



UPPSALA
UNIVERSITET

Examensarbete C, 15hp

Grundnivå
ht 2013

Äta som vanligt - vägen tillbaka

En kvalitativ studie om upplevelser och tankar kring
ätträning och måltidssituation vid behandling av
ätstörning hos ungdomar

VENDELA ERIKSSON & EMELIE ÖDMANN

Institutionen för kostvetenskap
Box 560
Besöksadress: BMC, Husargatan 3
751 22 Uppsala



Titel: Äta som vanligt – vägen tillbaka: En kvalitativ studie om upplevelser och tankar kring ätträning och måltidssituation vid behandling av ätstörning hos ungdomar
Författare: Vendela Eriksson och Emelie Ödmann

SAMMANFATTNING

Inledning: Anorexia Nervosa är en restriktiv ätstörning som bland annat leder till en låg kroppsvikt och nedsättning i kroppslig funktion. Måltider framkallar negativa känslor hos individer med ätstörning och följaktligen har ätträning erkänts vara en viktig förutsättning för en tillfredsställande behandling.

Syfte: Att undersöka upplevelse av och tankar kring ätträning som ingår vid behandling av ätstörning hos ungdomar. Att utifrån detta framför allt bättre förstå vilka faktorer i samband med måltidsituationen som behandlare, patienter och anhöriga beskriver vara främjande för tillfrisknandet.

Material och metod: I studien genomfördes åtta semistrukturerade intervjuer med före detta patienter, anhöriga till någon som tidigare haft en ätstörning och behandlande personal på en ätstörningsenhet. Det transkriberade materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.

Resultat: Analysen resulterade i kategorierna: motivation, överlåta kontroll, gemenskap vid måltid, rutiner, kostval, portionsstorlek, viktuppgång och att normalisera.

Slutsats: Resultatet tyder på att det finns framgångsfaktorer i ätträningen som är oberoende av behandlingsform och detta oavsett om det är ur behandlares, före detta patienters eller anhörigas perspektiv. En av faktorerna är motivation vilken krävs för modellinläring och för att ätträningen ska ske. Ett viktigt steg för att bryta det destruktiva ätmönstret är att släppa kontroll över måltiden. Att bryta isolering genom att äta tillsammans kan också främja ätträningen. En regelbunden måltidsordning är en rutin som framstår som positiv. Att snabbt komma igång med ätandet, välja vanlig mat och äta hela portioner främjar viktuppgång och tillfrisknande. Den gemensamma nämnaren hos dessa framgångsfaktorer verkar vara en strävan efter att uppnå en normal måltidssituation.

Title: Normal Eating – the way back: A qualitative study about the experiences of and thoughts about mealtime training in the treatment of eating disorders in adolescents

Author: Vendela Eriksson and Emelie Ödmann

ABSTRACT

Introduction: Anorexia Nervosa is a restrictive eating disorder that can lead to a low body weight and reduction in body function. Meals induce negative feelings among these individuals and meal support has been acknowledged as an important part of the treatment.

Objective: To examine the experiences of and thoughts about mealtime training in the treatment of eating disorders in adolescents. From this, especially understand the factors in mealtimes that promote recovery as seen from the perspective of former patients, relatives and treatment staff.

Material and Methods: Eight semi-structured interviews were performed. The transcribed interviews were analyzed with qualitative content analysis with an inductive approach.

Results: The analysis resulted in the categories: motivation, transferring control, mealtime company, routines, food of choice, portion size, weight gain and to normalize.

Conclusion: The result suggests that there are factors of success in the meal that are independent of treatment method. One of the factors is motivation, which is needed to perform observational learning and mealtime training. One important step is to stop the destructive eating pattern by letting go of control. To eat together and break the isolation can positively affect the mealtime training. A regular eating pattern is a routine that seems to be successful. To start eating as soon as possible, choose regular food and eat full portions seems to promote weight gain and treatment outcome. The common factor among these categories seems to be the ambition to achieve a normal situation at mealtimes.

Tack!

Först och främst vill vi tacka alla som ställt upp och delat med sig av sina upplevelser i intervjuerna. Det har varit en ära och otroligt intressant att ta del av era erfarenheter!

Ett stort tack till Marianne Aronsson för hjälp av förståelse för behandling vid ätstörning och hjälp med rekrytering av deltagare. Vi vill även tacka ”Frisk & Fri – Riksföreningen mot ätstörningar” för engagemang och rekryteringshjälp.

Ett speciellt tack till Sara Thundal som med stor inlevelse hjälpte oss utveckla intervjumaterialet. Utan din skådespelartalang hade det här inte blivit lika bra.

Ett stort tack till Agneta Andersson för god handledning, värdefulla synpunkter och inspiration! En mer hängiven handledare får man leta efter då det inte är alla som ägnar skidsemestern åt att läsa uppsatser.

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
2. Bakgrund	1
2.1. Diagnoser	1
2.2. Förekomst och etiologi	1
2.3. Sjukdomsbild	2
2.4. Behandling	3
2.5. Ätträning och måltidssituation	4
2.6. Dietistens roll	5
3. Syfte	5
4. Metod	5
4.1. Urval	5
4.2. Rekrytering	6
4.3. Datainsamlingsmetod	6
4.4. Dataanalys och resultatbearbetning	7
4.5. Etiska överväganden	7
4.6. Litteratursökning	8
5. Resultat	8
5.1. Motivation	9
5.2. Överlåta kontroll	10
5.3. Gemenskap vid måltid	11
5.4. Rutiner	12
5.5. Kostval	13
5.6. Portionsstorlek	14
5.7. Viktuppgång	15
5.8. Att normalisera	16
6. Diskussion	16
6.1. Metoddiskussion	16
6.1.1. Urval och rekrytering	17
6.1.2. Datainsamlingsmetod	17
6.1.3. Analysering och överförbarhet	18
6.2. Resultatdiskussion	18
7. Slutsats	21
8. Referenser	22

Bilaga 1. Arbetsfördelning

Bilaga 2. Följebrev

Bilaga 3. Inbjudan via sociala medier

Bilaga 4. Visuellt material

Bilaga 5. Intervjuguide

1. Introduktion

Ätstörningar karakteriseras av överdriven upptagenhet av vikt eller kroppsform och kan ha allvarliga fysiska och psykologiska konsekvenser, speciellt om dessa utvecklas under ungdomsåren (1). Anorexia Nervosa (AN) är en restriktiv ätstörning vilken bland annat leder till en låg kroppsvikt och nedsättning i kroppslig funktion (2). Både svält och undernäring kan förändra de fysiska, kognitiva och affektiva funktionerna, vilket då försvårar möjligheten att fokusera på andra aspekter av vardagslivet (3).

I kliniska riktlinjer för utredning och behandling av ätstörningar från Svenska Psykiatriska Föreningen står skrivet att det första steget i behandlingen är att bryta svälten och normalisera ätmönstret (4). Nutritionsbehandling syftar till att förbättra patientens nutritionsstatus men samtidigt att avdramatisera ätandet, mat och livsmedel (3). Måltider framkallar negativa känslor för individer med ätstörningar såsom ångest, rädsla och avsky. Följaktligen är måltidsstöd för patienter en viktig förutsättning för en tillfredsställande behandling (5).

Det finns variationer i måltidspraxis både mellan och inom enheter vilka är specialiserade på ätstörningar (5). Genom att nutritionsbehandlingen är en del av ett multidisciplinärt behandlingsprogram ges förutsättning till positiv respons på övrig behandling (3). Detta gör det intressant att undersöka hur de som i praktiken kommer i kontakt med ätträningen upplever denna och framför allt att undersöka vilka faktorer i måltidssituationen som upplevs främja tillfriskande.

2. Bakgrund

2.1. Diagnoser

AN är en livshotande restriktiv ätstörning vars dödlighet överträffar alla andra psykiatriska tillstånd hos unga kvinnor (6). För att diagnostisera AN krävs närvaro av energirestriktion vilken leder till en signifikant låg kroppsvikt. Vidare uppvisas en intensiv rädsla för viktuppgång eller att bli fet. Patienten uppvisar beteende som hämmar viktuppgång trots en redan signifikant låg vikt, samt har en störning i självupplevd vikt eller kroppsform där dessa har en obefogat stor verkan på självkänslan. Slutligen uppvisas en ihållande bristfällig förståelse för allvarligheten i den nuvarande låga kroppsvikten (7).

Prevalensen av diagnosen atypisk ätstörning, även kallad EDNOS¹ (Eating disorder not otherwise specified), är numerärt överlägsen AN (8). För att diagnostiseras med EDNOS måste personen ha ett ätbeteende som orsakar kliniskt signifikant försämring i funktion, men som ej möter alla kriterier för att diagnostiseras med annan ätstörning. Exempel på dessa är atypisk AN, Bulimia Nervosa med låg frekvens av bulimisyttom eller begränsad sjukdomsduration och Binge Eating Disorder (BED) (7).

2.2. Förekomst och etiologi

Sjukdomsprevalens av ätstörningar hos unga kvinnor är högre än i övriga befolkningen, där diagnoserna är relativt ovanliga (9). Den genomsnittliga prevalensen av AN bland unga kvinnor är 0,3 %. Prevalensen av EDNOS, är mycket svår att fastställa då diagnoskriterierna är mer ospecifika än för AN (10). Dock antas det att EDNOS är tre till fyra gånger vanligare än AN och Bulimia Nervosa (BN). Förhållandet män:kvinnor med ätstörning brukar anges 1:10, men nya siffror antyder att det skulle kunna vara 2:10 (3).

¹ Numera Other Specified Feeding or Eating Disorder, OSFED. Då OSFED utifrån DSM-5(11) är en ny diagnosterm och tidigare forskning är gjord på EDNOS, kommer i fortsättningen EDNOS användas i uppsatsen.

Det finns ingen entydig förklaring till varför vissa individer utvecklar en ätstörning (9), men studier visar att riskfaktorer bland annat är kön, etnicitet, ätproblem i tidig ålder, mag- och tarmproblem, ökad oro gällande vikt och kroppsform, negativ självbild, sexuella övergrepp och andra trauman samt psykisk sjukdom (11).

2.3. Sjukdomsbild

Konsekvenserna av AN hos ungdomar inkluderar fysisk påverkan med tillväxthämning, försening i eller avbruten pubertet samt lägre peak bone mass (högsta uppnådda benmassa) (12). Ytterligare en fysiologisk konsekvens av ätstörningen kan vara fördröjd magsäckstömning och försämrad tarmmotorik vilket kan göra intag av stora volymer mat obehagligt (6). Depression och ångestsyndrom är psykologiska faktorer som kan vara antingen orsak till eller konsekvens av ätstörningen (13). Kontroll är en central del i AN och då en viktnedgång leder till en känsla av styrka och effektivitet fokuserar patienter med AN på en fortsatt viktnedgång (14), trots redan låg kroppsvikt (7). Anorektiska beteenden kan ge en känsla av stabilitet, trygghet och kontroll (15). Många av ätstörningssymtomen, till exempel restriktivt ätande, har även funktionen att de tillfälligt reglerar skamkänslor (16). Att skämmas över kroppen har visats ge en ökning i anorektiska beteenden (17) och upplevelser av skamkänslor är mer frekvent förekommande hos personer med ätstörningar (18).

Studier har visat att kosten som de flesta patienter med AN äter karakteriseras av ett lägre innehåll av protein, fett och kolhydrater (19). Kosten följer ett karakteristiskt mönster där den delades upp i bra och dåliga livsmedel, där de bra är tillåtna och de andra förbjudna (2). De livsmedel som konsumeras i mindre mängd är bröd, flingor, kött, charkuterier, fett och söt eller friterad mat. I motsats är grönsakskonsumtionen större (19). Ungefär 50% av patienterna med AN uppger att de äter någon slags vegetarisk kost. Att börja äta vegetarisk kost kan vara ett socialt accepterat sätt att legitimera en kostrestriktion och detta belyser vikten av att undersöka bakgrund till patienters val att äta vegetariskt (20). Det finns ofta en uppfattning om att personer med ätstörning har god kunskap om och förståelse för nutrition. Många patienter spenderar mycket tid åt att söka efter nutritionsrelaterad information, men deras källor kan vara otillförlitliga och tolkningen av informationen är ofta formad av sjukdomen (2). Forskning på dessa patienters nutritionskunskap visar att de kan mycket om energiinnehåll i livsmedel, men har sämre kunskap om övergripande näringsbehov (6).

Patienter med AN uppger ofta att de har svårt att uppskatta portionsstorlek (6,21) till följd av tidigare restriktivt ätbeteende (21). Förändrad uppfattning av hunger är vanligt vid AN (22). Ju mindre hungerkänslor patienten upplever desto mer verkar portionsstorlekarna överskattas (21). Många patienter med AN äter ovanligt långsamt, leker ofta med maten och skär den i små bitar. Detta anses vara ett sätt att försöka undvika att äta, men det är också en effekt av själva svälten (2). Efter en tid av restriktion går all tid och energi åt till tankar på mat, vikt och kroppsutseende, vilket förvärras med sjunkande vikt (23). Många med AN lagar därför avancerade måltider till andra och läser ofta tidningar och böcker som innehåller recept (13), men undviker själva att delta i gemensamma måltider (23).

De flesta patienter med AN säger sig vilja tillfriskna, men söker behandling på sina egna villkor. Motivationen för att påbörja behandling drivs av en vilja att nå lindring av fysiska eller psykologiska symtom, men utan en önskan att gå upp i vikt (24). Tillsammans med en rädsla för att gå upp i vikt finns ofta en oro inför att förlora sin identitet när man inte längre kan identifiera sig genom sjukdomen (6). När patienter blir kroppsligt bättre i och med

behandlingen så kan motivationen försvinna och ersättas av ökad rädsla för viktuppgång och en förnyad vilja att banta (24).

2.4. Behandling

Svårighetsgrad av ätstörning kan variera och beslut om behandlingsplan skall göras utifrån individens tillstånd. De flesta patienter med AN kan behandlas i öppenvård och behöver inte intensiv slutenvårdsbehandling (6). Forskningsunderlaget för att kunna uppskatta utfall av behandling vid EDNOS är begränsad (25). De nuvarande rekommendationerna är baserade på klinisk erfarenhet och följer behandlingsmodellerna för AN och BN beroende på EDNOS-subdiagnos (4). Eftersom 50-80% av patienterna som behandlas för ätstörningar diagnostiseras med EDNOS är det viktigt att det utvecklas en effektiv behandling för dessa patienter (9).

Att få patienten att påbörja behandlingen i tid och på rätt sätt förefaller vara nyckeln till framgång (26). Att dessutom påbörja en viktuppgång snabbt ger ett bättre behandlingsutfall (27). Till skillnad från vuxna patienter med AN har ungdomar ett mer lovande behandlingsutfall med större viktuppgång och färre avhopp, troligtvis som ett resultat av föräldrarnas roll i behandlingen (24). Enligt kliniska riktlinjer för ätstörningar ska barn och ungdomar alltid behandlas tillsammans med sina föräldrar (4).

Inom ätstörningsbehandling poängteras behovet av en snabb viktuppgång under en kort tid. I början av behandlingen läggs alltså fokus på att inse allvaret i matrestriktionen och viktförlusten, samt att eliminera de beteenden som vidmakthåller dessa (28). Att genomföra betydelsefulla samtalsessioner är svårt om patienten är i ett svälttillstånd då detta i sig medför kognitiva störningar och en upptagenhet av ätstörda tankar (29). Det innebär att en viktuppgång är essentiell för patientens förmåga att ta del av annan terapi (28) och därför kontrolleras kroppsvikten regelbundet inom ätstörningsbehandling (2). Fördelarna med den snabba viktuppgången är att patienterna blir medicinskt stabila snabbare, kräver färre inskrivningar och har kortare period av amenorré (30). Dock har patienter med bristfällig viktuppgång vid inläggning, låg utskrivningsvikt eller lågt BMI ett sämre behandlingsutfall med längre sjukdomsduration och ökad återfallsprevalens (31). Längre sjukdomsduration har även visats förutsäga ett negativt utfall av behandlingen (26).

Familjebaserad behandling (Family-based Therapy, FBT) är en evidensbaserad form av behandling vid AN (32) som stöds av American Academy of Pediatrics (31) och American Psychiatric Association (33). Behandlingsmodellen är uppbyggd i tre faser där man i den första fasen vill påbörja en viktuppgång och behandlaren riktar in sig på risk med malnutrition, familjens interaktion och matvanor, samt stödjer föräldrarna i arbetet med barnets viktuppgång. För att studera detta utförs ofta en observation av familjemåltiden. I fas två får föräldrarna hjälp att överlåta kontroll över ätandet till barnet och i fas tre fokuserar man på att skapa en frisk identitet (32). Flera randomiserade kontrollstudier har visat att FBT är en effektiv öppenvårdsbehandling där 60-90 % av ungdomarna med AN uppnår delvis eller full remission (30). Svårigheter med behandlingen kan vara att det krävs av föräldrarna att de är konsekventa och att det faktiskt existerar en familjemåltid. Om föräldrarna har ett stort förhållande till mat kan detta påverka behandlingen negativt (33).

Dagvård kan bli aktuellt då behandling i öppenvården inte räcker till (3). Den kan också fungera som en övergång mellan slutenvård och öppenvård. Dagvården kan också användas för att erbjuda förstärkt öppenvårdsbehandling under tre till sju hel- eller halvdagar. Det är också en terapeutisk fördel att patienterna inte fullständigt flyttas från sin hemmiljö (9), vilket

gör att de har lättare att behålla sina sociala kontakter (34). Patienten får stöd vid flera måltider och kan dessutom erbjudas andra terapeutiska behandlingsåtgärder, som sjukgymnastik, bild- och musikterapi och olika sociala aktiviteter (4). Oftast får patienterna från början mellan sex och åtta timmar av multidisciplinär behandling under fem till sju dagar i veckan, men i takt med tillfrisknandet trappas behandlingen ner och patienten behöver inte komma till enheten lika ofta (2).

2.5. Ätträning och måltidssituation

I ett multidisciplinärt behandlingsprogram är nutritionsbehandlingen ett viktigt moment som påverkar den övriga behandlingen positivt (3). Måltidsstöd gör det möjligt att uppmärksamma rubbade ätbeteenden i stunden och uppmuntra till matintag (31). Målet med ätträningen är att normalisera ätbeteende, främja viktuppgång, återintroducera ätandet som en tillfredsställande social upplevelse och att minska ritualer och rädslor kring mat (35). Nutritionsbehandlingen kan ske på olika sätt (3), till exempel genom ätträning i hemmet och observation av familjemåltiden, vilket är en del i FBT (32), eller genom måltidsstöd och ätträning tillsammans med behandlare och andra patienter i dagvården (4).

Inledningsvis tar behandlarna kontroll över alla aspekter gällande mat och ätande (28). Patienten tillåts inte deltaga i någon form av måltidsförberedelse, utan det enda ansvar som åläggs patienten är att äta de måltider som förbereds och serveras (36). Att lämna över kontroll över ätandet till någon annan ger patienten möjlighet att äta utan att känna panik (28). Att få en ordinerad måltidsordning är essentiellt för patienter som är nedbrutna av ätstörda beteenden och de brukar ofta beskriva en känsla av lättnad och hopp över detta (37).

Eftersom patienter med AN ofta har svårt att uppskatta portionsstorlek är det speciellt viktigt att förbättra detta och normalisera matvanor (21). Då många patienter med AN äter väldigt långsamt är tidsbegränsningar på måltiderna ett sätt att hantera detta (2). Ångest kan ha en negativ inverkan på intag (38) och för att minska denna kan någon form av aktivitet mellan måltiderna vara lämplig (35). Genom att äta regelbundna måltider lär man patienten att känna och svara korrekt mot hunger och mättnad (37). Vid ätstörningsbehandling rekommenderas en måltidsfördelning med fem till sex måltider, jämnt fördelade över dagen (3). En måltidsordning med tre huvudmåltider och tre mellanmål per dag i normal portionsstorlek är också den mest effektiva metoden för viktkontroll på lång sikt (37). Tillskottet av eftermiddags- och kvällsmellanmål kan minska det fysiska obehag som kan associeras till större måltider (2).

I många familjer har man slutat äta tillsammans och många har negativa erfarenheter av måltiden. I de familjer där man fortfarande äter tillsammans beskrivs måltiderna som känslomässigt intensiva. Föräldrarna har ofta förlorat hoppet om att de skall kunna erbjuda en miljö där deras barn skall kunna äta tillräckligt (39). Observationsmåltiden inom FBT är en möjlighet för behandlaren att direkt observera familjens interaktionsmönster (36). Innan måltiden bör personalen och föräldrarna diskutera vad man har att förvänta sig gällande mängden mat patienten skall äta, hur lång tid det skall ta och vilka beteenden som kan förekomma, till exempel att patienten delar maten i små bitar. I dessa samtal bör man också ta upp bordsplacering, vem som skall stödja patienten vid svårigheter och hur detta skall gå till samt konversationsämnen. Det kan också vara lämpligt att påminna patienten om att han eller hon inte äter för sina föräldrars skull, utan som en del av en behandlingsplan och att han eller hon själv behöver ta ansvar för sitt ätande. När måltiden är avslutad träffas familj och behandlare för att reflektera över denna. Både patient och föräldrar uppmuntras att beskriva sina erfarenheter av måltiden. Syftet med detta är att ha en öppen kommunikation så att

föräldrarna skall kunna stötta patienten på ett effektivt sätt (39). Det är viktigt för familjen att inse att ett stort terapeutiskt fokus läggs på de dagliga måltiderna i hemmet (36).

2.6. Dietistens roll

American Dietetic Association fastslår att nutritionsinterventioner innehållande nutritionsrådgivning av en legitimerad dietist är en essentiell del av den multidisciplinära behandlingen vid ätstörning (40). Enligt Dietisternas riksförbunds referensgrupp inom psykiatri är syftet med nutritionsbehandling vid ätstörningar att säkerställa ett adekvat näringsintag och att normalisera förhållningssättet till mat och ätande. Med stöd av en akademisk utbildning, klinisk träning och legitimation är dietisten unikt kvalificerad att bidra vid prevention och behandling av nutritionsrelaterade tillstånd (3).

Dietisten har inte någon självklar roll inom FBT (33) eftersom en viktig aspekt är att förstärka föräldrarnas egen förmåga att hjälpa sitt barn att gå upp i vikt. Som konsekvens av detta bör behandlande personal ge färre direkta ordinationer gällande kost och familjer förses inte längre med utförlig nutritionsrådgivning eller en exakt måltidsplan (30). Trots detta har visats att behandlare inom FBT gärna inkluderar dietisten i det multidisciplinära teamet (33). Att medverka vid måltiderna, vara med i planering av måltider samt att bedriva gruppundervisning är en naturlig del av dietistens arbete inom dagvården (3).

Då svält skapar tankemässig upptagenhet av mat och kognitiv förvrängning är en viktuppgång essentiell för patientens hälsa och förmåga att delta i andra former av terapi (28). Multidisciplinär behandling har blivit standard som behandlingsform vid ätstörning (41). Eftersom det är flera yrkeskategorier som deltar i behandlingen är det avgörande att personalgruppen har en samsyn beträffande den mängd mat som utgör en normalportion och har ett enhetligt förhållningssätt till ett hälsosamt ätande. Då syftet med ätträningen är att normalisera ätbeteende är dietistens kunskap ovärderlig eftersom vad som är "hälsosamt ätande" kan vara präglad av egna eller andras värderingar och attityder (3). Då det inte förekommer någon enhetlig ätträning (3) är det intressant att undersöka om det finns faktorer i måltidssituationen, oberoende av behandlingsform, som upplevs främja tillfrisknande.

3. Syfte

Att undersöka upplevelse av och tankar kring ätträning som ingår vid behandling av ätstörning hos ungdomar. Att utifrån detta framför allt bättre förstå vilka faktorer i samband med måltidsituationen som behandlare, patienter och anhöriga beskriver vara främjande för tillfrisknandet.

4. Metod

4.1. Urval

Då detta är en kvalitativ studie valdes försöksdeltagarna genom ett så kallat målinriktat urval, vilket är en typ av icke-sannolikhetsurval (42). De som bjöds in att delta i studien var personer med tidigare erfarenhet av ätträning vid behandling av ätstörning. Dessa var antingen före detta patienter, anhöriga till någon med en ätstörning eller till någon som tidigare haft en ätstörning samt behandlande personal på en ätstörningsenhet. Bland personalen på ätstörningsenheten var det flera olika yrkeskategorier som kom i kontakt med måltiden i sitt arbete, vilket gjorde att alla medlemmar från det multidisciplinära teamet med ätträningserfarenhet erbjöds att delta.

Totalt intervjuades åtta personer, varav tre tidigare patienter vilka varit i behandling som ungdomar, en anhörig vars familjemedlem varit i behandling som ungdom och fyra behandlare från en ätstörningsenhet för barn och ungdomar. Definitionen av ungdom utgår från Ungdomsstyrelsen och sträcker sig från 13 till 25 år (43,44). Ätstörningsenhetens behandling (FBT) sträcker sig upp till 18 års ålder.

4.2. Rekrytering

För att få tillgång till intervjudeltagare kontaktades en ätstörningsenhet och ett besök genomfördes där syftet med uppsatsen presenterades för en nyckelperson på enheten, vilken senare kom att bli uppsatsskrivarnas kontaktperson. För att få kontakt med potentiella intervjudeltagare användes sedan kontaktpersonen. Denna person spred information om studien och möjlighet till deltagande i denna. Informationen spreds till övrig personal på enheten och genom kontaktpersonen kunde följebrev (bilaga 2) delas ut till intresserad personal samt intervjutider bokas. För att komma i kontakt med anhöriga vars barn eller ungdom behandlades på enheten lades följebrevet till studien ut i väntrummet på enheten. Kontaktpersonen hjälpte även till att ordna lokal på behandlingsenheten där intervjuer kunde hållas.

För att få ytterligare deltagare så togs även kontakt med riksföreningen mot ätstörningar. Via riksföreningen lades en inbjudan till att delta i studien (bilaga 3) ut på sociala medier, Facebook och föreningens egen blogg, med kontaktuppgifter till uppsatsförfattarna. När potentiella deltagare hörde av sig skickades ett följebrev ut och praktiska detaljer kring intervjutillfället bestämdes i samråd med deltagaren. Ytterligare försök till rekrytering gjordes genom Dietisternas riksförbunds referensgrupp för psykiatri, där en kontaktperson spred information till föräldrar vars barn behandlats för ätstörning.

Totalt rekryterades tio deltagare till intervjuerna, varav åtta fullföljde studien. De före detta patienterna var över 18 år och hade avslutat sin behandling, vilken pågått under deras ungdomstid (13-25 år), en intervjudeltagare hade varit i behandling två gånger, en gång som barn och den andra som ungdom. De diagnoser som de haft var AN, EDNOS restriktiv typ och ortorexi. En intervjudeltagare, vars anhörig varit i behandling som ungdom, rekryterades. Fyra behandlare deltog och de diagnoser de främst arbetade med var AN och EDNOS av restriktiv typ. De hade arbetat med behandling av ätstörningar i 2-15 år.

4.3. Datainsamlingsmetod

Den datainsamlingsmetod som användes i studien var semistrukturerade intervjuer baserade på ett visuellt material (bilaga 4) och en intervjuguide (bilaga 5).

För att underlätta intervjuerna och i enlighet med att i kvalitativ metod inte styra intervjudeltagaren (42) i en viss riktning genom många direkta frågor, skapades ett visuellt material. Detta användes som hjälp för att få intervjudeltagaren att tala fritt kring sina erfarenheter. Teman som berördes täckte ett brett spektrum av undersökningens fokusområde (42) vilka arbetats fram utifrån den litteratursökning inom ämnesområdet som gjordes i början av studien. Dessa teman var: mat, stämning, förberedelser, hjälpmedel, kontroll, observation, erfarenheter och motivation.

För att säkerställa att intervjumaterialet var relevant och användbart genomfördes ett rollspel där båda uppsatsskrivarna och en frivillig testperson deltog. Utifrån detta reviderades materialet. Det reviderade visuella materialet användes sedan vid pilotintervjun och

bekräftades vara relevant för fortsatta intervjuer, vilket ledde till att inga ändringar gjordes i detta material. Således kom även pilotintervjun att inkluderas i det slutgiltiga materialet.

En flexibel intervjuguide skapades och testades i både rollspelet och pilotintervjun. Efter pilotintervjun så bekräftades att intervjuguiden också var relevant för studiens syfte och inga ändringar i denna gjordes. Intervjuguiden bestod till större delen av öppna frågor vilka arrangerades efter det visuella materialets teman. Några slutna frågor inkluderades för att få svar på vissa specifika uppgifter vilka ansågs vara relevanta för förståelse av ätträningen. Intervjuerna var semistrukturerade så tillvida att intervjuaren eller den intervjuade när som helst kunde avvika från det för tillfället diskuterade ämnet för att lyfta idéer och tankar som kommit upp under tiden eller för att ge en mer detaljerad förklaring (42).

De semistrukturerade intervjuerna genomfördes ansikte mot ansikte utav en intervjuare och antalet intervjuer delades lika mellan uppsatsförfattarna. Intervjuerna med behandlarna genomfördes i ett rum på behandlingsenheten, medan övriga intervjuer hölls på platser som valts i samråd med deltagarna. Intervjuerna spelades in med hjälp av en ljudupptagningsapparat (Zoom H2 Handy Recorder) och varade mellan 47 och 64 minuter, med en genomsnittslängd på 58 minuter. Intervjuerna hölls på svenska. De inleddes med att uppsatsförfattaren gav en introduktion om intervjuens genomförande, samt uppmuntrade deltagaren till att berätta om sina egna erfarenheter och belyste att det ej fanns några rätta svar på frågorna.

4.4. Dataanalys och resultatbearbetning

Alla intervjuer transkriberades ordagrant, vilket gav 100 A4-sidor med löptext. Intervjudeltagarna numrerades från ett till åtta för att avidentifieras i transkriptionerna. För att analysera materialet användes kvalitativ innehållsanalys (45) med induktiv ansats (46).

Till att börja med genomförde uppsatsförfattarna flera individuella läsningar av de transkriberade intervjuerna. Fokus vid den inledande läsningen var att finna påståenden, exempelvis erfarenheter, känslor och tankar, beträffande ätträning och måltidssituation. Meningar eller fraser som innehöll information som var relevant för syftet plockades ut med omgivande text för att inte få lösryckta citat. Dessa blev de så kallade meningsbärande enheterna. Efter de individuella genomläsningarna diskuterade uppsatsförfattarna innehållet och kontrollerade att samstämmighet rådde kring valet av meningsbärande enheter.

I nästa steg av analysen koncentrerades texten till kondenserade meningsenheter för att få ett hanterbart material men ändå behålla kärnan i innehållet. De kondenserade meningsenheterna kodades och konsensus bland uppsatsförfattarna nåddes kring koderna. Koderna delades sedan in i underkategorier, vilka återspeglar det centrala budskapet i intervjuerna. Underkategorierna bildade i sin tur åtta kategorier. En kategori är en deskriptiv nivå av innehållet och fungerar alltså som ett uttryck för det manifesta innehållet i texten (45). Dessa kategorier utgör det huvudsakliga resultatet. Resultatet presenteras i kategorier och underkategorier med hjälp av tabeller, löptext och citat.

4.5. Etiska överväganden

De etiska överväganden som gjordes grundades på Vetenskapsrådets forskningsetiska principer för humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning (47). Då undersökningsdeltagarna studerats genom intervjuer fordras förhandsinformation om studien och dess syfte till deltagarna. För att kunna uppfylla informationskravet utformades ett följebrev med information om studiens syfte, urval, metod, confidentialitet och frivilligt

deltagande. Detta delades ut till alla eventuella deltagare innan beslut om medverkan i studien tagits. I början av varje intervjutillfälle kontrollerades även om några frågor uppkommit efter läsning av följebrevet. Följebrevet innehöll även information om deltagarnas rätt att själva bestämma över sin medverkan och rättigheten att när som helst avbryta studien i enlighet med samtyckeskravet. Även detta togs upp i början av varje intervjutillfälle.

Konfidentialitetskravet tillämpades genom att under bearbetning av intervjuer och transkribering oidentifiera deltagarna för att material ej skulle kunna spåras till enskilda individer. Efter att varje inspelning transkriberats så raderades och kastades ljudinspelningen. De utskrivna transkriptionerna slängdes efter det att rapporten färdigställts. Insamlade uppgifter användes endast till denna studie i enlighet med nyttjandekravet. Även informationen om nyttjande och konfidentialitet gavs till deltagarna i följebrevet som delades ut innan intervjun (47).

4.6. Litteratursökning

En övergripande litteratursökning genomfördes i studiens inledningsskede i databaserna PubMed och Scopus. Sökorden som användes var adolescents, Anorexia Nervosa, anxiety, day care, dietician, eating disorders, eating disorder treatment, EDNOS, family-based treatment, hunger, meals, meal support, nutrition, out-patient treatment, portion size, qualitative content analysis, regular portion size, restrictive eating, restrictive eating disorder, starvation, supervised meals. Sökningen genomfördes 2013-11-05 till 2014-01-11. Litteratursökning fortsatte under studien i takt med att nya infallsvinklar kom fram i intervjuerna.

5. Resultat

Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys (tabell 1). Resultatet presenteras i 8 kategorier, samt 27 underkategorier (tabell 2), vilka skapats utifrån de koder som framträdde under databearbetningen. Resultatet presenteras i tabeller och i löptext med citat från intervjuerna.

Tabell 1. Exempel på hur transkriberingen analyserades med kvalitativ innehållsanalys

Meningsbärande enheter	Kondenserade meningsenheter	Koder	Underkategorier	Kategorier
Det inte är någon idé att sitta och äta i några timmar, utan man kan ju bryta efter säg 45 minuter för en måltid och då var det för svårt, då blir nästa måltid en ny måltid.	Bra att sätta en tidsgräns på måltiden	Tidsbegränsning på måltiden	Tidsbegränsning	Rutiner

Tabell 2. Översikt som visar underkategorier och kategorier

Underkategorier	Kategorier
Inre motivation Yttre motivation Ambivalens	Motivation
Ha kontroll Släppa kontroll Återfå kontroll	Överlåta kontroll
Äta tillsammans Äta ensam Modellinläring Samtal vid måltiden	Gemenskap vid måltid
Måltidsordning Hunger och mättnad Tidsbegränsning Aktiviteter	Rutiner
Vanlig mat Livsmedel Matlagningsmetoder Nyttigt/onyttigt Nutritionskunskap	Kostval
Normal portion Lägga upp mat Portionsverktyg	Portionsstorlek
Snabb viktuppgång Fokus på viktuppgång	Viktuppgång
Normal måltidssituation Ätstörda tankar Samtal om måltiden	Att normalisera

5.1. Motivation

Två underkategorier av motivation identifierades, den inre motivationen som kom från patienten själv och den yttre motivationen från behandlare och föräldrar. Den inre motivationen handlade om den egna viljan att bli frisk och genomgå behandling. Denna motivation kunde skapas genom en vilja att få göra saker som man inte fick göra i och med behandlingsstarten; som att gå i skolan, spendera tid med vänner eller utöva idrott. Den yttre motivationen kunde delas upp i den motivation som behandlarna arbetade med att locka fram hos föräldrarna och patienten eller den motivation som föräldrarna hade för att få sitt barn friskt igen.

Jättemånga föräldrar tycker att det är otroligt frustrerande när barnet inte vill äta. Men där återigen, att de ska försöka peppa barnet med målet som de kanske har någonstans där framme som de vill tillbaka till. (Intervjudeltagare 8)

Alla intervjuade ansåg att motivationen för tillfrisknande hos patienten ofta var låg i början av behandlingen och att det då krävdes en motivationskälla utifrån för att inleda

förändringsarbetet. Dock ansåg flera av de intervjuade att det så småningom krävdes en inre motivation för att behandlingen skulle bli framgångsrik.

De intervjuade sade att det ofta fanns en ambivalens inför tillfrisknandet hos patienten och upplevelser av tvång medförde många gånger ett direkt motstånd i form av matvägran eller konflikter vid måltiden. Vid ambivalens uppgavs behandlarnas stöd kunna stärka viljan att bli frisk och det sunda hos patienten. En önskan om att få mer nutritionsrelaterad kunskap uppgavs också som ett redskap för att stärka det sunda. Flera av de intervjuade upplevde att patienten i många fall kunde känna skuld inför vad man utsatte familjen för, vilket också kunde fungera som ett led i motivationsskapandet där patienten i första hand inte tog del av behandlingen för sin egen skull utan för att föräldrarna ville det.

Ibland är det ju faktiskt föräldrarna vi får motivera. Att inte ungdomen är så motiverad men ändå gör som föräldrarna säger. (Intervjudeltagare 7)

Mina skuld känslor fick mig att äta bättre än vad jag egentligen ville liksom. (Intervjudeltagare 3)

Patienterna upplevde ibland att föräldrarna hade svårt att skilja mellan person och sjukdom. Detta var något som den behandlande personalen ansåg var viktigt att förklara för föräldrarna för att kunna bibehålla motivationen även vid motgångar.

Alltid påminna föräldrarna om att när det blir jobbiga situationer, när det blir utbrott, när det blir mycket ångest och sådana saker, att påminna föräldrarna om att komma ihåg att det är sjukdomen som gör det här och inte patienten. (Intervjudeltagare 8)

5.2. Överlåta kontroll

Kontroll är ett begrepp som alla intervjudeltagare ansåg var centralt för behandlingen. De uppgav att ätstörningen i sig var ett sätt att ta kontroll, men att denna kontroll var viktig att släppa för att nå tillfrisknande, vilket kunde upplevas som både tryggt och skrämmande.

För det är ju kontrollen som man i princip lever på när man har en ätstörning, så att det var ju otroligt jobbigt, men samtidigt också när jag väl hade blivit motiverad så var det väldigt skönt att kunna släppa den. (Intervjudeltagare 5)

Det diskuterades bland de före detta patienterna att kontroll innebar att ha koll på maten, tillagningssättet och möjligheten att påverka ingredienserna i måltiden. För att ej tappa kontroll ägnade en del patienter väldigt mycket tid i köket och vågade nästan inte gå därifrån av rädsla för vad som skulle tillsättas i maten. Att utesluta dem från deltagande i måltidsförberedelser sades vara ett sätt att släppa och lämna över kontrollen till någon annan.

Föräldrarnas roll i behandlingen beskrevs som viktig eftersom det ofta var de som fick ta kontroll över måltidssituationen. Behandlarna gav tydliga rekommendationer till föräldrarna att ta över kontrollen eftersom behandlingsformen ansågs kräva detta. Kontrollen, som beskrevs gälla både innan, under och efter måltiden, rörde inköp, tillagning och förberedelser inför måltiden, portionering av mat och dryck under måltiden och distraktion efter måltiden. Behandlarna uppgav att de såg som sin uppgift att stärka föräldrarna i att överta kontrollen i måltidssituationen när barnet inte ville äta, något som kunde vara svårt.

Det är väldigt olika hur lätt föräldrarna har att bestämma, eller vad man ska säga, och ta över det från sitt barn under en viss period. (Intervjudeltagare 2)

Att bli fråntagen kontroll upplevdes som förminskande, men patienternas erfarenheter var att det kunde kännas skönt och tryggt att låta någon annan ta över. Till en början var det viktigt att föräldrarna tog kontroll över portionsstorleken, men efter hand lämnades kontrollen över till patienten som skulle lära sig ta ansvar för att lägga upp sin egen mat.

Längre fram så fick man även träna på att ta sina egna portioner, att återuppta kontrollen över matsituationen så att säga, att de inte kontrollerar åt en. (Intervjudeltagare 3)

5.3. Gemenskap vid måltid

I intervjuerna diskuterade deltagarna gemenskap vid måltiden och att det var viktigt med en avslappnad familjär stämning i måltidssituationen. Detta skapades genom samtal om vardagliga ämnen, såsom skola, fritid och intressen och man försökte så mycket som möjligt släppa fokus på maten. Att utsättas för ogenomtänkta kommentarer om exempelvis mat, vikt eller diet under måltiden var något som intervjudeltagarna uppfattade hade negativ inverkan på måltidssituationen. Behandlarna sade att eftersom mat ska ätas flera gånger om dagen var det viktigt att patienten kände sig trygg i situationen och visste vad som skulle ske.

Att inte känna sig utpekad och anklagad i sällskapet, stämningen. Väldigt mycket tror jag handlar om det här med att inte få det till att likna en behandling, utan mer en normal måltidssituation, en måltidssituation som man kan förknippa med glädje och en avslappnad stämning. (Intervjudeltagare 5)

Patienterna beskrev måltiden innan behandlingsstart som så gott som obefintlig, eller att de åt i ensamhet, då de ofta upplevde det skamligt att äta och därför undvek att äta med andra. I och med behandlingsstart uppmuntrades familjen att äta tillsammans. Behandlarna beskrev att många familjer upplevde en glädje över att få tillbaka familjemåltiden. Patienterna uppgav att de i och med de gemensamma måltiderna kände att de kunde bryta isoleringen. I behandlingen fick de lära sig att äta med andra, oftast familjen, men ibland också med behandlare och andra som genomgick samma ättränning. Alla intervjuade såg det som positivt att äta med andra, men flera beskrev också svårigheter med detta och att man under en del av behandlingen kunde behöva äta med endast en person.

Ibland behöver man dela på sig, att en förälder sitter med ungdomen och att resten av familjen äter själva under en period. (Intervjudeltagare 6)

Ibland var det ju ofta så att hon åt mycket själv. För hon ville ju oftast äta med min mamma, oftast när vi var många, kanske inte just när vi var familjen, men kanske när vi var flera, släkten eller på något sommarställe med andra personer. Då vet jag att hon oftast ville äta själv i ett annat rum för att det var jobbigt att liksom sitta länge och ta lång tid och så skulle man sitta med många andra människor. (Intervjudeltagare 4)

Vad som också framkom i intervjuerna var att patienten under måltiden kunde få tillfälle att jämföra sig med de andra runt bordet och på så sätt få förebilder för hur man skall äta, vilket upplevdes som positivt. Det uppgavs att det kunde vara svårt att följa en ordination när ingen

annan runt omkring åt på samma sätt. I vissa fall kunde föräldrarna välja att äta som sitt barn under en kortare period eftersom det upplevdes som hjälpsamt.

Vi vet av erfarenhet att det är ganska hjälpsamt om man äter på ungefär lika sätt, man behöver inte äta lika stora portioner, men att man äter ungefär lika och att man tar någonting till mellanmål när man ska äta med sin ungdom eller sitt barn, för det är svårt att sitta och äta ensam. (Intervjudeltagare 8)

5.4. Rutiner

En måltidsordning med sex måltider; frukost, mellanmål, lunch, mellanmål, middag och kvällsmål förekom och diskuterades bland alla intervjudeltagare. Behandlarna förklarade att de vid första besöket gick igenom hur de tyckte att det såg ut med maten och om det fanns några förändringar som kunde göras för att få en bra balans från morgon till kväll. Att få till regelbundna måltider var ett första steg i att komma åt en viktuppgång och var det som skulle prioriteras som nummer ett. När man lyckades med måltidsordningen kunde man börja tänka på att öka portionsstorlekarna. I början av behandlingen styrdes hela dygnet av måltidsordningen eftersom måltider annars lätt hopade sig och inte hanns med, vilket kunde bli en sårbarhet. Meningen var att patienten skulle äta alla måltider, men man kunde fokusera på att få till en måltid först. Många patienter var ovana vid att äta flera gånger om dagen och kunde uppfatta det som omöjligt att börja göra det.

Det kommer aldrig att gå. Ska jag äta hela tiden? Det går ju inte på en vecka, alltså har man ätit ett äpple till frukost, ingenting till lunch, någonting litet när man kommer hem som ingen ser för att sen säga att man ätit hos en kompis till middag. Alltså om det har sett ut så då är det ju jättesvårt att äta alla gånger om dagen. (Intervjudeltagare 7)

Så det var ju en väldig omställning från att knappt ätit något över huvud taget till att komma in i den här behandlingen och verkligen köra på med allt. Kroppen gick ju "bananas" alltså, det blev ju en sån chock. (Intervjudeltagare 1)

I och med införandet av måltidsordning sattes även tidsbegränsningar på måltiderna, i genomsnitt 30-45 minuter per måltid, och detta upplevdes som positivt då det gav struktur åt dagen och måltiderna inte tog upp för mycket tid. En minskning av ätstörda beteenden uppgavs ge mer tid och plats åt det friska. Det sågs också som positivt att det gjordes försök att begränsa ångesten genom att patienten på grund av tidsbegränsningen var tvungen att börja äta direkt när maten serverades.

Vi har ju hört föräldrar som suttit i flera timmar, för att när de har varit här så tänker de att nu måste vi göra som de har sagt, och så sitter de i flera timmar och det blir bara en maktkamp. (Intervjudeltagare 7)

Det inte är någon idé att sitta och äta i några timmar, utan man kan ju bryta efter säg 45 minuter för en måltid och då var det för svårt, då blir nästa måltid en ny måltid. (Intervjudeltagare 2)

Vidare ansåg de intervjuade att man för att underlätta i måltidssituationen också måste göra något av perioderna mellan måltiderna. Då var det bra om patienten hade tillfälle att ägna sig

åt något fritidsintresse eller att han eller hon blev erbjuden någon lugn aktivitet för att avleda från ångest runt måltiden.

Att lära sig lita på sina hunger- och mättnadskänslor ansågs vara en viktig strategi för att i framtiden hålla sig fri från ätstörningen då livet är spontant och inte alltid följer strikta rutiner. Även om kroppens signaler inte hunnit återställas helt så kunde en regelbunden måltidsordning användas även efter tillfrisknande som en strategi för att förhindra sjukdomsåterfall.

...att jag alltid försöker se till och äta ordentligt och regelbundet och att följa min kropp, min hunger och mina mättnadskänslor. För jag vet inte hur jag skulle reagera om jag av någon anledning skulle gå ner tio kilo eller fem, tio kilo. (Intervjudeltagare 1)

Man lär sig tänka att ja man kanske ska, ja de här tiderna bör man äta på, så här ofta är det bra om du äter så. (Intervjudeltagare 5)

5.5. Kostval

Något som berördes i alla intervjuer var uttrycket ”vanlig mat”. Att patienten skulle äta vanlig mat ställdes i kontrast till dieter och man diskuterade även vegetarisk kost. Den vegetariska kosten kunde antingen vara något som personen valt tidigare i livet och då ansågs det inte vara en del av ätstörningen. Om patienten först börjat äta vegetariskt i samband med insjuknandet ansågs det vara ett led i kostrestriktionen och då uppmanades man att återgå till att äta en kost med kött. Att följa någon diet eller att någon i familjen gjorde det beskrevs också som ett hinder för tillfrisknande.

Vi pratar mycket om att om man håller på och plockar bort livsmedel på det där sättet så är risken ganska stor att man bibehåller en del av sin ätstörning. Man kan leva med det, visst, men det blir ganska tufft. Det blir väldigt mycket fokus på maten istället för att man ska försöka släppa fokus på maten. Så att det där är ett problem. (Intervjudeltagare 8)

Något som också lyftes i intervjuerna var kunskap om nutrition, vilket flera intervjudeltagare ställde sig negativt till då man ansåg att fokus bör riktas bort från maten och att en djupare kunskap istället kunde ha motsatt effekt. Detta medförde att behandlarna undvek att gå in mer på ämnet och istället försökte fokusera på att familjens kunskap redan var tillräcklig.

Hur tänker du att du gjorde tidigare? Hur gjorde du då? Tänkte du utifrån dietistråd eller hur tänker du när ditt barn ska gå tillbaka till skolan? Man kommer väldigt långt med sitt sunda förnuft och sin tidigare erfarenhet av att laga mat. (Intervjudeltagare 6)

Samtidigt fanns en uppfattning om att många i och med ätstörningen förlorat förmågan att bedöma vad som var normalt att äta och att man kunde ha svårt att veta vad som var rätt eftersom det är mycket information kring kost och mat i samhället. Bland de före detta patienterna fanns en viss efterfrågan av nutritionskunskap, dietist och i några fall upplevdes det som positivt att få mer kunskap om nutrition.

Så det var bra att hon [dietisten] kunde trycka på det och gå igenom vad man faktiskt behöver som människa. Olika näringsämnen och att man behöver alla, från alla delar. (Intervjudeltagare 1)

Något som behandlarna beskrev att de tittade på vid måltiden var hur matens tillagades, vilka livsmedel som valdes och hur måltiden var komponerad. De ansåg att helfeta produkter var att föredra framför lightversioner och att måltiden borde bestå av alla komponenter så som kött, en kolhydratkälla, grönsaker och sås. Till detta borde en energirik måltidsdryck serveras. Ätstörningen påverkade vilka livsmedel som ansågs vara nyttiga respektive onyttiga och därmed tillåtna respektive otillåtna att äta.

Ungdomarna blir ganska osäkra och tror att glass är mycket, mycket mer [energi]. Det känns nyttigare, sundare eller vad man ska säga att ta sin mjuka smörgås med ost eller skinka och ett glas juice. De blir ju också trygga i det och allting annat blir lite farligare. (Intervjudeltagare 7)

5.6. Portionsstorlek

Under intervjuerna pratade alla deltagare om portionsstorlek och i detta sammanhang var ”normal portion” ett begrepp som nämndes frekvent. Att komma upp i normala portionsstorlekar snabbt uppgavs leda till ett snabbare tillfrisknande. Behandlarna uppgav att de genom måltidsobservationer kunde titta på hur patienternas portionsstorlek såg ut och vem som lade upp maten på tallriken. De före detta patienterna uppgav att man under sjukdomsperioden tyckte att det var svårt att veta hur en normal portion såg ut.

Min uppfattning om hur en portion såg ut var ju helt förstörd. Jag hade ingen aning. Det var som att lära om hur jag ska lägga upp en portion så att det blir normalt liksom, det var jättesvårt. (Intervjudeltagare 1)

Hur stor portion som patienten skulle äta i inledningen av behandlingen diskuterades. Bland patienterna uppgavs att en del hade fått börja med en mindre portion för att sedan successivt öka denna. Bland behandlarna fanns en tydlig bild av att det var bra att äta hela portioner redan från början och att det inte var lättare att börja med en liten portion, då denna upplevdes ge lika mycket ångest som en normal portion.

Det är ingenting att hålla på att dra ut på utan det är bara att försöka jobba in de här portionerna från början. (Intervjudeltagare 8)

Patienterna upplevde att fullstora portioner redan från början skapade mycket ångest, ledde till matvägran och att det var lättare att öka portionerna gradvis.

Men alltså fulla portioner, rent ångestmässigt skulle jag inte klara av att börja äta så mycket. Från att ha levt på en morot och en tomat per dag till att börja äta fulla portioner och allting, det var mer känslomässigt jobbigt då. (Intervjudeltagare 3)

Momentet att portionera överläts i början av behandlingen till föräldrarna eller behandlarna, vilket uppgavs kunna leda till ångest. Med tiden fick patienten öva på att lägga upp åt sig själv vilket var en del i ätträningen.

Till en början om man är i det läget så att det fortfarande är väldigt svårt att äta en portion mat, då är det ju viktigt att föräldrarna gör det här. Sen i behandlingen är det ju då att man som patient ska ta ansvar för det här att lägga upp sin egen mat. (Intervjudeltagare 6)

Det framkom att det ibland förekommer listor på portionsstorlekar och livsmedelsförslag som tidigare strikt delats ut till patienter och föräldrar. Behandlarna ansåg att det numer inte alltid är nödvändigt med dessa utan de försökte istället stärka föräldrarna i att de sedan tidigare vet hur en normal portion ser ut och kan servera rätt mängd mat till sitt barn. Osäkra föräldrar kunde använda decilitermått för att portionera eller kontrollera portionsstorleken. Att då ha mått eller listor med portionsstorlekar att gå efter kunde upplevas som en trygghet under en period då man skulle lära sig något på nytt. Både före detta patienter och behandlare upplevde dock att listorna kunde leda till tvångsmässighet eller att man fastnade i dessa.

En del mäter mat med decilitermått hur länge som helst fast vi säger att nu kan ni lägga upp lite fritt och tänka på att ni vet hur en normal portion ser ut, men de står ändå där och mäter med decilitermått och vågar inte riktigt släppa det. (Intervjudeltagare 7)

Att slaviskt använda sig av olika mått och listor kunde vara ett sätt för patienten att ta kontroll över matsituationen i behandlingen.

5.7. Viktuppgång

Flera utav deltagarna berörde ämnet viktuppgång. Behandlarna lyfte att det var viktigast att bryta den pågående viktnedgången snabbt och hänvisade till att studier visar att ju snabbare vikten vänder desto snabbare tillfrisknar patienten. De uppgav att de numera fokuserar på en snabb viktuppgång, med rekommendation att gå upp ett halvt till ett kilo i veckan, och att detta ibland kunde ifrågasättas av föräldrar eller patienter.

Det är så att när man har en ätstörning, de här kommunikationerna vi har i hjärnan, som handlar om tankar och känslor, de måste... om det ska falla på plats så måste du äta först! Du måste bygga upp din kropp först så att du har en möjlighet att ta emot terapi eller vad det nu är föräldrarna vill. (Intervjudeltagare 8)

Även patienterna pratade om viktuppgång och fokus på denna utifrån olika erfarenheter. Ett fokus på vikten kunde vara negativt. Då man ville komma ifrån att tänka på vad vågen visade så blev behandlingens viktfokus istället ett sätt att hålla kvar ätstörda beteenden. Viktuppgången i sig gav ångest som hanterades genom att minska på matintaget. Det upplevdes även som orättvist att endast vikten skulle vara ett mått på hur bra behandlingen gick. Ett viktkrav kunde även ses som befriande då det blev mindre skamset med en viktuppgång.

[Om viktkrav] Men när de väl införde det här så blev det mer okej för då var ju alla i samma sits som gick där, då var det tvunget att öka vilket var skönt, för då blev det inte lika, vad ska jag säga, skamset, laddat. (Intervjudeltagare 1)

Även upplevelser om att viktuppgången i sig var viktig för att kunna tänka klart och att ge hjärnan energi för att kunna få igång ett motivationstänk fanns hos patienterna.

5.8. Att normalisera

Det önskade resultatet av ätträningen var att kunna delta i en normal måltid, att kunna äta vanlig mat, att slippa känslan av att vara udda, att få en normal måltidssituation och i förlängningen också en normal familjesituation.

Men att det liksom skulle ske ganska normalt som vi brukade göra, så att det inte blev så uppstylat allt eller det inte blev nån slags... att inte göra det jobbigare än det redan var. (Intervjudeltagare 4)

Behandlarna beskrev hur de innan måltidsobservationerna förklarade för familjen att de ville att det ska vara som det brukar vara hemma hos dem under måltiden. Dock påpekades i intervjuerna också att det kunde vara svårt att uppträda normalt när man visste att man blev observerad. Detta är något som också patienterna upplevde som en svårighet och att det krävdes en avvägning mellan den normala måltiden och observationen. En före detta patient förklarade det som att man i sjukdomen från början ofta kände sig uttittad och udda, samt att det upplevdes som obehagligt när man visste att någon observerade hur och vad man åt under en måltid.

Samtalet efter måltidsobservationen utnyttjade behandlarna till att ta upp avvikande beteenden, om man har funnit några under måltiden, och på så sätt synliggöra och konkretisera de problem som familjen ställts inför. De intervjuade påtalade också att patienten kunde känna sig hjälpt i att få förklarat för sig vad som är normalt gällande mängden mat, hur lång tid måltiden skall ta och sättet att äta.

I intervjuerna framkom att uttryck som ”vanlig mat”, ”göra som vanligt” och ”normal måltidssituation” kunde upplevas på olika sätt utifrån individens vanor och preferenser, vilket kunde göra att familj och behandlare uppfattade begreppen på olika sätt. Att patienten skulle göra som vanligt och att äta vanlig mat kunde också försvåras av föräldrarnas egen relation till mat.

Vi har ju föräldrar ibland som har problem med maten själva. Åt båda hållen så att säga, alltså det finns ju föräldrar som är väldigt restriktiva och så finns det föräldrar som ser ut som... nej men de kanske äter för mycket. (Intervjudeltagare 7)

De intervjuade ansåg att förutom den viktuppgång som krävs för ett tillfrisknande så var också samtalen med patienten, där behandlaren förhörde sig om patientens upplevelse av måltidssituationen, viktiga. Detta var ett tillfälle där man kunde utforska patientens tankar kring viktkontroll och andra ätstörda beteenden.

6. Diskussion

6.1. Metoddiskussion

Inom kvalitativ forskning föreslås användning av andra kriterier för att säkerställa reliabilitet och validitet än inom kvantitativ forskning. Guba föreslår istället fyra kriterier att använda i kvalitativ forskning för att säkerställa tillförlitlighet (48). Dessa är ”trovärdighet”, ”överförbarhet”, ”pålitlighet” och ”en möjlighet att styrka och konfirmera” (49). Kriterierna syftar till att stärka tillförlitligheten, vilken kommer att diskuteras i fortsatt metoddiskussion.

6.1.1. Urval och rekrytering

Försöksdeltagarna valdes ut genom ett målinriktat urval. De valda personerna ska då vara relevanta för de forskningsfrågor som formulerats (42) och då prevalensen av ätstörningar är låg hos befolkningen (9) har inte alla den erfarenhet som är relevant för att kunna svara mot studiens syfte. I kvalitativ forskning rekommenderar de flesta som skriver om urval ett målinriktat urval (42). Då intervjudeltagarna delvis rekryterades genom riksföreningen mot ätstörningar och dessa själva kontaktade uppsatsförfattarna, kan det antas att det är personer som är speciellt intresserade av att berätta om sina erfarenheter som hör av sig. Då syftet med denna kvalitativa studie är att undersöka intervjudeltagarnas subjektiva bild av ätträningen så är det något som kan underlätta i intervjusituationen då deltagarna känner sig mer bekväma med att prata om ämnet (50).

Tid är en resurs som ofta sätter gränser för forskningsprojekts design (51) och på grund av studiens tidsram fanns inte möjlighet att rekrytera ytterligare intervjudeltagare för att kompensera bortfallet. Då intervjuerna genererade ett material där faktorer som kan antas främja tillfrisknande framträdde, bedömdes antalet intervjuer ändå vara tillräckligt. Det var inte möjligt att rekrytera deltagare som för närvarande går i behandling, då detta upplevdes kunna påverka behandlingen negativt. I annat fall hade det varit intressant att undersöka olika upplevelser och perspektiv av ätträningen inom samma form av behandling. Då deltagarna är över 18 år så är de inte den primära målgruppen för den behandling som behandlarna utför. Dock är nutritionsbehandlingen ett viktigt moment i behandling av ätstörningar (3) och då det inte ges en standardiserad form av ätträning (5) gjordes bedömningen att det är intressant att undersöka ätträningen ur olika perspektiv för att se om det utifrån intervjudeltagarnas upplevelser går att identifiera gemensamma framgångsfaktorer. Genom att välja deltagare med olika erfarenheter till intervjuerna ökades möjligheten att belysa forskningsfrågan från olika perspektiv och därigenom öka trovärdigheten (50). Då det gått en tid sedan de före detta patienterna och den anhöriga varit i kontakt med ätstörningsbehandlingen finns möjlighet att dessa behandlingar förändrats. Dock ligger tonvikten inom kvalitativa intervjuer på intervjudeltagarnas uppfattning och tolkning av frågor och skeenden (42), vilket gör att det är detta som är viktigt snarare än en detaljerad beskrivning av ett exakt händelseförlopp.

6.1.2. Datainsamlingsmetod

Litteraturstudier och ett besök på behandlingsenheten gjordes för att förstärka studiens trovärdighet. Studieprocessen beskrivas i detalj för att för att uppnå en högre grad av pålitlighet (50). Semistrukturerade intervjuer valdes då detta ger intervjupersonen stor frihet att utforma svaren på sitt eget sätt (42) och deltagarna uppmuntrades att ge en ärlig bild av sina erfarenheter, vilket enligt Guba är ett sätt att förstärka trovärdigheten (50). Valet att göra en semistrukturerad intervju istället för en ostrukturerad intervju baseras på att då studiens fokus var att undersöka upplevelser och tankar kring just ätträning och att flera uppsatsförfattare var inblandade i fältarbetet (42). En svaghet med intervjuer är dock att dessa ger en begränsad bild av ett fenomen och borde om möjligt kompletteras med andra metoder (52). Fenomenet ätträning skulle ha kunnat studeras genom observationer, men för detta krävs tillåtelse från någon högt upp i organisationens hierarki (53) och då det ansågs störa behandlingen var detta inget alternativ. Genom metodtriangulering med både observationer och intervjuer hade trovärdigheten i undersökningen kunnat förstärkas ytterligare (48).

Det visuella materialet och intervjuguiden användes för att så lite som möjligt styra intervjupersonen och dessa testades i en pilotstudier för att kontrollera relevansen av intervjumaterialet. Dock innehöll det visuella materialet orden ”motivation” och ”kontroll” vilka senare i materialet framträdde som centrala begrepp och därför bildade kategorinamn.

Att dessa ord fanns på det visuella materialet påverkade sannolikt att intervjudeltagarna diskuterade dessa. Begreppen valdes utifrån litteraturstudien som genomfördes innan intervjuerna påbörjades och dessa verkade relevanta i förhållande till syftet, vilket i och med intervjuerna bekräftades. Intervjumaterial var även en hjälp för att inte hamna för långt bort från studiens fokus och för att stödja mindre pratsamma intervjudeltagare. Frågorna i en semistrukturerad intervju behöver inte komma i samma ordning som i intervjuguiden (42) vilket anammades under intervjuerna då en mer naturlig samtalsgång skapades eftersom uppsatsförfattaren anpassade sig efter intervjudeltagaren. Då olika grupper intervjuades anpassades intervjuguiden för att relevanta frågor skulle kunna ställas. Exempelvis fick anhöriga och patienter beskriva hur måltiden gick till hos dem, medan behandlare fick beskriva hur de tittade på måltiden hos patienterna. Enligt Trost behöver ej frågeguiderna vara identiska, men måste vara jämförbara till innehållet (54).

Med stor sannolikhet finns faktorer rörande intervjuerna vilka påverkar respondenternas svar (42). En sådan faktor skulle kunna vara att uppsatsskrivarna studerar till dietister och att respondentens svar kan styras av social önskvärdhet (55). I detta sammanhang skulle en önskan om mer frekvent dietistkontakt kunna vara ett exempel på denna effekt. Att vara förstagsintervjuare kan påverka intervjuerna negativt (42), vilket uppsatsskrivarna fick erfara då det utvecklades en säkerhet ju fler intervjuer som utfördes. Även användandet av en bandspelare eller liknande kan påverka intervjun negativt genom att göra intervjudeltagaren besvärad och hämmad (42). Detta hanterades genom användande av en så diskret ljudupptagningsapparat som möjligt. Även försäkran om att det ej fanns rätt eller fel svar på frågorna samt upplysning om garanterad konfidentialitet gjordes i ett försök att minimera denna påverkan. I studien valdes att endast en uppsatsförfattare ledde varje intervju då risken med två intervjuare är att det blir ett slags maktövertagande och att intervjudeltagaren kan uppleva sig hamna i underläge (56).

6.1.3. Analysering och överförbarhet

Att reducera ett empiriskt material leder oundvikligen till representationsproblem, det vill säga omöjligheten i att ”visa allt”. Analytikern gör val i materialet vilka är förbundna med tidigare forskning (57), vilket innebär att mer generella beskrivningar av behandling vid ätstörning inte inkluderats då syftet är att belysa ätträningen och själva måltiden. Då det inte går att få någon fullständig objektivitet i kvalitativ forskning (49) är uppsatsförfattarna medvetna om att den egna förförståelsen, med exempelvis koststudier i bakgrunden, troligtvis kan påverka tolkningen av materialet. Studieresultatet kan inte sägas vara representativt för alla som kommit i kontakt med ätträning vid behandling av ätstörningar. Att diskutera överförbarhet är svårt då fynden i en kvalitativ undersökning är specifika för de individer och miljöer som ingår i studien (50). Intentionen var heller inte att få ett generaliserbart material utan att få en mer fyllig redogörelse av upplevelser och tankar kring fenomenet ätträning, då detta framstår som relativt utforskat.

6.2. Resultatdiskussion

Denna studie är utförd för att undersöka patienters, behandlares och anhörigas upplevelser av och tankar kring måltiden vid behandling av ätstörning med fokus på framgångsfaktorer. Huvudfynden i studien presenteras i åtta kategorier och utifrån dessa framträder faktorer som skulle kunna främja behandlingsutfallet. Dessa kategorier är: motivation, överlåta kontroll, gemenskap vid måltid, rutiner, kostval, portionsstorlek, viktuppgång och att normalisera.

Två olika typer av motivation identifierades i studien, vilka båda framstår som viktiga för framgången med ätträningen. I resultatet sägs att det krävs en inre motivation för att

behandlingen skall vara framgångsrik. När man talar om patientens motivation är den så kallade "recovery-teorin" central. Denna teori menar att den enskildes motivation är avgörande för behandlingsutfallet. Det är inte behandlingens uppgift att läka eller behandla, utan att motivera patienten och hjälpa denna att hitta sin egen väg och sina resurser för att nå tillfrisknande (58). Då inre motivation saknas framhålls föräldrarnas motivation (yttre motivation) som viktig, vilket stämmer överens med viss tidigare forskning (33). Detta synsätt är dock inte enhetligt utan det finns andra studier som visar att det är lämpligt att påminna patienten om att han eller hon inte äter för sina föräldrars skull, utan som en del av en behandlingsplan och att han eller hon själv behöver ta ansvar för sitt ätande (39). Motivation krävs till exempel just vid måltidstillfället då en viktig faktor för modellinläring är att det finns en god anledning att reproducera ett beteende (59). De intervjuade uppger en ambivalens inför behandlingen, vilket skulle kunna förklaras av att det upplevs viktigt med självkontroll, vilken fås genom restriktion av mat, och att äta då representerar en kontrollförlust (13). Ambivalens skulle också kunna förklaras av det tillsammans med en rädsla för att gå upp i vikt ofta finns en oro inför att förlora sin identitet i samband med tillfrisknandet (6). Att separera sjukdomen från patientens personlighet anses i litteraturen vara viktigt, vilket diskuterades av intervjudeltagarna. Att skilja personen från ätstörningen och på så sätt minska familjens känsla av att vara orsak till denna skulle kunna leda till större motivation, bättre inställning och följsamhet till behandlingen (33).

Att släppa kontroll lyftes som en viktig faktor för att nå tillfrisknande och detta gjordes genom att kontrollen tillfälligt överlämnades. I likhet med tidigare forskning uppger de före detta patienterna att överlåtandet av kontroll ger patienten möjlighet att äta utan ångest (28) och de beskriver ofta en känsla av lättnad när de tilldelas en måltidsordination (37). Dock uppger intervjudeltagarna att det är lätt att fastna i användandet av hjälpmedel, vilket är ett sätt att uppleva att man fortfarande har kontroll. Det föreslås att då kontroll är viktigt för patienter med AN skulle en specifik ordination gällande matval och måltider vara någonting som bibehåller ätstörda beteenden istället för att leda till ett tillfrisknande (14). Det är en svår balans att kunna sätta regler och införa rutiner samtidigt som man försöker få patienten att släppa kontroll (39), vilket också var något som behandlarna upplevde att de tvungna att ta ställning till. I resultatet framkommer det även att kontrollförlust kan upplevas förminskande, vilket skulle kunna förklaras av att anorektiska beteenden ger en känsla av stabilitet, trygghet och kontroll (15). Den behandling som behandlarna jobbar med riktar sig till omyndiga patienterna och det är således föräldrarna som tar över kontrollen. Denna behandlingsform är dock inte applicerbar på patienter som blivit myndiga, då de själva måste avgöra hur stor del familjen skall ha i behandlingen. Studier har visat att vuxna patienter med AN har ett sämre behandlingsutfall (24), vilket skulle kunna förklaras av att patienterna frivilligt måste lämna ifrån sig kontrollen och att göra det är centralt för ett tillfrisknande.

I kategorin "gemenskap vid måltid" har att "äta tillsammans" och att "undvika jobbiga samtalsämnen" framträtt som positiva faktorer. Det fördelaktiga i att äta tillsammans skulle kunna bero på att det i situationen skapas en möjlighet till modellinläring. Social kognitiv teori (tidigare social inläringsteori) av Bandura understryker att människor lär sig genom att observera beteende hos modeller och då skapar sig en tro på att de själva kan utföra dessa beteenden (59). Dock räcker det inte bara att omge sig med friska individer utan för att modellinläringen skall vara framgångsrik krävs att man fysiskt utför det nya önskade beteendet och att det finns en motivation för detta (59). Det finns emellertid också bekymmer med att äta tillsammans då det kan vara svårt att alltid uppnå en normal måltidssituation eftersom det kräver att föräldrarna är konsekventa och att det faktiskt existerar en familjemåltid (33). Då skamkänslor kopplas ihop med ätande (18) kan benägenheten att vilja

delar en måltid med andra påverkas. Att dessutom lida av att äta i andras åsyn på grund av rädsla för kommentarer kan göra att man i det längsta undviker detta (3). En lösning skulle då kunna vara att endast äta tillsammans med en person, vilket föreslås av intervjudeltagarna. I intervjuerna uppgavs det vara viktigt att skapa en avslappnad, trygg och familjär stämning och att på så sätt undvika konflikter. Ett sätt att göra det på är att i förväg bestämma samtalsämnen (39), då att utsättas för ogenomtänkta kommentarer upplevdes negativt i måltidssituationen. Jobbiga matrelaterade samtalsämnen undveks, vilket får stöd i litteraturen, eftersom patienter med AN generellt sett inte vill föra samtal om mat eller ätande vid måltiden (39).

Framgångsfaktorer som kan urskiljas i kategorin ”rutiner” är en regelbunden måltidsordning, tidsbegränsning av måltiden och aktiviteter mellan måltiderna. Alla intervjuade beskrev en måltidsordning med sex måltider per dag, vilket är en rutin som rekommenderas vid ätstörningsbehandling (3). Detta skulle kunna förklaras av att ett ätmönster och att äta regelbundet lär patienten att känna och svara korrekt mot hunger och mättnad (37), vilka är kroppsliga signaler som ofta rubbats i och med ätstörningen (13). Ångest kan ha en negativ inverkan på måltidssituationen (38) och att utföra aktiviteter mellan måltiderna för att distrahera från ångestkänslor uppges i intervjumaterialet vara positivt. Då måltiden för en patient med ätstörning oftast är väldigt ångestfylld (3) och det ibland förekommer måltidsritualer (13) kan måltiden ta lång tid, något som bekräftades i vårt material. Genom att sätta tidsbegränsningar på måltiderna, vilket ofta görs i behandlingen (2), kan detta hanteras.

Inom kategorin ”kostval” diskuteras ”vanlig mat”, nutritionskunskap och hur måltiden bör komponeras. Det är svårt att veta vad som är ”vanlig mat” då begreppet inte har en självklar innebörd och olika personer äter på olika sätt, på grund av bland annat social kontext och inlärt beteende (60). Detta kan vara ett problem när familjens definition av vanlig mat inte stämmer överens med behandlarnas, vilket skulle kunna innebära att patienten inte går upp tillräckligt i vikt på grund av ett för lågt energiintag. I intervjuerna diskuterades vegetarisk kost och det ansågs viktigt att vara uppmärksam på motiven bakom denna. Liksom i litteraturen så skiljde man på om kostvalet uppkommit innan eller i och med insjuknandet för att kunna förhålla sig till patientens matval under behandlingen (2). Trots att patienterna inte får specifika listor gällande måltidskomponenter ger behandlarna rekommendationer gällande val av livsmedel och måltidsdryck, vilket gör att man på något sätt ändå styr hur en normal måltid och portion ser ut. Möjligheten att på ett riktigt sätt bedöma portionsstorlek eller komponenter i en balanserad måltid, kan som de intervjuade uppger vara förvrängd. I resultatet framkommer att man i den familjebaserade behandlingen undviker att prata om näringslära och nutrition för att släppa kontroll, medan nutritionsinformation ingår i vissa former av dagvård (3). En dietists roll kan vara att försäkra att en normal variation av livsmedel äts, hjälpa till att etablera normala måltidsmönster, minska rädslan för kostförändringar och prata om oriktiga föreställningar gällande mat (6).

Resultatet antyder att det är fördelaktigt att snabbt komma upp i normala portionsstorlekar. Begreppet ”normal portion” kan vara svårt att definiera då innebörden av normal ger en ganska vag beskrivning av portionsstorleken. Att patienter kan uppleva det vara svårt att avgöra vad som är en normal portion stämmer överens med tidigare forskning som visar att även välmotiverade patienter kan äta en otillräcklig mängd mat eftersom de överskattar portionsstorleken (21). Behandlarna ansåg att föräldrarna själva kunde servera sitt barn en normal portion vilket kan ifrågasättas, då forskning angående portionsstorlek visar att även friska personer kan ha en dålig uppfattning om hur en lämplig portion ser ut (61). I intervjuerna uppgavs att olika portionsverktyg kan användas som hjälpmedel.

Vikten av en snabb viktuppgång lyftes i resultatet, vilket kan styrkas av tidigare litteratur som visar att patienterna blir medicinska stabila snabbare, kräver färre inskrivningar och har en kortare period av amenorré (30). Det kom också fram att fokus på viktuppgång kunde vara negativt och ett sätt att hålla kvar ätstörda beteenden. Detta skulle kunna förklaras med att patienter med AN kan utnyttja regelbundna vägningar för att behålla kontrollen över kroppen då de kan hänvisa till att de trots allt inte gått ner i vikt, vilket kan leda till att det blir svårt att komma vidare i behandlingen eftersom viktuppgången uteblir (3). I intervjuerna uppgavs att viktuppgången i sig orsakade ångest, vilken hanterades genom att minska på matintag. Detta kan knytas till att det i tidigare studier visats att när patienten blir fysiskt bättre kan motivationen ersättas av en rädsla för viktuppgång (24).

Uttryck som ”vanlig mat”, ”göra som vanligt” och ”normal måltidssituation” användes frekvent av intervjudeltagarna, detta skulle kunna innebära en svårighet i arbetet med ätstörningar då det råder brist på konsensus eller fungerande definition av vad ”normalt ätande” är (29). Som beskrivs i inledningen kan här dietisten ha en roll i att skapa en enhetlig bild av vad detta innebär, antingen genom patientundervisning eller via utbildning av personal.

7. Slutsats

Våra resultat tyder på att det finns framgångsfaktorer i ätträningen som är oberoende av behandlingsform och detta oavsett om det är ur behandlares, före detta patienters eller anhörigas perspektiv. En av faktorerna är motivation vilken krävs för modellinläring och för att ätträningen skall ske. En annan viktig del för att bryta det destruktiva ätmönstret är att släppa kontroll över alla delar av och runt måltiden. Att bryta isolering genom att äta tillsammans kan också främja ätträningen. En regelbunden måltidsordning är en rutin som framstår som positiv. Att snabbt komma igång med ätandet, välja vanlig mat och att komma upp i hela portioner så tidigt som möjligt främjar viktuppgång och tillfrisknande. Den gemensamma nämnare hos dessa framgångsfaktorer verkar vara en strävan efter att uppnå en normal måltidssituation. Dessa framgångsfaktorer skulle kunna ligga till grund för framtida utforskande av ätträning och hur denna skulle kunna utvecklas och ytterligare förbättras.

8. Referenser

1. Couturier J, Kimber M, Szatmari P. Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2013;46(1):3–11.
2. Schebendach, J. E. Nutrition in Eating Disorders. I: Mahan LK, Escott-Stump S, Raymond J. (red.). *Krause's food & the nutrition care process. 13. ed.* St. Louis, Mo: Elsevier/Saunders; 2012.
3. Dietisternas riksförbund. *Nutritionsbehandling vid ätstörningar: riktlinjer för dietister.* DRF; 2007.
4. Svenska psykiatriska föreningen. *Behandling. I: Ätstörningar: kliniska riktlinjer för utredning och behandling. 1. utg.* Stockholm: Gothia och Svenska psykiatriska fören. (SPF); 2005.
5. Long S, Wallis DJ, Leung N, Arcelus J, Meyer C. Mealtimes on eating disorder wards: A two-study investigation. *Int J Eat Disord.* 2012;45(2):241–6.
6. Cockfield A, Philpot U. Managing anorexia from a dietitian's perspective. *Proc Nutr Soc.* 2009;68(03):281–8.
7. American Psychiatric Association. Feeding and Eating Disorders. I: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5. ed.* Arlington, Va: American Psychiatric Association; 2013.
8. Reiter CS, Graves L. Nutrition Therapy for Eating Disorders. *Nutr Clin Pract.* April 2010;25(2):122–36.
9. Rosling A. *Eating Disorders - Aspects of Treatment and Outcome.* Uppsala: Institutionen för neurovetenskap, Acta Universitatis Upsaliensis; 2013.
10. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord.* December 2003;34(4):383–96.
11. Jacobi C, Hayward C, de Zwaan M, Kraemer HC, Stewart W. Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychol Bull.* 2004;130(1):19–65.
12. Lock J, Le Grange D, Agras W, Moye A, Bryson SW, Jo B. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry.* Oktober 2010;67(10):1025–32.
13. Ogden J. *Eating Disorders. I: The psychology of eating: from healthy to disordered behavior. 2nd ed.* Chichester, West Sussex, U.K.; Malden, MA: Wiley-Blackwell; 2010.
14. Padrão MJ, Barbosa MR, Coimbra JL. Meal plan in the treatment of anorexia nervosa: a way of feeding the disorder and starving the patient. *Glob J Health Sci.* January 2013;5(1):112–24.
15. Nordbø RHS, Espeset EMS, Gulliksen KS, Skårderud F, Holte A. The meaning of self-starvation: qualitative study of patients' perception of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* November 2006;39(7):556–64.
16. Kelly AC, Carter JC, Borairi S. Are improvements in shame and self-compassion early in eating disorders treatment associated with better patient outcomes? *Int J Eat Disord.* 2014;47(1):54–64.

17. Troop NA, Redshaw C. General shame and bodily shame in eating disorders: a 2.5-year longitudinal study. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. September 2012;20(5):373–8.
18. Goss, K, Allan, S. Shame and Pride in Eating Disorders. I: Fox, J., Goss, K. (red.) *Eating and its Disorders*. West Sussex, U.K.: John Wiley & Son; 2012.
19. Jáuregui Lobera I, Bolaños Ríos P. Choice of diet in patients with anorexia nervosa. *Nutr Hosp*. December 2009;24(6):682–7.
20. Bardone-Cone AM, Fitzsimmons-Craft EE, Harney MB, Maldonado CR, Lawson MA, Smith R, et al. The Inter-Relationships between Vegetarianism and Eating Disorders among Females. *J Acad Nutr Diet*. August 2012;112(8):1247–52.
21. Milos G, Kuenzli C, Soelch CM, Schumacher S, Moergeli H, Mueller-Pfeiffer C. How much should I eat? Estimation of meal portions in anorexia nervosa. *Appetite*. April 2013;63:42–7.
22. Halmi KA. The psychobiology of eating behavior in anorexia nervosa. *Psychiatry Res*. April 1996;62(1):23–9.
23. Svenska psykiatriska föreningen. Sjukdomsbild. I: *Åtstörningar: kliniska riktlinjer för utredning och behandling. 1. utg*. Stockholm: Gothia och Svenska psykiatriska fören. (SPF); 2005.
24. Guarda AS. Treatment of anorexia nervosa: Insights and obstacles. *Physiol Behav*. April 2008;94(1):113–20.
25. Fairburn DM, F., Cooper, C., Doll, Z., O'Connor, H., Bohn, M., Hawker, K., et al. Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Therapy for Patients With Eating Disorders: A Two-Site Trial With 60-Week Follow-Up. *Am J Psychiatry*. March 2009;166(3):311–9.
26. Lock J, Agras WS, Bryson S, Kraemer HC. A Comparison of Short- and Long-Term Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. July 2005;44(7):632–9.
27. Lund BC, Hernandez ER, Yates WR, Mitchell JR, McKee PA, Johnson CL. Rate of inpatient weight restoration predicts outcome in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. May 2009;42(4):301–5.
28. Ogden J. Treating Eating Disorders. I: *The psychology of eating: from healthy to disordered behavior. 2nd ed*. Chichester, West Sussex, U.K. ; Malden, MA: Wiley-Blackwell; 2010.
29. Hart S, Russell J, Abraham S. Nutrition and dietetic practice in eating disorder management. *J Hum Nutr Diet*. 2011;24(2):144–53.
30. Hughes EK, Le Grange D, Court A, Yeo M, Campbell S, Whitelaw M, et al. Implementation of Family-Based Treatment for Adolescents With Anorexia Nervosa. *J Pediatr Health Care* [Internet]. [läst 2013-11-06]; Tillgänglig via: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891524513002290>
31. Kells M, Davidson K, Hitchko L, O'Neil K, Schubert-Bob P, McCabe M. Examining supervised meals in patients with restrictive eating disorders. *Appl Nurs Res*. May 2013;26(2):76–9.
32. Lock J, Le Grange D. Can family-based treatment of anorexia nervosa be manualized? *J Psychother Pract Res*. 2001;10(4):253–61.

33. Couturier J, Kimber M, Jack S, Niccols A, Van Blyderveen S, McVey G. Understanding the uptake of family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: therapist perspectives. *Int J Eat Disord*. March 2013;46(2):177–88.
34. Fittig E, Jacobi C, Backmund H, Gerlinghoff M, Wittchen H-U. Effectiveness of day hospital treatment for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2008;16(5):341–51.
35. Leichner P, Hall D, Calderon R. Meal support training for friends and families of patients with eating disorders. *Eat Disord*. September 2005;13(4):407–11.
36. Weaver L, Sit L, Liebman R. Treatment of anorexia nervosa in children and adolescents. *Curr Psychiatry Rep*. April 2012;14(2):96–100.
37. Herrin M. Food Planning. I: *Nutrition counseling in the treatment of eating disorders*. Philadelphia, Pa.: London: Brunner/Routledge; Taylor & Francis; 2001.
38. Steinglass JE, Sysko R, Mayer L, Berner LA, Schebendach J, Wang Y, et al. Pre-meal anxiety and food intake in anorexia nervosa. *Appetite*. October 2010;55(2):214–8.
39. Jaffa T, Honig P, Farmer S, Dilley J. Family meals in the treatment of adolescent anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2002;10(3):199–207.
40. Ozier AD, Henry BW. Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders. *J Am Diet Assoc*. August 2011;111(8):1236–41.
41. DeJesse LD, Zelman DC. Promoting Optimal Collaboration Between Mental Health Providers and Nutritionists in the Treatment of Eating Disorders. *Eat Disord*. 2013;21(3):185–205.
42. Bryman A. Kvalitativa intervjuer. I: *Samhällsvetenskapliga metoder. 2., [rev.] uppl.* Malmö: Liber; 2011.
43. *Ungdomspolitik*. [webbsida]. Stockholm: Regeringskansliet [uppdaterad 2013-06-05; läst 2014-01-05]. Tillgänglig via: <http://www.regeringen.se/sb/d/2479>
44. *Ungdomsstyrelsen*. [webbsida]. Stockholm: Ungdomsstyrelsen [läst 2014-01-08]. Tillgänglig via: <http://www.ungdomsstyrelsen.se/ungdomspolitik>
45. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. February 2004;24(2):105–12.
46. Bryman A. Strategier i samhällsvetenskaplig forskning. I: *Samhällsvetenskapliga metoder. 2., [rev.] uppl.* Malmö: Liber; 2011.
47. *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. [webbsida]. Stockholm: Vetenskapsrådet [läst 2013 Dec 31]. Tillgänglig via: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
48. Guba EG. Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *ECTJ*. June 1981;29(2):75–91.
49. Bryman A. Kvalitativ forskning. I: *Samhällsvetenskapliga metoder. 2., [rev.] uppl.* Malmö: Liber; 2011.
50. Shenton AK. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Educ Inf*. 2004;22:63–75.

51. Svensson, P., Ahrne, G. Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. I: Ahrne G, Svensson P. (red.). *Handbok i kvalitativa metoder. 1. uppl.* Malmö: Liber; 2011.
52. Eriksson-Zetterquist, U., Ahrne, G. Intervjuer. I: Ahrne G, Svensson P. (red.). *Handbok i kvalitativa metoder. 1. uppl.* Malmö: Liber; 2011.
53. Bryman A. Etnografi och deltagande observation. I: *Samhällsvetenskapliga metoder. 2., [rev.] uppl.* Malmö: Liber; 2011.
54. Trost J. Olika slag av intervjuer. I: *Kvalitativa intervjuer. 2. uppl.* Lund: Studentlitteratur; 1997.
55. Bryman A. Strukturerade intervjuer. I: *Samhällsvetenskapliga metoder. 2., [rev.] uppl.* Malmö: Liber; 2011.
56. Trost J. Allmänt om intervjuer. I: *Kvalitativa intervjuer. 2. uppl.* Lund: Studentlitteratur; 1997.
57. Rennstam, J., Wästerfors, D. Att analysera kvalitativt material. I: Ahrne G, Svensson P. (red.). *Handbok i kvalitativa metoder. 1. uppl.* Malmö: Liber; 2011.
58. Lunn, S. Spiseforstyrrelser. I: Holm L., Tange Kristensen, S. (red.). *Mad, mennesker og måltider: samfundsvidenskabelige perspektiver.* København: Munksgaard; 2003.
59. Holt, N., Bremner, A., Sutherland, E., Vliek, M., Passer, M., Smith, R. Learning: the role of experience. I: *Psychology: the science of mind and behaviour. 2., [rev., European] ed.* Maidenhead: McGraw-Hill Higher Education; 2012.
60. Ogden J. Food Choice. I: *The psychology of eating: from healthy to disordered behavior. 2nd ed.* Chichester, West Sussex, U.K. ; Malden, MA: Wiley-Blackwell; 2010.
61. Almiron-Roig E, Solis-Trapala I, Dodd J, Jebb SA. Estimating food portions. Influence of unit number, meal type and energy density. *Appetite.* December 2013;71:95–103.

Arbetsfördelning

Uppgifter	Fördelning i procent (%)
Planering av studien och uppsatsarbetet	50/50
Litteratursökning	50/50
Datansamling	50/50
Analys	50/50
Skrivandet av uppsatsen	50/50

Följebrev

Intervjudeltagare sökes till uppsatsarbete

Uppsala 2013-11-18

Hej!

Vi är två studenter som läser sista terminen på dietistprogrammet vid institutionen för kostvetenskap, Uppsala universitet. Vi skriver vårt examensarbete med inriktning mot ätträning och måltidssituation vid behandling av ätstörningar och söker nu deltagare för intervjuer kring detta.

Syfte: Vi är intresserade av att undersöka **före detta patienters, föräldrars och behandlares upplevelser av måltiden vid behandling av ätstörningar**. Studier visar på att behandlingen för många varit framgångsrik och vi vill framförallt undersöka vilka faktorer i samband med måltidssituationen som främjar tillfrisknande och ett normalt ätbeteende.

Urval: Studien kommer att genomföras på personer som varit i kontakt med/är berörda av denna behandling; som före detta patient, anhörig eller behandlare, **varför du är en av de tillfrågade.**

Intervjuer: Vi kommer att genomföra **enskilda intervjuer** på ca 45-60 minuter där deltagarna får berätta om sina erfarenheter. Intervjuerna kommer att spelas in på ljudband. Inspelningarna kommer endast att användas i studien, vilket innebär att det enbart är vi två studenter som gör intervjuerna som kommer ta del av det inspelade materialet. Efter studiens avslut kommer dessa att raderas och slängas.

Konfidentialitet: Allt material kommer att behandlas konfidentiellt och insamlad information kommer ej att kunna spåras till någon enskild person. Personuppgifter kommer att förvaras så att inte någon obehörig kan komma åt dem. Informationen som samlas in kommer endast användas till det som ni informerats om.

Deltagande: Deltagande i studien är frivilligt och du har rätt att när som helst avbryta din medverkan utan att ange något skäl till detta.

Intervjuerna planeras att genomföras mellan den 20/11-6/12. Materialet kommer att sammanställas i en rapport, vilken du gärna får ta del av efter avslutad studie.

Kontakta oss gärna för intresse att delta eller vid frågor!

Med vänliga hälsningar

Vendela Eriksson och Emelie Ödmann

Under handledning av:
Agneta Andersson, universitetslektor
Institutionen för kostvetenskap
Uppsala universitet

Kontaktuppgifter:

E-post:

Mobil:

E-post:

Mobil:

Inbjudan via sociala medier

MÅLTIDSSITUATION OCH ÄTTRÄNING

Två studenter som läser sista terminen på dietistprogrammet vid Uppsala universitet söker intervjupersoner. De skriver sitt examensarbete med inriktning mot ätträning och måltidssituation vid behandling av ätstörningar.

De är intresserade av att undersöka f.d patienters och anhörigas upplevelser av måltiden vid behandling av ätstörningar. De vill framförallt titta på faktorer i samband med måltidssituationen som främjar tillfrisknande och ett normalt ätbeteende.

De kommer att genomföra enskilda intervjuer på 45–60 minuter där deltagarna får berätta om sina erfarenheter. Materialet kommer hanteras konfidentiellt.

Då de befinner sig i Uppsala söker de främst deltagare som finns i närområdet (Uppsala, Stockholm, Enköping, Västerås etc.), men alla intresserade är välkomna att ta kontakt. Intervjuerna planeras att genomföras mellan den 20 november – 6 december.

Om du är intresserad av att delta i studien eller vill ställa frågor, kontakta:

Vendela Eriksson:

E-post:

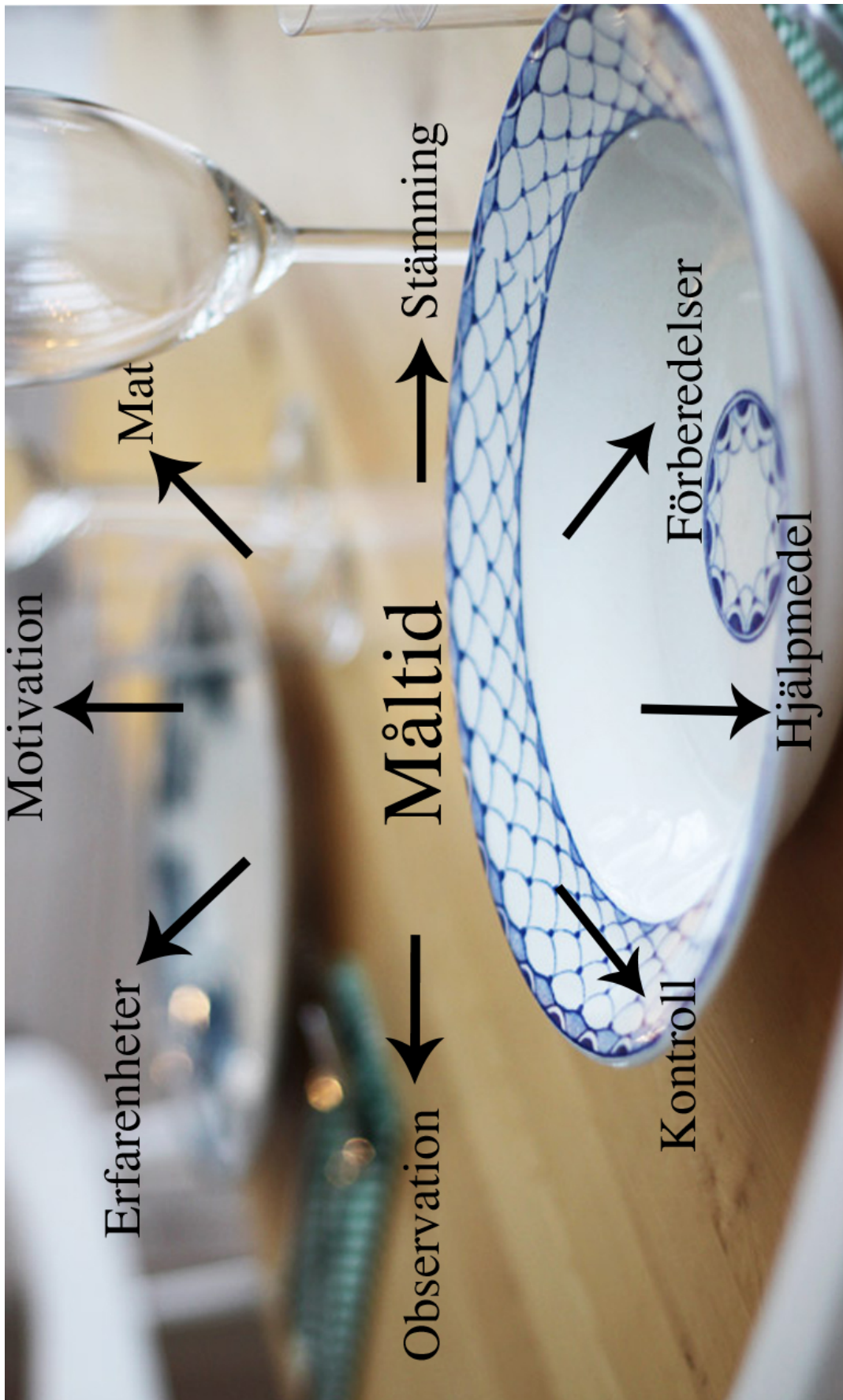
Mobil:

Emelie Ödmann:

E-post:

Mobil:

Visuellt material



Intervjuguide

Intervjuguide för anhöriga

Bakgrundsfakta	<p>Sysselsättning Ålder Tid i behandlingen, sjukdomsduration Familj (syskon, sammanboende föräldrar) Patientens diagnos</p>
Måltidssituation och ätträning	Beskriv hur måltiden gick till hos er!
Stämning	<p>Stämning = ex stress, konflikter, interaktioner, upplevelser</p> <p>Hur hanterades eventuella konflikter i måltidssituationen?</p> <p>Vilka brukade vara närvarande vid måltiden?</p>
Förberedelser	<p>Hur fungerade behandlingen praktiskt i vardagen? Ex. flexibilitet, speciella händelser: högtider, besök</p> <p>Hur såg måltidsordningen ut?</p> <p>Hur gick planering och inköp till?</p> <p>Vem stod för tillagning och vilken mat som serverades?</p>
Hjälpmedel	<p>Vad tyckte du om hjälpmedel (ex. listor på livsmedel, portionsstorlek och mellanmålsförslag)?</p> <p>Vilka upplevelser har du av stöd från behandlingsenheten? Ex. kunskap, information, kontakt</p>
Kontroll	<p>Hur upplevde du att det är att ta kontroll över någons ätande?</p> <p>Hur brukade ni ge stöd i måltidssituationen?</p> <p>Vad hade ni för strategier för att hantera motgångar vid måltiden?</p> <p>Hur involverades ev. syskon i behandlingen?</p>

Måltidsobservation	<p>Hur gick måltidsobservationen till?</p> <p>Hur upplevde du måltidsobservationen?</p> <p>Hur hjälpte det dig för fortsatt behandling hemma?</p> <p>Upplevde du att observationen gav en rättvis bild av hur det brukar gå till vid måltiden? Utveckla.</p>
Erfarenheter	<p>Vilka erfarenheter gällande måltiden har du fått under behandlingen?</p> <p>Vad brukade fungera bra för er vid måltiden? Ex. Speciell mat, tid på dygnet, högtider</p> <p>Upplevde du att det fanns några svårigheter? Berätta mer.</p>
Motivation	<p>Hur upplevde du motivationen under behandlingstiden? Ex. varierande motivationsgrad</p> <p>Hur såg dina förhoppningar och mål med behandlingen ut?</p>
Nutrition	<p>Hade du under behandlingen frågor kring mat och hälsa? Hur hanterade du dessa? Ex. pratat med personal på enheten</p>
Tid	Tidsbegränsning, upplevelse av tid
Avslutning	Har du några andra upplevelser eller tankar kring måltidssituationen som vi inte pratat om under samtalet?

*Eventuellt samla in mailadress/kontaktuppgifter till de som vill läsa färdig rapport.

Intervjuguide för behandlare

Bakgrundsfakta	Yrkestitel Ålder Verksam tid med ätstörningsbehandling: Hur länge med ätstörningar? Hur länge med familjebaserad behandling?
Måltidssituation och ätträning	Beskriv hur måltidsobservationerna går till!
Måltiden	Vad ger ni för råd kring måltiden och ätandet?
Stämning	Stämning = ex. stress, konflikter, interaktioner Hur hanteras konflikter i måltidssituationen?
Förberedelser	Hur fungerar samarbetet mellan familjen och behandlingsenheten i måltidsträningen? Ex. kontakt
Hjälpmedel	Hur använder du dig av material i arbetet? Ex. listor på livsmedel, portionsstorlek och mellanmål Vilken påverkan har du på patientens matval och måltidsmönster? Ev. jämförelse med tidigare ätträning.
Kontroll	Hur upplever du att det är att ta kontroll över någons ätande? Hur brukar du stödja patienten i måltidssituationen? Hur brukar du stödja föräldrarna i måltidssituationen? Vad har du för strategier för att hantera motgångar vid måltiden? Hur involveras ev. syskon i behandlingen?
Måltidsobservation	Hur ser rutinerna ut kring måltidsobservationerna? Hur förhåller man sig till familjen vid observationer? Ex. neutral inställning Hur hjälper observationstillfället familjen med fortsatt

	<p>behandling hemma?</p> <p>Upplever du att observationen ger en rättvis bild av hur det brukar gå till vid måltiden? Utveckla.</p> <p>Hur tittar du på familjens interaktion vid måltiden? Ex. Vilka som är närvarande vid måltiden, syskon, konflikter, föräldrar och barn</p>
Erfarenheter	<p>Vad brukar fungera bra vid måltiden i denna behandling?</p> <p>Upplever du att det finns några svårigheter? Ex. i jämförelse med tidigare behandling, motstånd från patient och familj.</p>
Motivation	<p>Hur gör du för att motivera föräldrarna under behandlingen?</p> <p>Hur gör du för att motivera patienten under behandlingen?</p>
Nutrition	<p>Förekommer det att du får frågor om mat och näringslära? Hur hanterar du detta?</p>
Tid	Tidsbegränsning
Avslutning	<p>Har du några andra upplevelser eller tankar kring måltidssituationen som vi inte pratat om under samtalet?</p>

*Eventuellt samla in mailadress/kontaktuppgifter till de som vill läsa färdig rapport.

Intervjuguide för före detta patienter

Bakgrundsfakta	<p>Sysselsättning Ålder Tid i behandlingen, sjukdomsduration Familj (syskon, sammanboende föräldrar) Patientens diagnos</p>
Måltidssituation och ätträning	Beskriv hur måltiden gick till hos er!
Stämning	<p>Stämning = ex stress, konflikter, interaktioner, upplevelser</p> <p>Hur hanterades eventuella konflikter i måltidssituationen?</p> <p>Vilka brukade vara närvarande vid måltiden?</p>
Förberedelser	<p>Hur fungerade behandlingen praktiskt i vardagen? Ex. flexibilitet, speciella händelser: högtider, besök</p> <p>Hur såg måltidsordningen ut?</p> <p>Hur gick planering och inköp till?</p> <p>Vem stod för tillagning och vilken mat som serverades?</p>
Hjälpmedel	<p>Vad tycker du om hjälpmedel (ex. listor på livsmedel, portionsstorlek och mellanmålsförslag)?</p> <p>Vilka upplevelser har du av stöd från behandlingsenheten? Ex. kunskap, information, kontakt</p>
Kontroll	<p>Hur upplever du att det är att någon tar kontroll över ditt ätande?</p> <p>Hur känner du att du fått stöd i måltidssituationen?</p> <p>Vad hade/har du för strategier för att hantera motgångar vid måltiden?</p> <p>Hur involverades ev. syskon i behandlingen?</p>
Måltidsobservation	Hur gick måltidsobservationen till?

	<p>Hur upplevde du måltidsobservationen?</p> <p>Hur har det hjälpt dig för fortsatt behandling hemma?</p> <p>Upplever du att observationen gav en rättvis bild av hur det brukar gå till vid måltiden? Utveckla.</p>
Erfarenheter	<p>Vilka erfarenheter gällande måltiden har du fått under behandlingen?</p> <p>Vad brukar/brukade fungera bra för dig vid måltiden? Ex. Speciell mat, tid på dygnet, högtider</p> <p>Upplever du att det finns/fanns några svårigheter? Berätta mer.</p>
Motivation	<p>Hur upplever du motivationen under behandlingstiden? Ex. varierande motivationsgrad</p> <p>Hur såg dina förhoppningar och mål med behandlingen ut?</p>
Nutrition	<p>Har du under behandlingen haft frågor kring mat och hälsa? Hur har du hanterat dessa? Ex. pratat med personal på enheten</p>
Tid	<p>Tidsbegränsning, upplevelse av tid</p>
Avslutning	<p>Har du några andra upplevelser eller tankar kring måltidssituationen som vi inte pratat om under samtalet?</p>

*Eventuellt samla in mailadress/kontaktuppgifter till de som vill läsa färdig rapport.