturerad och kortvarig. Kortare tid spenderad tillsammans med de andra, kombinerat med effektivare terapier eller ledda kamratstödsgrupper, kunde ha gjort att respondenterna hade upplevt vården med de andra klienterna som mera positiv. Enligt respondenterna fanns det mycket tid och till och med hela dagar då klienterna bara umgicks med varandra utan någon egentlig struktur eller uppsikt av personal. Enligt tre av respondenterna ledde detta till att

klienterna började trigga varandra och diskutera ämnen som var negativa för tillfriskningen. Enligt tre respondenter fick klienterna göra vad de ville på dagavdelningen.

Respondenterna såg väldigt sällan andra klienter då de vårdades inom öppenvården. Detta ansågs som mera positivt än negativt. Dock föll kamratstödet bort inom öppenvården, men de flesta respondenterna ansåg att kamratstödet inte nödvändigtvis alltid varit främjande. Majoriteten av respondenterna föredrog att vårdas inom individuella vårdformer istället för på dagavdelningen med andra klienter.

Bättre att tillfriskna mera där hemma så man inte har de andra ätstörda omkring en hela tiden som triggar en och påminner om sjukdomen. (Respondent #1)

Man for till dagavdelningen och satt där en hel dag och så for man hem. Det var inte riktigt någon struktur på hur dagarna och hur vi skulle bearbeta sjukdomen utan man hängde nog mest bara med de andra patienterna. (Respondent #6)

De som har fungerat bäst för mig är nog kanske samtalsterapi eller psykoterapi då man inte hela tiden blev påverkad av andra. (Respondent #5)

3.3.6 Längden på vården

Enligt sex av sju klienter borde vårdperioderna förkortas och effektivieras. Intervallvård är något tre klienter lyfte fram som ett förbättringsförslag eller alternativ. De flesta respondenterna påpekade även att det är där hemma som individen bör tillfriskna och klara sig och att det inte blir bättre av att klienten är inlagd och isolerad på en avdelning i över ett år. Majoriteten av respondenterna lyfte även fram att det kändes som om dagavdelningen bara var ett ställe där klienterna hängde med varandra och i längden bara förvärrade varandras mående. Fyra av sju respondenter berättar även att studierna blivit lidande av den långa inläggningsperioden och att de hamnat efter i studietakten. Skolgången ansågs av respondenterna som något vården borde stöda klienterna i och främja. Enligt majoriteten av respondenterna var det svårt att återgå till studierna efter den långa vårdperioden och frånvaron från skolan. Därutöver påpekade två respondenter att studiekamraterna gått vidare i studierna och att det var svårt att hitta nya vänner efter utskrivning från ätstörningsvården. Isolationen från omvärlden och skolan hade därmed flera negativa följder enligt respondenterna.

Dra inte ut på vården. Det förlänger bara lidandet [...] skolgången hamnade ju helt på paus också. (Respondent #4)

Jag var ju inlagd i över ett år och bara typ förvarades på dagavdelningen mot slutet. (Respondent #7)

Det var jobbigt att fara tillbaka till skolan efter att man hade varit borta i över ett år. Jag hade ju inga kompisar kvar heller. (#Respondent 7)

4 Diskussion

I diskussionskapitlet kommer resultaten diskuteras i koppling till tidigare forskning och den teoretiska referensramen. Därutöver kommer den valda metoden att diskuteras med fokus på för- och nackdelar. Slutligen kommer råd till fältet och förslag på fortsatt forskning att framföras innan konklusionen.

4.1 Resultatdiskussion

Avhandlingens syfte var att undersöka hur tidigare klienter som vårdats för ätstörning upplevt ätstörningsvården i Finland. Därutöver identifierades olika behandlingsmetoder som klienterna erfarit samt styrkor och svagheter för respektive metod. Fokus låg på individer som tagit del av både öppen- och dagavdelningsvården under de senaste tio åren. Den första forskningsfrågan fokuserades på upplevelser av öppenvården. Den andra forskningsfrågan riktades mot dagavdelningsvården och den tredje forskningsfrågan behandlade respondenternas förbättringsförslag till ätstörningsvården.

Den första forskningsfrågan fokuserades på öppenvården. De centrala resultaten tyder på att det psykologiska stödet varit relativt bra inom öppenvården. Expertisen hos vårdpersonalen har varierat, men i synnerhet har bemötandet varit bra, speciellt inom de legitimerade terapiformerna såsom psykoterapi. De olegitimerade samtalsformerna har enligt respondenterna inte alltid haft en positiv effekt på måendet men har ändå kunnat fungera som bra sätt att få utlopp för illamåendet.

Psykoterapi och KBT inriktad psykoterapi är rekommenderade behandlingsformer i vården av ätstörningar i Finland. Studien av Galsworthy-Francis och Allan (2014) påvisar även att KBT minskar på risken för återfall hos klienter med anorexi. Två av respondenterna i denna avhandling som tagit del av KBT hade inte fått återfall medan de fyra klienterna som inte tagit del av legitimerad KBT fått återfall efter utskrivningen från vården.

I tidigare forskning framkom CBT-E som en form av behandlingsmetod för ätstörningar. CBT-E är en utarbetad form av KBT som är specifikt inriktat för ätstörningar (Atwood & Friedman, 2019). CBT-E nämndes inte av respondenterna, men tre av respondenterna som tagit del av KBT nämnde att psykoterapeuten haft ingående kunnande och förståelse för ätstörningar.

Enligt studien av Zeeck m.fl. (2018) visade sig den allmänna psykoterapi ha en positiv inverkan på viktuppgången och hämmade på de följder som undernäringen medfört. Dock hade inte psykiska komponenter utvärderats i studien, vilket gör det svårt att avgöra vare sig

psykoterapin hade en effekt på det psykiska måendet (Zeeck m.fl., 2018). I denna avhandling har psykoterapins effekt på det psykiska måendet lyfts fram som en positiv sak av respondenterna. Enligt respondenterna hade den allmänna psykoterapin en positiv effekt på det psykiska måendet. För en del respondenter hade psykoterapin varit ett stort stöd medan det för andra inte hjälpt lika mycket. På basis av den tidigare forskningen och denna avhandling, kunde den allmänna psykoterapin fungera som en bra helhet och behandlingsmetod i vårdandet av anorexi. Enligt tidigare forskning främjar psykoterapin viktuppgången hos klienterna med anorexi och enligt respondenterna i denna avhandling har psykoterapin främjat det psykiska måendet. Detta tyder på att psykoterapin kunde ha en positiv effekt på både den fysiska och psykiska aspekten av sjukdomen.

Läkemedelsbehandlingen ansågs i allmänhet som positiv av respondenterna. Enligt tidigare forskning har antidepressiva och ångstdämpande läkemedel visat sig vara ett bra stöd i vårdandet av anorexi (Márquez m.fl., 2022). Respondenterna i denna avhandling har haft mest positiva upplevelser av de antidepressiva och ångstdämpande läkemedlen. Enligt respondenterna har medicinen hjälpt med ångesten och för att orka ta itu med ätstörningen och bearbeta tankarna, vilket även kommer fram i forskningen av Márquez m.fl. (2022). Enligt finska vårdrekommendationer rekommenderas Sertralin, Benstodiatsepiner och Sitalopram i vården av ätstörningar och dess symptom. Alla dessa läkemedel nämndes även av respondenterna i denna avhandling.

Olanzapin, som är ett antipsykotiskt läkemedel, har enligt studier och vårdrekommendationer en positiv inverkan på viktuppgången och ångesten i vårdandet av ätstörningen anorexi. Studierna var dock relativt färska och kan förklara orsaken till att ingen av respondenterna i denna avhandling fått Olanzapin i sin vård (Han, m.fl., 2022; Márquez m.fl., 2022; Rittenhouse, 2022). Dock hade fem av sju respondenter i denna studie fått Ketipinor i vården. Ketipinor är även ett antipsykotiskt läkemedel, likasom Olanzapin. Både Olanzapin och Ketipinor kan orsaka i ökad aptit samt dämpa på ångest och sömnsvårigheter och används i vården av ätstörningar (Han, m.fl., 2022), (Powers, m.fl., 2014).

Därutöver påpekas det i vårdrekommendationer för ätstörningar att läkemedel ska användas i kombination med psykosociala vårdformer. Läkemedlen i sig kan inte vårda en ätstörning, men de kan lätta på ångesten och symptomen som ätstörningen medför (Rittenhouse, 2022). Även i denna avhandling har alla respondenter fått psykosocial stöd i samband med läkemedelsbehandlingen.

Resultaten för den andra forskningsfrågan tyder på att det finns brist på kunskap och effektiv behandling inom dagavdelningsvården. De långa vårdperioderna på dagavdelningen

och samvaron med andra klienter ansågs som negativ enligt respondenterna i denna avhandling. Därutöver kritiserades expertisen hos vårdpersonalen. I Finland påstås ätstörningsvården vara av hög kvalitet och att vården utförs mångprofessionella team och experter (Orton, u.å), (Syömishäiriöliitto, u.å). Detsamma kunde dock inte konstateras utifrån respondenternas svar i denna avhandling. Därmed går resultatet i denna studie inte hand i hand med det som konstateras på nätet. Dock har de flesta respondenter vårdats för flera år sedan och vården kan ha gått framåt och utvecklats. Därmed kan inte denna avhandling spegla nuläget inom ätstörningsvården.

Fysioterapi och näringsterapi är enligt tidigare forskning vårdformer som kan komplettera en primär vårdform såsom psykoterapi eller avdelningsvård. Fysioterapi har enligt forskning resulterat i ökad muskelmassa och minskat på depressiva symptom hos klienter med anorexi (Vancampfort m.fl., 2014). I denna avhandling ansåg respondenterna att fysioterapi inte egentligen hade någon effekt på måendet. Näringsterapi har enligt tidigare forskning i uppgift att fungera som ett stöd i att återupprätta ett hälsosamt ätande och en sundare syn på maten och näringsintaget (Baldwin & Weekes, 2012). Näringsterapi upplevdes som onödig av ungefär hälften av respondenterna medan den andra hälften ansåg att det fungerade som ett bra tillägg i vården för att få en sundare syn på maten, vilket även stöder den tidigare forskningen.

Inom dagavdelningsvården lyftes jämförelse och tävling fram som något centralt av alla respondenter. Enligt respondenterna triggades man lätt av de andra klienterna och olika sjuka beteenden smittade av sig. Detta fenomen kan kopplas till Albert Banduras sociala inlärningsteori (Bandura, 1971). Enligt Bandura anammas och imiteras andras beteenden om följderna av är positiva eller önskvärda. Eftersom ätstörningen är en sjukdom där individerna lätt jämför sig mycket med andra, kan tävlingsaspekten i sjukdomen och jämförelsen förklaras med den sociala inlärningsteorin. Konformitetsteorin av Bernheim (1994) tangerar även samma tematik. Enligt konformitetsteorin anpassar individen sina beteenden till sin omgivning och vad som anses som önskvärt eller normalt. Konformitetsteorin tar fasta på samspelet mellan individer, gruppsytryck och hurdana sociala normer som förekommer i kamratgrupper eller andra sociala helheter. Även denna teori stöder upplevelserna respondenterna hade om samspelet mellan klienterna på dagavdelningen.

Isoleringen lyftes fram av majoriteten av respondenterna i denna avhandling och fokus riktades även på att klienterna nästan hela tiden umgicks med varandra. Det sociala samspelet mellan klienterna på dagavdelningen kunde därmed konstateras vara mera skadlig än nyttig med tanke på tillfriskningen. Konformitetsteorin kan därmed appliceras på denna aspekt

eftersom de flesta respondenter nämnde att olika sjuka beteenden blev vanliga i gruppen och förekom endast då de befann sig på avdelningen. I studien av Silber (2005) framkommer det hur två individer börjat påvisa anorektiska beteenden efter att ha exponerats för klienter med ätstörningen i fråga. Detta tyder på att sjukdomen kan socialt accepteras och anammas. Detta i sin tur ifrågasätter vården av ätstörningar i grupp och hur mycket exponeringen påverkar klienternas mående och tillfriskning.

Öppenvården och dagavdelningsvården jämfördes av respondenterna i denna studie. Enligt tidigare forskning konstateras det att viktuppgången är starkare vid inläggning än vid endast öppenvård (Gustafsson m.fl., 2021). Även detta kunde demonstreras i resultaten i denna avhandling. Enligt majoriteten av respondenterna var vikten och näringstillståndet nästan det första som åtgärdades inom dagavdelningsvården. Detta ansågs som både positivt och negativt. Respondenterna ansåg att det var bra att undernäringstillståndet åtgärdades, men samtidigt fanns det en brist på det psykologiska stödet. Det psykologiska stödet skulle ha behövts för att hantera viktuppgången och ångesten som orsakades av det ökade näringsintaget. Enligt klienterna i denna avhandling hade vårdpersonalen ett stort fokus på den fysiska aspekten av sjukdomen. Även detta kunde demonstreras i tidigare forskning i studien av Gustafsson m.fl. (2021) där vårdpersonalen föredragit somatiska vårdformer framom psykosociala metoder i behandlingen av anorexi.

I meta-analysen av Hay m.fl. (2019) framkommer inga signifikanta skillnader i ökning av kroppsvikt mellan inläggning och öppenvården hos klienter med anorexi som befunnit sig i akutfasen av sjukdomen. Detta kan även ifrågasätta inläggningens effektivitet. Vårdformernas effekt på viktuppgången kunde inte undersökas i denna avhandling eftersom klienterna vårdats inom de olika vårdformerna i olika skeden av sjukdomen.

Den tredje forskningsfrågan i denna avhandling fokuserades på klienternas råd och förbättringsförslag till fältet. En aspekt som lyftes fram av alla respondenter i denna avhandling var att det behövs mera erfaren och utbildad personal. Detta kunde även identifieras i studien av Gustafsson m.fl. (2021) där de tidigare klienterna upplevt att de inte blivit förstådda och bemötta på ett bra sätt inom vården. Enligt studien var expertisen hos vårdpersonalen bristfällig, vilket även demonstreras i denna avhandling. I samma studie av Gustafsson m.fl. (2021) var ätstörningsvården alltför fokuserad på den fysiska aspekten av sjukdomen enligt de tidigare klienterna, vilket även kunde understrykas i resultaten i denna avhandling. Enligt Gustafsson m.fl. (2021) påpekade de tidigare klienterna betydelsen av en ökad insyn i den psykiska återhämtningen i vården av ätstörningar. Dock ansåg vårdpersonalen i samma studie att de somatiska vårdmetoderna varit mest effektiva. Detta i sin tur väcker en fråga om vad

ätstörningsvården nationellt och internationellt egentligen baserar sin statistik och sina recensioner på. Är det klienternas upplevelser eller vårdpersonalens upplevelser av effektiv vård?

Med tanke på de långa vårdperioderna och känslan av isolering inom dagavdelningsvården kunde vården gynnas av att intensifiera behandlingen så att den blir mera effektiv och kort. Därutöver kunde vården parallellt arbeta psykosocialt med klienten. Dagavdelningsvården hade enligt respondenterna i denna avhandling en stor fokus på den somatiska hälsan och viktuppgången, vilket ledde till att den psykiska biten hamnade i skymundan. Ifall det psykologiska stödet inte kan erbjudas inom dagavdelningsvården bör behandlingen definitivt förkortas eftersom fem av sju respondenter ansåg att den långa inläggningen till och med förvärrade det psykiska måendet i längden. Även fyra av sju respondenter har haft ett återfall efter dagavdelningsvården, vilket kan tyda på att vården inte är effektiv i det långa loppet.

En del respondenterna i denna avhandling lyfte även fram bristen på samarbete mellan vården och familjen och att de önskat att det hade funnits en mera intensiv form av familjearbete. Majoriteten av respondenterna ansåg att det var familjen eller partnern som hjälpt dem mest i tillfriskningen. Även detta tyder på att det finns ett starkt behov av att inkludera familjen i vården av ätstörningar eftersom familjen eller partnern även ansågs som en av de mest effektiva stöden i tillfriskningen enligt respondenterna i denna avhandling. Vårdrekommendationerna i Finland understryker även vikten med familjens involvering. Detta gick dock inte hand i hand med resultaten i denna avhandling. Enligt Brockmeyer m.fl. (2017) har familjeterapin visats vara effektiv i vården av ätstörningar och speciellt hos yngre klienter. Även i studien av Gustafsson m.fl. (2021) framkommer det att tidigare klienter, närstående och vårdpersonal underströk vikten med ett familjecentrerat arbete i vården av anorexi och ätstörningar överlag.

Resultaten i denna avhandling tyder på att öppenvården i allmänhet upplevts som mera effektiv med tanke på det psykiska måendet. Dock är det svårt att jämföra öppenvården och dagavdelningsvården rakt av, eftersom klienterna fått vård inom båda behandlingstyperna i olika skeden av sin sjukdom. Respondenterna har vårdats på dagavdelning då de befunnit sig i akutfasen av sjukdomen och då öppenvården inte varit tillräcklig. Då den akuta fasen åtgärdats, flyttades de flesta respondenterna över till öppenvården. Därmed kan denna studie inte svara på om öppenvården eller dagavdelningsvården är bättre i vårdandet av akutfasen eller ätstörningen i sin helhet. Därmed är det även svårt att säga vilken vårdform som fungerar bäst, utan det är troligtvis en kombination av båda behandlingsformerna som är mest effektiv. Detta

kunde även demonstreras i studien av Madden m.fl. (2015) där delvis inläggning i kombination med psykosociala vårdformer hade en starkare positiv inverkan på tillfriskningen än endast öppenvården i sig. En ytterligare aspekt att påpeka är att de tidigare klienterna i denna studie vårdats inom ätstörningsvården mellan 2013–2023. Detta innefattar att klienterna som vårdats år 2013 speglar upplevelsorna av vården från den tiden medan klienter från senare år kanske fått ta del av en mera utvecklad vård och mera anpassade behandlingsmetoder. Därutöver speglar den tidigare forskningen ätstörningsvården på en internationell nivå och därmed varierar även rekommendationerna från vården i Finland.

4.2 Metoddiskussion

Datansamlingen för denna studie utfördes genom sju kvalitativa intervjuer. Den kvalitativa forskningen kan ses som en styrka då målet är att få fram de subjektiva upplevelser och erfarenheterna. Därmed passade metoden denna avhandling ypperligt. Respondenterna valdes ut på basis av kriterier som skulle passa syftet och avgränsningen för denna avhandling. Eftersom data i denna studie är baserat på svar från intervjuer är även materialet subjektivt och resultaten kan inte generaliseras. Samplets storlek kan ses som en brist och därmed finns det en chans att ett annat sampel hade haft annorlunda svar. Ett större sampel hade stärkt överförbarheten. Dock varierar svaren hos respondenterna inte drastiskt och därmed kan det konstateras att överförbarheten torde vara pålitlig.

Intervjuerna utfördes ostört för fem av sju respondenter. Intervjun utfördes av samma intervjuare för alla respondenter och frågorna ställdes i samma ordning och på samma sätt för alla. Fyra av sju respondenter intervjuades via Zoom medan de resterande tre intervjuades antingen hemma hos sig eller hos intervjuaren. De olika sätten att utföra intervjuerna påverkade inte längden eller kvaliteten på svaren. Dessa yttre omständigheter kan delvis ifrågasätta tillförlitligheten i denna studie.

Analysmetoden som användes i denna studie var konventionell induktiv ansats. Det insamlade data fick därmed tala för sig och de övergripande teman och kategorierna formades på basis av svaren. Analysen gjordes manuellt med hjälp av Excel. Denna analysmetod kan ses som en styrka eftersom det inte finns förutbestämda kategorier eller teman som styr tolkningen av data. En nackdel med denna metod är att skribenten tolkar materialet enligt sin subjektiva uppfattning och någon annan kunde ha hittat andra kategorier och tolkat materialet annorlunda.

4.3 Förslag på fortsatt forskning och råd till fältet

Det finns ett tydligt behov av fortsatt forskning inom området på basis av tidigare forskning och resultaten i denna avhandling. Enligt Gustafsson m.fl. (2021) behövs mera forskning kring effektiviteten av avdelningsvården på både den fysiska och psykiska hälsan hos klienter med anorexi. Balansgången mellan öppen- och avdelningsvården är något som borde utvecklas och ytterligare forskas kring enligt denna avhandling och tidigare forskning. (Gustafsson m.fl., 2021).

Enligt tidigare forskning är olika former av psykoterapi effektiva behandlingsmetoder i teorin, men endast ett fåtal studier har undersökt effektiviteten av dessa behandlingsmetoder på ätstörningar (Galsworthy-Francis & Allan, 2014). Detta tyder även på att fortsatt forskning kring effektiviteten av de olika terapiformerna behövs. Eftersom CBT-E lyftes fram mycket i tidigare forskning, kunde denna form av KBT kanske gynna ätstörningsvården i Finland och skulle därmed behöva ytterligare forskning kring.

Behovet av att utvärdera grupsituationer och dess effekt på måendet är något fortsatt forskning borde undersöka enligt resultaten i denna avhandling. Vilka grupsammanhang hjälper och vilka stjälper? Studien av Silber (2015) lyfter fram anorexins starka sociala inflytande på beteenden och stöder därmed behovet av fortsatt forskning kring sjukdomens sociala betydelse och olika grupsammanhang.

Enligt studien av Madden m.fl. (2015) behövs även ytterligare forskning kring längden av inläggningen och avdelningsvården. Enligt forskning är det ännu oklart hur långa inläggningsperioder inverkar i tillfriskningen hos klienter med anorexi (Madden m.fl., 2015). Resultaten i denna avhandling stöder även behovet av fortsatt forskning kring effektiviteten av långa avdelnings- och vårdperioder.

Vårdens längd och intensitet är även något som lyftes fram i denna avhandling som en utvecklingsmöjlighet inom vården. Råd till fältet enligt resultaten i denna avhandling är att förkorta på avdelningsvården och fokusera på att stöda individen i hemmet. Respondenterna i denna avhandling framförde även att skolgången blivit lidande på grund av de utdragna vårdperioderna och att detta även orsakade i att klienterna förlorade fotfästet socialt och bland sina vänner. Enligt respondenterna skulle det vara viktigt att ätstörningsvården främjade klienternas delaktighet i vardagliga sysslor såsom skolgång och de sociala relationerna utanför avdelningen.

Ett ytterligare råd till fältet som framkom både i denna avhandling och inom tidigare forskning är behovet att anställa kunnig vårdpersonal. Detta är något som framfördes av alla respondenter i denna avhandling som en stor förbättringsmöjlighet inom ätstörningsvården.

4.4 Konklusion

Ätstörningsvården i Finland präglas av både öppenvård, avdelningsvård och dagavdelningsvård. Respondenterna i denna avhandling har tagit del av dagavdelningsvård och öppenvård. De tidigare klienterna som lidit av anorexi hade blandade upplevelser om vården och dess effektivitet och kvalitet.

Öppenvården ansågs i allmänhet som mera positiv än dagavdelningsvården. Enligt majoriteten av de tidigare klienterna fanns expertisen endast hos legitimerade psykologer. Endast en bråkdel av vårdpersonalen inom ätstörningspolikliniken hade den expertis som krävdes enligt respondenterna. Enligt fyra respondenter kunde vården ha lyckats mycket bättre om det hade funnits kompetent personal. Öppenvården kunde erbjuda märkvärdt bättre psykosociala insatser än dagavdelningsvården enligt resultaten i denna studie. Psykoterapin lyftes fram som effektiv. Långa vårdperioder inom öppenvården ansågs som positiva eftersom den form av vård inte var lika isolerande som dagavdelningsvården. Därutöver ansåg fem respondenter att ätstörningar i allmänhet kräver långvarig vård och ett kontinuerligt psykosocialt stöd.

Dagavdelningsvården beskrevs som lång, utdragen, isolerande och ineffektiv med tanke på det psykiska måendet. Inom dagavdelningsvården var de somatiska symptomen och näringstillståndet i huvudfokus. Det psykiska stödet förblev knappt och bristfälligt och expertisen hos personalen varierade stort. Isolationen och frånvaron från omvärlden var något centralt som lyftes fram. Enligt majoriteten av de tidigare klienterna blev jämförandet och tävlingen mellan klienterna något som gjorde att den positiva aspekten med att vårdas med andra i samma situation försvann.

Enligt resultaten i denna studie skulle de tidigare klienterna ha föredragit att vårdas mera individuellt istället för att ha vårdats med andra klienter under långa perioder. Enligt respondenterna kunde gruppdynamiken och gruppsammanhangen ha varit mera positiva om tiden spenderad med de andra klienterna hade varit mera strukturerad, planerad och kortvarig. Enligt respondenterna blev tillfriskningsprocessen utdragen på grund av en kombination av bristfällig expertis samt ineffektiv och långvarig dagavdelningsvård. Ätstörningsvården i Finland kunde därmed delvis utvecklas på basis av de tidigare klienternas upplevelser av vårdmetoderna och de förbättringsförslag som presenterades på basis av klienternas erfarenheter.

Källförteckning

- Atwood, M. E., & Friedman, A. (Mars 2020). *A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders*. Vol. 53 (3). 311–330.
<https://doi.org/10.1002/eat.23206>
- Baldwin, C., & Weekes, C. E. (Oktober 2012). *Dietary counselling with or without oral nutritional supplements in the management of malnourished patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. Journal of Human Nutrition and Dietetics. Vol 25 (5). 411–426.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2012.01264.x>
- Bandura, A. (1971). *Social learning Theory*. (1 uppl.) General Learning Corporation.
- Bernheim, B. D. (1994). *A Theory of Conformity*. Journal of Political Economy. 102 (5), 841–877. <http://www.jstor.org/stable/2138650>
- Brockmeyer, T., Friederich, H.C., & Schmidt, U. (Juni 2018). *Advances in the treatment of anorexia nervosa: a review of established and emerging interventions*. Psychological Medicine. Vol 48 (8). 1228–1256.
<https://doi.org/10.1017/S0033291717002604>
- Costandache, G. I., Munteanu, O., Salaru, A., Oroian, B., & Cozmin, M. (2023). *An overview of the treatment of eating disorders in adults and adolescents: pharmacology and psychotherapy*. Postepy psychiatrii neurologii. Vol. 32 (1). 40–48. <https://doi.org/10.5114/ppn.2023.127237>
- Dane, A., & Bathia, K. (Mars 2023). *The social media diet: A scoping review to investigate the association between social media, body image and eating disorders amongst young people*. PLOS Global Public Health. Vol. 3 (3).
<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001091>
- De Jong, M., Schoorl, M., & Hoek, H.W. (November 2018). *Enhanced cognitive behavioral therapy for patients with eating disorders: A systematic review*. Current Opinion in Psychiatry. Vol. 31 (6). 436–444.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000452>
- Feeney, J., R., Polivy, J., Pliner, P. & Sullivan, M., D. (2011). *Comparing live and remote models in eating conformity research*. Vol. 12 (1). 75–77.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.09.007>

- Galsworthy-Francis, L., & Allan, S. (Februari 2014). *Cognitive Behavioral Therapy for anorexia nervosa: A systematic review*. *Clinical Psychology Review*. Vol. 34 (1). 54–72. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.11.001>
- Ghaderi, A., Odeberg, J., Gustafsson, S., Råstam, M., Brolund, A., Pettersson, A., & Parling, T. (Juni 2018). *Psychological, pharmacological, and combined treatments for binge eating disorder: a systematic review and meta-analysis*. *Peer Journal*. Vol 6. <https://doi.org/10.7717/peerj.5113>
- Godfrey, K., Gallo, L., & Afari, N. (April 2015). *Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis*. *Journal of Behavioral Medicine*. Vol. 38(2). 348–362. <https://doi.org/10.1007/s10865-014-9610-5>
- Gowers, S. G., Clark, A., Roberts, C., Griffiths, A., Edwards, V., Bryan, C., Smethurst, N., Byford, S., & Barrett, B. (2007). *Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomized controlled trial*. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. Vol. 191. 427–435. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.036764>
- Gustafsson, S. A., Stenström, K., Olofsson, H., Pettersson, A., & Ramsay, K. W. (December 2021). *Experiences of eating disorders from the perspectives of patients, family members and health care professionals: a meta-review of qualitative evidence syntheses*. *Journal of Eating Disorders*. Vol. 9. 156. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00507-4>
- Halmi K. A., Eckert E., Marchi P., Sampugnaro V., Apple R., & Cohen J. (1991) *Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa*. *Arch Gen Psychiatry*. Vol. 48 (8). <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810320036006>
- Han, R., Bian, Q., & Chen, H. (Februari 2022). *Effectiveness of olanzapine in the treatment of anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis*. *Brain and behavior*, Vol. 12 (2). 1–6. <https://doi.org/10.1002/brb3.2498>
- Hay, J.P., Touyz, S., Claudino, M.A., Lujic, S., Smith, A.C., & Madden, S. (1 Januari 2019). *Inpatient versus outpatient care, partial hospitalization and waiting list for people with eating disorders*. *Cochrane Database*. Vol. 1 (1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010827>
- Kishi, T., Kafantaris, V., Sunday, S., Sheridan, E.M., & Correll, C.U. (Juni 2012). *Are antipsychotics effective for the treatment of anorexia nervosa? Results from a*

- systematic review and meta-analysis*. Vol. 73 (6). 757–766. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r07691>
- Madden, S., Hay, P., & Touyz, S. (Mars 2015). *Systematic review of evidence for different treatment settings in anorexia nervosa*. World Journal of Psychiatry. Vol. 5 (1). 147–153. <https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i1.147>
- Márquez, M.C., Sánchez, J.M., Salazar, A.M., Martínez, C.V., Valderrama, F., & Rojas-Gualdrón, D.F. (Juli 2022). *Efficacy and safety of antipsychotics and antidepressants in the treatment of anorexia nervosa: a systematic review*. Revista Colombiana de psiquiatria (English ed.). Vol. 51 (3). 227–235. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2022.08.007>
- Mieli. (2023). *Ätstörningar*. <https://www.mieli.fi/sv/psykisk-ohalsa/atstorningar>
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (September 2010). *Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders*. The Psychiatric Clinics of North America. Vol. 33 (3). 611–627. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>
- Orton. (u.å.). *Syömishäiriöiden hoito*. <https://www.orton.fi/palvelut/hoitopalvelut/psykiatria-psykologia-neuropsykologia-ja-psykoterapia/syomishairioiden-hoito/>
- Powers, P. S., Klabunde, M., & Kaye, W. (Augusti 2012). *Double-Blind Placebo-Controlled Trial of Quetiapine in Anorexia Nervosa*. European Eating Disorder Review. Vol. 20 (4). 331-334. <https://doi.org/10.1002/erv.2169>
- Social- och hälsovårdsministeriet. (2023). *Välfärdsområden*. <https://stm.fi/sv/valfardsomraden>
- Syömishäiriökeskus. (2022). *Ätstörningscentrum*. <https://syomishairiokeskus.fi/atstorningscentrum/>
- Syömishäiriöliitto. (u.å.). *Tietoa syömishäiriöistä*. <https://syomishairioliitto.fi/tietoa/tietoasyomishairioista>
- Rittenhouse, M. (2022). *Olanzapine and eating disorders*. Eating Disorder Hope. <https://www.eatingdisorderhope.com/treatment-for-eating-disorders/medications/atypical-antipsychotics-zyprexa-olanzapine>
- Russell, H., Aouad, P., Le, A., Marks, P., Maloney, D., Touyz, P., & Maguire, S. (2023). *Psychotherapies for eating disorders: findings from a rapid review*. Journal of Eating Disorders, Vol. 11. 175. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00886-w>
- Silber, T., J. (2005). *Acquired pseudo eating disorder: An imitation or fabrication of anorexia nervosa*. Journal of Adolescent Health Care. Vol. 8. (5). 452–455. [https://doi.org/10.1016/0197-0070\(87\)90237-3](https://doi.org/10.1016/0197-0070(87)90237-3)

- Suárez-Pinilla, P., Peña-Pérez, C., Arbaizar-Barrenechea, B., Crespo-Facorro, B., Del Barrio, J.A.G., Treasure, J., & Llorca-Díaz, J. (Januari 2015). *Inpatient treatment for anorexia nervosa: A systematic review of randomized controlled trials*. *Journal of Psychiatric Practice*. Vol. 21(1). 49–59. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000460621.95181.e2>
- Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Soundy, A., Adámková, M., Helvik Skjaerven, L., Catalán-Matamoros, D., Lundvik Gyllensten, A., Gómez Conesa, A., & Probst M. (2014). *A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa*. *Disability and Rehabilitation*. Vol. 36 (8). 628–634. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.808271>
- World Health Organization. (2019). *ICD-11: International classification of disease (11 uppl.)* <https://icd.who.int/>
- Yeo, M., & Hughes, E. (Mars 2011). *Eating disorders – Early identification in general practice*. *Aust Fam Physician*. Vol. 40 (4). 108-111.
- Zaitsoff, S., Pullmer, R., Cyr, M., & Aime, H. (Mars 2015). *The Role of the Therapeutic Alliance in Eating Disorder Treatment Outcomes: A Systematic Review*. *Eating Disorders*. Vol. 23 (2). 99–114. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.964623>
- Zeeck, A., Herpertz-Dahlmann, B., Friederich, H. C., Brockmeyer, T., Resmark, G., Hagenah, U., Ehrlich, S., Cuntz, U., Zipfel, S., & Hartmann, A. (Maj 2018). *Psychotherapeutic treatment for anorexia nervosa: A systematic review a network meta-analysis*. *Front Psychiatry*. Vol. 1 (9). 158. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00158>
- Österbottens Vårldsområde (2023). *Ätstörningsenheter*. <https://osterbottensvalfard.fi/varatjanster/psykosocialatjanster/atstorningar/atstorningsenheter/>

Bilaga 1: Intervjuguide

Bakgrundsinformation:

1. Ålder?
2. Kön?

Basinformation om diagnos och vård:

3. Vad har du haft för ätstörning?
4. Hur/varför kom du i kontakt med vården?
5. Hur snabbt fick du hjälp efter att du kommit i kontakt med vården?
6. Var har du vårdats för din ätstörning?
(var det öppen eller sluten vård?)
(Har du vårdats på flera än ett ställe?)
7. Under hur lång tid vårdades du (på respektive ställen om det var flera)?
(Och hurudan var intensiteten på vården? D.v.s. hur ofta var besöken och hur långa?)

Upplevelser av vården:

8. Hur upplever du att det var att vårdas på det stället/ställen du vårdades på?
9. Vilka former/typer av vård har du fått ta del av under din sjukdomstid?
(Hur upplevde du dessa?)
10. Vilka moment eller händelser i vården upplever du att har haft någon form av effekt på ditt mående eller dina ätstörningstankar och beteenden?
(kan vara antingen positiv eller negativ effekt)

Faktorer inom vården:

11. Har du fått läkemedelsbehandling under din tid i vården och varför?
(Hur upplevde du det?)
(Har du slutat på din medicin och isåfall när och varför?)
12. Har du vårdats individuellt eller med andra som hade ätstörningsproblematik?
(Hur upplevde du det?)
13. Hade du en vändpunkt i ditt sjukdomsförlopp, dvs. När upplever du att du *ville* bli frisk eller börja må bättre? *(Vad anser du var orsaken till detta)*

Upplevelser av vårdpersonal:

14. Fick du själv vara med och planera din vård och komma med förslag?
(*Anser du att vårdpersonalen tog dig och dina önskemål i beaktande?*)
15. Anser du att vårdpersonalen hade den expertis som krävdes för att bemöta dig på rätt sätt i din sjukdom?
(*Varför/ varför inte?*)

Dagens läge:

16. Om du idag tänker på helheten av din vård: Vilken vårdform upplever du att har fungerat bäst för dig och varför?
(*Vilken vårdform har fungerat mindre bra eller inte alls för dig och varför?*)
(*Eller upplever du att någon vårdform försvårat din tillfriskningsprocess?*)
17. Har du blivit utskriven från vården och isåfall när?
(*Hur kändes det?*)
18. Anser du dig vara frisk från din ätstörning idag?
(*Varför anser du det?*)

Avslutande tankar:

- Om vi sammanfattar vår diskussion:*
19. vad anser du har hjälpt dig mest i att bli frisk?
Om vi till slut blickar framåt:
20. Finns det någonting du tycker att ätstörningsvården borde tänka på inför framtiden på basis av dina erfarenheter och upplevelser?

Bilaga 2: Informationsbrev

Information om intervjustudie kring ätstörningsvården i Finland

Hej,

Jag heter Ida Dahl och är magisterstuderande inom utvecklingspsykologi vid Åbo Akademi i Vasa. För tillfället arbetar jag med min magistersavhandling som behandlar ätstörningsvården i Finland. Min magisteravhandling är en intervjustudie vars syfte är att undersöka vilka upplevelser tidigare klienter inom ätstörningsvården har om ätstörningsvården i Finland. Fokus ligger på vad som stöttat individen i tillfriskningen samt upplevelser om vad som fungerat bra och mindre bra i tillfriskningsprocessen. Oavsett vilken form av vård du fått, och vilka erfarenheter du har, kommer ditt deltagande i denna intervjustudie vara värdefullt för min magisteravhandling.

Tack för att du är intresserad av att delta i intervjustudien!

Ditt deltagande är frivilligt och du kan i vilket skede som helst avbryta intervjun eller dra dig ur studien. Detta innebär att du även efter intervjun kan kräva att ditt bidrag inte tas med i avhandlingen. Intervjun kommer att ske via zoom eller på valfri plats som du bestämmer. Efter ditt godkännande kommer intervjun att spelas in som en ljudfil, som sedan kommer att transkriberas och anonymiseras. Endast jag kommer att ta del av ljudfilen, och efter transkriberingen kommer den att raderas. Det transkriberade och anonymiserade dokumentet kommer sparas på min dator. Personuppgifter samlas inte in.

Intervjusvaren kommer att kategoriseras och presenteras på ett sätt där respondenterna inte är igenkännbara. Den färdiga avhandlingen kommer att publiceras i portalen Doria (<https://www.doria.fi/>) där den är öppen för allmänheten att läsa. Målet är att avhandlingen ska vara färdig våren 2024.

Tveka inte att ta kontakt om det är något du undrar över gällande intervjun eller min avhandling. **Jag vill gärna att du bekräftar att du fått denna information. Intervjuerna kommer att hållas inom februari-mars 2023 och intervjun kommer räkna ca. 1 timme. Ge gärna förslag på plats och tid för intervjun.** Jag ser fram emot att träffa dig och få ta del av dina erfarenheter!

Tack på förhand! Vänligen, Ida Dahl

Kontaktinformation: Telefon: 0401427323

E-mail: ida.dahl@abo.fi

Bilaga 3: Samtyckesblankett

Informerat samtycke om att delta i forskning för magisterarbete:

Ätstörningsvården i Finland

Alla som deltar i en forskning ska ge sitt godkännande till det. Godkännandet ska gärna ges skriftligt men kan också ges muntligt. Deltagande är frivilligt och du kan alltid vägra delta. Vänligen läs igenom denna text och skriv under eller svara på detta meddelande ifall du ger ditt samtycke. Du kan även ge ditt svar muntligt ifall materialinsamling sker genom intervjuer – du ger ditt svar då intervjun inleds, efter att du gett ditt tillstånd till inspelning av intervjun.

- 1) Jag deltar frivilligt i denna forskning, som genomförs av Ida Dahl, studerande inom utvecklingspsykologi vid Åbo Akademi, och som handleds av universitetslärare Maria Dahlberg.
- 2) Jag har fått information om forskningens mål och innehåll. Jag har fått information om vad mitt deltagande i forskningen konkret innebär och hur lång tid jag förväntas lägga ned, dvs. max ca 1 h.
Jag har även fått veta vilka ev. olägenheter och risker som deltagandet medför. Intervjun behandlar ett känsligt ämne vilket kan väcka jobbiga tankar eller känslor hos respondenten och orsaka i psykisk obalans. Målet är trots tematiken att bevara respondentens psykiska hälsa och stabilitet.
- 3) Deltagandet i studien påverkar inte möjligheten att få vård i framtiden.
- 4) Jag förstår att jag har rätt att avbryta mitt deltagande när som helst utan negativa påföljder. Jag behöver inte uppge något särskilt skäl till avbrytandet. Jag har även rätt att låta bli att besvara frågor jag inte vill besvara. Med avbrytande avses rätten hos forskningsdeltagaren att tillfälligt eller tillsvidare välja att stå utanför undersökningen eller ett enskilt skede av den.
- 5) Jag förstår att jag kan annullera mitt samtycke till att delta i undersökningen när som helst (muntligt, via mejl, skriftligt etc.)
- 6) Jag har blivit informerad hur behandlingen av personuppgifter görs. Jag har även blivit informerad hur forskningsmaterialet arkiveras. Endast Ida Dahl kommer ha tillgång till ljudfilen med intervjun. Efter transkribering kommer ljudfilen raderas permanent. Den intervjuade kommer inte vara igenkännbar då materialet behandlats och resultaten presenteras i avhandlingen.

- 7) Jag har haft möjlighet att ställa frågor gällande forskningen och insamlingen av material, och mina frågor har besvarats tillfredsställande.

Jag har läst och förstått det som sägs ovan ger mitt samtycke till att delta i denna forskning. Min underskrift betyder inte att jag avsäger mig mina lagliga rättigheter. Jag förstår också att jag kommer att få en kopia av denna underskrivna samtyckesblankett.

Forskningsdeltagarens namn och underskrift

Datum

Jag har förklarat i detalj hur forskningsprocessen ser ut, i vilken forskningsdeltagaren har gett sitt samtycke till att delta. Jag kommer att behålla en kopia av denna underskrivna samtyckesblankett.

Studerandes namn och underskrift

Datum