



**INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE**

# **Lägenhetsbehandling av barn och ungdomar med ätstörning**

En kvalitativ studie av föräldrars upplevelse av intensiv familjebaserad behandling i lägenhet

SW2566 Självständigt vetenskapligt arbete på Magisternivå inom Psykoterapeutprogrammet med inriktning familje- och systemorienterad psykoterapi, 15 hp

Scientific Work in the Psychotherapy Program, specializing in family and systemic therapy, 15 higher education credits

Vårterminen 2023

Författare: Caroline Schubert

Handledare: Karin Stinesen Kollberg, Med.Dr/Ph.D. Universitetslektor

## Abstract

Intensiv familjebaserad ätstörningsbehandling i särskild behandlingslägenhet har bedrivits av Ätstörningsteamet vid Barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i Östersund, Sverige, sedan 2019. Behandlingsformen erbjuds i vissa fall till familjer när sedvanlig familjebaserad behandling (FBT) i öppenvård är en otillräcklig insats. Syftet med studien var att undersöka föräldrars upplevelse av behandlingsformen. Målet var att få kunskap om, och i så fall hur, behandlingsinsatsen bör modifieras för att bättre motsvara familjernas behov. Sju föräldrar som genomgått lägenhetsbehandling intervjuades med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Resultatet, vilket baserades på tre huvudteman och nio underteman som framträdde under den tematiska analysen, visade att föräldrarna samstämmigt var tacksamma över att ha fått genomgå lägenhetsbehandling samt att de var eniga om att behandlingsmodellen hade varit till hjälp i kampen mot barnets ätstörning. Särskilt hjälpsamma faktorer som lyftes var konkret hjälp och ökad kunskap om sjukdom och behandling, tydlig struktur, behandlingens intensitet samt behandlarnas närvaro och stöd vid utmaning av ätstörningen. God relation och emotionellt stöd från behandlarna lyftes. Belastning i vuxenrelationen liksom upplevda prestationskrav beträffande matlagning påtalades. Inga konkreta förslag på förändring av behandlingsmodellen framkom, däremot hade flera föräldrar idéer om förbättringar, såsom förbättrad information inför behandlingen, visuellt stöd för att tydliggöra sjukdomsförloppet samt förbättrad vårdplanering av efterföljande behandling. Återhämtning betonades av flera föräldrar, vilka även gav tips och förslag för detta.

**Nyckelord:** Anorexia nervosa, lägenhetsbehandling, familjebaserad behandling, föräldrars upplevelse, kvalitativ studie

## Abstract

Intense family-based treatment for eating disorders in a special family treatment apartment has been conducted by the Eating Disorder Team at the Child and Adolescent Psychiatry Service in Östersund, Sweden, since 2019. The treatment model is offered in some cases to families when usual family-based treatment (FBT) in outpatient care is an insufficient effort. The purpose of the study was to investigate parents' experience of the treatment model. The goal was to gain knowledge about, and if so how, the treatment intervention should be modified to better meet the needs of the families. Seven parents who underwent apartment treatment were interviewed using semi-structured interviews. The result, which was based on three main themes and nine sub-themes that emerged during the thematic analysis, showed that the parents were unanimously grateful to have undergone apartment treatment and that they agreed that the treatment model had been helpful in the fight against the child's eating disorder. Particularly helpful factors that were highlighted were concrete help and increased knowledge about the disorder and the treatment, clear structure, the intensity of the treatment and the presence and support of the therapists. Good relational and emotional support from the therapists was highlighted. Stress in the adult relationship as well as performance requirements regarding cooking was mentioned. No concrete proposals for change in the treatment model emerged, however, several parents had ideas for improvements such as improved information before treatment, visual support to clarify the course of the disorder and improved care planning of subsequent treatment. Recovery was emphasized by several parents, who also gave tips and suggestions for this.

**Keywords:** Anorexia nervosa, family treatment apartment, family-based treatment, parents' experience, qualitative study

## ***En mammas tankar***

*Så blev det tyst här. Igen. Orden försvann.*

*-Förstår du hur du ska ta?*

*-Jahaa! Två.*

*-Nej tre.*

*-Nä, jag tar två.*

*-Nej, ta tre halvor.*

*-Nä, jag tar två.*

*-Du behöver tre. Börja inte nu igen. Lyssna på mig.*

*-Jag tar två och en halv. Inte mer!!! Du vet inte hur det ska va. Jag vet.*

*Dottern tar två halvor och en hög mosad potatis och går och sätter sig. Jag suckar djupt. Nu är vi där igen. Jag försöker resonera. "Litar du inte på mig? Du behöver ju gå upp i vikt. Tror du att jag inte har koll?" Inget gehör. Jag vill skrika åt henne. Lägga på mer potatis och tvinga henne att äta. Men jag vet att det inte kommer något gott av det. I stället drar jag tyst ett djupt andetag och sväljer. Sväljer sorgen, förtvivlan, ilskan, frustrationen. Och som vanligt kommer den enorma tröttheten. Jag orkar plötsligt ingenting. Axlarna blir tunga som bly och jag orkar inte längre titta på henne. Maten i munnen växer och jag får anstränga mig att svälja. Den är inte god längre. På andra sidan bordet sitter systemen. Inte heller hon säger något från början. Hon rör lite i maten på tallriken. Stoppas in en tugga, tuggar och sväljer. Jag tror att inte heller hon tittar på någon av oss. Efter en stund försöker den sjuka dottern inleda ett samtal med sin syster, och lite trevande småpratar de om vad de skall göra i eftermiddag. Jag kan fortfarande knappt svälja maten och jag orkar inte riktigt lyssna på vad de säger.*

*Tankarna far iväg till morgonen och förmiddagen. Den sjuka dottern kvittrade, var på ett strålände humör. Hon följde med och handlade. Först Apoteket, sedan mataffären. I bilen pratade hon om sjukdomen. Om hur mycket bättre det går. Längre längre blev det långsamt bättre, i små små pyttesmå steg. Och så plötsligt på senare tid går det snabbt åt rätt håll. Tycker inte jag det också? Jag hummade och nickade. Jag höll med. Jo något har hänt, tänkte jag. Hon har börjat våga prova saker som för bara några veckor sedan var helt omöjliga. Prövande kände jag lite på känslan jag hade i kroppen. Glad? Njaa. Vågade jag känna tillförsikt? Jag vet inte. Det var nog för tidigt, men ett litet flämtande hopp spirade nog där ändå, någonstans långt långt in. Men det är något mer också, tänker jag nu. Tröttheten, som utan förvarning slår till. Och så de där brännande tårarna bakom ögonlocken. De har funnits där i någon eller ett par veckor. Vissa dagar tydligare, andra dagar lite mer diffust. Idag är det visst en tydligare dag. Vi hade en mysig stund i bilen och i matbutiken, men tårarna lurade bakom ögonlocken och med jämna mellanrum försökte jag att så omärkligt som möjligt torka mig i ögonvrån utan att någon skulle se. Det har funnits perioder tidigare då tårarna följt mig under dagen, men då har tillvaron varit mycket mer påfrestande än vad den är nu. Det har den väl? Nu bråkar vi inte varje måltid. Vi kanske inte ens hamnar i diskussion. Kanske inte ens varje dag. Så vad gör tårarna här? Och tröttheten? Egentligen förstår jag. Och vet. Men jag orkar inte vara klok och förståndig. Jag vill lägga mig i sängen, dra täcket upp till hakan och låta tårarna öppet rinna tills jag somnar. Och jag vill vara ensam! Men maken vill bjuda gäster på middag. Han hörde min tvekan och tänkte avblåsa. Men jag orkar inte det heller. Det är påfrestande att känna sig tråkig och orkeslös.*

*/Mamma till 14-årig dotter med anorexia nervosa*

# Innehållsförteckning

FÖRORD.....	1
1 INTRODUKTION.....	2
2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR .....	3
3 BAKGRUND.....	3
3.1 Diagnoser.....	3
3.2 Prevalens, incidens och förlopp.....	3
3.3 Historik om anorexia .....	4
3.4 Behandling genom tiderna.....	5
3.5 Multifaktoriell förklaring.....	5
3.6 Rekommenderad behandling idag .....	6
3.6.1 Riktlinjer för behandling .....	6
3.6.2 Utvecklingen av familjeterapi som behandling vid AN idag .....	7
3.6.3 Forskning om verksamma behandlingsmodeller .....	7
3.6.4 Familjebaserad behandling (FBT).....	8
3.7 Ätstörningsteamet BUP Östersund.....	8
3.8 Familjebaserad ätstörningsbehandling i särskild behandlingslägenhet i Östersund.....	9
3.8.1 Uppstart av behandlingsmodellen .....	9
3.8.2 När öppenvård är otillräcklig men slutenvård inte är motiverad.....	9
3.8.3 Praktiskt upplägg och behandlarnas roll.....	10
3.8.4 Lägenhetsbehandlingen riktar sig till hela familjen .....	10
3.8.5 Att skapa tillit, trygghet och rutiner .....	11
3.8.6 Förberedelser för en återgång till ett normalare vardagsliv.....	12
4 TIDIGARE FORSKNING .....	13
4.1 Sökning av tidigare forskning .....	13
4.2 Faktorer som har inverkan på behandlingsutfall .....	13
4.3 Kvantitativa studier av familjebaserade interventioner vid slutenvård .....	14
4.4 Kvalitativa studier av familjebaserade interventioner vid slutenvård .....	14
4.4.1 Family Admission Program i Sydney.....	14
4.4.2 Eating Disorder Unit i Oslo.....	16
5 DEN SALUTOGENA TEORIN .....	18
6 METOD.....	20
6.1 Procedur och urvalsförfarande .....	20
6.2 Undersökningsgrupp .....	20
6.3 Insamlingsmetod .....	21
6.4 Bearbetning av data.....	21
6.5 Tillförlitlighet .....	22
6.5.1 Trovärdighet.....	23
6.5.2 Pålitlighet.....	23
6.5.3 Överförbarhet .....	23
6.5.4 Möjlighet att styrka och konfirmera.....	24
6.6 Förförståelse och reflexivitet.....	24
6.7 Metoddiskussion.....	25
6.7.1 Valet av semistrukturerad intervju .....	25
6.7.2 Val av intervjuplats .....	25
6.7.3 Induktiv och tolkande ansats .....	25
6.7.4 Deltagarantal och studiens retrospektiva karaktär innebär begränsningar .....	26
7 ETISKA ÖVERVÄGANDEN .....	27

8	RESULTAT OCH ANALYS .....	28
8.1	Huvudtema 1: Behandlingsformen.....	28
8.1.1	Undertema 1: Inställning, förväntningar och farhågor .....	28
8.1.2	Undertema 2: Upplevelse av behandlingsupplägget .....	29
8.1.3	Undertema 3: Kunskap, lärdomar och verktyg.....	32
8.2	Huvudtema 2: Relationella och emotionella aspekter under behandlingen.....	34
8.2.1	Undertema 1: Relationella påfrestningar .....	34
8.2.2	Undertema 2: Relationellt och emotionellt stöd .....	35
8.2.3	Undertema 3: Samarbetet med och relationen till behandlarna.....	36
8.2.4	Undertema 4: Återhämtning .....	37
8.3	Huvudtema 3: Efter avslutad behandling .....	38
8.3.1	Undertema 1: Tacksamhet.....	38
8.3.2	Undertema 2: Tips och förslag .....	39
8.4	Sammanfattning av resultatet .....	41
9	DISKUSSION .....	42
9.1	Hur upplevde föräldrarna lägenhetsbehandlingen? .....	42
9.1.1	Konkret stöd och utbildning .....	42
9.1.2	Behandlingens struktur.....	43
9.1.3	Intensitet i behandlingen och resurstäthet .....	43
9.1.4	Stöd utanför kontorstid .....	43
9.1.5	Relationella påfrestningar.....	44
9.1.6	Relationen till och emotionellt stöd från behandlarna .....	45
9.1.7	Graden av föräldrainflytande.....	45
9.2	Anser föräldrarna att behandlingsformen bör förändras för att insatsen skall vara så hjälpsam som möjligt i kampen mot barnets ätstörning och i så fall på vilket sätt? .....	46
9.2.1	Förbättrad information .....	46
9.2.2	Sänka prestationskrav .....	46
9.2.3	Tips om förströelse och återhämtning .....	47
9.3	Slutsatser och vidare forskning .....	48
10	REFERENSLISTA .....	49
11	BILAGA 1 – ÄTSTÖRNINGSDIAGNOSER, UTOM ANOREXIA NERVOSA.....	54
12	BILAGA 2 – FÖRKLARING AV FÖRKORTNINGAR I TEXTEN .....	55
13	BILAGA 3 – VÄLKOMMEN PÅ MATSTÖD .....	56
14	BILAGA 4 – BREV TILL RESPONDENTER.....	57
15	BILAGA 5 – INTERVJUGUIDE.....	58
16	BILAGA 6 – SAMTYCKESBLANKETT.....	61

## Förord

Våren har nyss nått Jämtland. Vinterns grus ligger ännu kvar på vissa gator, men i rabatterna hemma hos mig spirar snödroppar och påskliljorna har nyss slagit ut. När studien tog sin början i januari 2023 höll vintern ett stadigt grepp om denna del av landet. Det var kallt och mörkt och tiden till våren kändes oändligt lång. Tankarna om studien var många. Jag visste att jag ville skriva om Ätstörningsteamets lägenhetsbehandling. Men hur skulle jag lägga upp studien? Fanns det några föräldrar som kunde tänka sig att bli intervjuade? Skulle jag hinna bli klar? Under arbetet har självförtroende och tillförsikt åkt berg- och dalbana. Det är klart att jag hinner. Jag kommer aldrig bli klar i tid. Studien blir nog ok. Tänk om den inte håller måttet? Troligen är detta en helt normal arbetsprocess. Jag har under flera månader levt med denna studie under en stor del av min vakna tid, och ibland även när jag sovit. Med en suck av lättnad konstaterar jag att den blev färdig i tid. Om den håller måttet blir upp till läsaren att bedöma.

Jag vill rikta ett stort och uppriktigt tack till de föräldrar som deltagit i studien och som så öppet och generöst har delat med sig av sina erfarenheter och känslosamma berättelser av att vara förälder i lägenhetsbehandling. Utan er skulle denna studie inte finnas! Jag vill också tacka min handledare Karin Stinesen Kollberg för värdefull och konstruktiv respons under arbetets gång. Jag vill även rikta ett tack till mina kollegor i Ätstörningsteamet som har hjälpt mig att kontakta tänkbara föräldrar. Ett särskilt tack till kollegorna Katarina Aronsson och Elisabeth Bergqvist som har läst delar av uppsatsen och som har agerat bollplank när jag trevat efter hur jag skulle ta mig vidare i processen. Slutligen vill jag tacka Olle, min käre man och livskamrat, som har lagat oändligt många middagar, lyssnat på mina funderingar och utläggningar om uppsatsen och som tillbringat nästan varje helg på egen hand under vintern och våren då jag varit uppluskad av denna studie. Utan din tålmodighet och din omsorg skulle studien inte ha blivit färdig.

*Caroline Schubert*

Östersund, maj 2023

# 1 Introduktion

Ätstörningar är ett uppmärksammat problem som framför allt drabbar tonårsflickor och unga kvinnor. Statistik för perioden 2008 – 2022 visar att ätstörningar ökade (Socialstyrelsen, u.å.). Ökningen är särskilt påtaglig för unga flickor från 2017 och framåt. Förloppet kan bli långdraget och riskerna för allvarliga medicinska konsekvenser är betydande. Antalet flickor under 18 år med ätstörning som vårdas inom den barn- och ungdomspsykiatriska slutenvården ökar (Socialstyrelsen, 2022a; Socialstyrelsen, u.å.). Ätstörningsdiagnosen anorexia nervosa är dessutom en potentiellt dödlig sjukdom.

Många gånger blir kostnaderna för psykiatrisk slutenvård höga. Processen att bli frisk kan pågå under lång tid. Ibland krävs flera perioder av slutenvårdsinläggning. Förutom vid livshotande tillstånd finns inga belegg för att slutenvårdsbehandling är effektivt (Gowers m.fl., 2007). Däremot kan konsekvenserna av att tillbringa lång tid inom slutenvård skapa ångest och till och med förvärra prognosen (Gowers et al, 2000). Där tillståndet bedöms vara allvarligt men inte livshotande finns behov av annan form av intensiv ätstörningsbehandling utan allvarliga biffekter (Wallin & Persson, 2006).

En sådan behandlingsform är intensiv familjebaserad ätstörningsbehandling i behandlingslägenhet, vilket är ett alternativ till slutenvårdsbehandling som kan erbjudas familjer när sedvanlig öppenvårdsbehandling är otillräcklig (Wallin & Persson, 2006). Med en kombination av familjeterapi vid ätstörning, utarbetad vid Maudsleysjukhuset i London, och miljöterapeutiskt stöd får familjen under lägenhetsbehandlingen hjälp av behandlare att bryta det allvarliga sjukdomstillståndet. Behandlingsformen har funnits i Lund sedan 1990, och har påvisat goda resultat (Wallin & Persson, 2006; Wallin & Holmer, 2021). Sedan 2019 erbjuds familjebaserad ätstörningsbehandling i behandlingslägenhet också vid Barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i Östersund.

Föräldrars upplevelser och erfarenheter av lägenhetsbehandling vid ätstörning är en viktig aspekt att undersöka för att förstå hur behandlingsformen påverkar familjen. Genom att belysa föräldrarnas perspektiv kan en djupare insikt i deras upplevelser av behandlingen, dess positiva aspekter och utmaningar, erhållas. Detta kan utgöra en hjälp att identifiera områden där förbättringar kan göras för att optimera behandlingsresultaten och anpassa behandlingsmetoden efter familjernas behov.

Syftet med denna studie är att utforska föräldrars upplevelser av lägenhetsbehandling vid ätstörning hos deras barn. Genom en kvalitativ ansats med semistrukturerade intervjuer av föräldrar som har genomgått denna behandlingsform är intentionen att få en mångfacetterad och rik förståelse för deras erfarenheter. Förhoppningen är att denna studie kan ha betydelse för det kliniska fältet genom att ge en mer omfattande förståelse för hur föräldrar upplever lägenhetsbehandling och dess inverkan på barnets tillfrisknande. Förhoppningen är också att resultaten från studien skall kunna bidra till ökad kunskap hos kliniker och vårdpersonal om på vilket sätt stödet till familjerna kan optimeras, att förbättra vården och stödet för barn och ungdomar som kämpar med ätstörningar, minska påfrestningarna på deras anhöriga samt främja positiva behandlingsresultat.

## 2 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka föräldrars upplevelse av lägenhetsbehandling vid ätstörning tillhandahållen av Ätstörningsteamet vid Barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i Östersund för att få kunskap om, och i så fall hur, behandlingsinsatsen bör modifieras för att bättre motsvara familjernas behov.

Syftet genererar följande frågeställningar:

- Hur upplevde föräldrarna lägenhetsbehandlingen?
- Anser föräldrarna att behandlingsformen bör förändras för att insatsen skall vara så hjälpsam som möjligt i kampen mot barnets ätstörning och i så fall på vilket sätt?

## 3 Bakgrund

### 3.1 Diagnoser

Många människor försöker någon gång i livet gå ner i vikt, utan att drabbas av en ätstörning och det kan ibland vara svårt att skilja ett normalt ätbeteende från ett stort (Keski-Rahkonen m.fl., 2011). En avgörande faktor för när beteendet kan anses vara en ätstörning är när personen ägnar en så stor del av sina tankar kring mat och ätande att det stör vardagen.

Inom psykiatrisk öppen- och slutenvård används idag manualen Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM), ett amerikanskt system för diagnosticering och klassificering av psykiska störningar hos patienter (Nationalencyklopedin, u.å; Socialstyrelsen, 2023a). Manualen ger möjlighet till preciserade bedömningar av patienter. Den första DSM-handboken publicerades för drygt 70 år sedan och idag används den femte versionen, DSM-5, som har funnits i bruk sedan 2013 (Psykologguiden, 2023). DSM-5 delar in ätstörningar i tre huvudkategorier – Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN) och Hetsättningsstörning (BED) (Riksät, 2023). Nedan redogörs för diagnosen anorexia nervosa då det huvudsakligen är den diagnosform som är aktuell vid lägenhetsbehandling. Redogörelse för övriga ätstörningsdiagnoser finns i bilaga 1. Bilaga 2 redogör kortfattat för förkortningar som förekommer i texten.

*Anorexia nervosa* definieras av en begränsning av energiintag utifrån behovet, vilket leder till betydande undervikt i förhållande till ålder, kön, tillväxtkurva och somatisk status (American Psychiatric Association, 2014; Riksät, 2023). Den drabbade känner en intensiv rädsla att gå upp i vikt eller att bli tjock, eller agerar på ett sätt som hindrar viktuppgång, trots en påtaglig undervikt. Kroppsuppfattningen hos den drabbade är störd och självkänslan är starkt förknippad med vikt och kroppsform. Patienter med AN förnekar allvaret i tillståndet, trots att vikten många gånger är så låg att basala kroppsfunktioner, exempelvis menstruation, försvinner.

### 3.2 Prevalens, incidens och förlopp

Förekomsten av ätstörningar i samhället är svår att avgöra då epidemiologiska studier ger varierande svar (Kunskapscentrum för ätstörningar, 2017b). Kriterierna för olika ätstörningsdiagnoser har dessutom förändrats genom åren, vilket gör det svårt att jämföra olika vetenskapliga studier över tid. Antalet redovisade ätstörningar i Sverige har ökat under flera decennier, men det kan vara svårt att avgöra om det är en faktisk ökning i befolkningen eller om det beror på andra faktorer (Wallin, m.fl., 2019). Mörkertalet tros vara stort, men studier har visat att betydligt fler kvinnor än män drabbas av ätstörning någon gång under sitt liv (Clinton & Birgergård, 2017; Riksät, 2023).



Det anses vara klarlagt att prevalensen, dvs. antalet befintliga fall, för ätstörning ökar, (Hay m.fl., 2023). Riskgrupper, bland andra hbtq-personer, ungdomar i puberteten, samt kvinnor i klimakteriet, tycks vara särskilt drabbade. Studier som använt självskattning för att identifiera fall av ätstörning rapporterar en högre prevalens än intervju-baserade studier. I epidemiologisk forskning har man funnit att cirka 200 000 personer i Sverige någon gång drabbas av en ätstörning (Clinton & Birgergård, 2017). Bland tonårsflickor och unga kvinnor finns uppgifter som anger prevalensen, till cirka 1–2 % drabbade av AN respektive BN (Riksät, 2023). I förhållande till flickor och kvinnor tros förekomsten för någon form av ätstörning hos pojkar och män vara 1/10–1/5, beroende på åldersgrupp, och i flera studier anas en ökning av antalet drabbade i gruppen. Vissa barn är yngre än 15 år när de drabbas och även i åldersgruppen över 60 år finns personer drabbade av ätstörning (Riksät, 2023).

En internationell studie från Katalonien anger en incidensökning, dvs. antalet nya fall, av ätstörningsdiagnoser efter covid-19-pandemin (Raventós m.fl., 2023). Ökningen är tydligast bland ungdomar. Uppfattningen bland kliniker är att en liknande situation föreligger i Sverige (Helander, 2022).

Att tillfriskna från en ätstörning är ofta en lång och mödosam kamp. Inte sällan inträffar återfall hos patienter som under en period varit förbättrade och även övergångar från en form av ätstörning till en annan förekommer, vilket gör det svårt att beskriva ett generellt utfall för ätstörningar (af Sandeberg & Bengtsson, 2015; Wallin m.fl., 2019). Olika utfallsstudiers varierande metodologi liksom skilda kriterier för tillfrisknande mellan olika studier är ytterligare faktorer som försvårar en generell beskrivning av tillfrisknandeprocessen (af Sandeberg & Bengtsson, 2015). Majoriteten av de som insjuknar i AN blir friska, men många har ett långdraget förlopp med olika former av komplikationer (Wallin m.fl., 2019). Cirka 10 % lider av en kronisk variant. För att kunna tala om att en patient är frisk är det inte tillräckligt att konstatera att det inte längre föreligger någon ätstörningsdiagnos eller symtom på ätstörning. Patienten kan fortfarande ha problem med någon annan psykiatrisk sjukdom, vanligtvis depression eller ångest, och det är inte ovanligt att det finns fortsatta sociala begränsningar som en följd av den ätstörning de har haft (Wallin m.fl., 2019). En svensk populationsbaserad studie över ungdomar som insjuknat i ätstörning visade att den genomsnittliga sjukdomstiden var 3,4 år för AN och 7,5 år för någon form av ätstörning, inklusive AN (Wentz m.fl., 2009).

### 3.3 Historik om anorexia

Förekomsten av tillstånd som idag troligen skulle betecknas som ätstörning finns dokumenterat långt tillbaka i historien, men det som idag betraktas som ett psykiatriskt-medicinskt tillstånd har tidigare haft andra förklaringar. Skrabanek (1983) menar att det historiskt går att särskilja tre huvudperioder för beskrivning av vad vi idag betraktar som AN. Den första perioden rör tiden mellan 400-talet och 1200-talet då förklaringen till självsvält företrädesvis var religiös. Den andra perioden avser tiden mellan 1500- och 1700-talet då den religiösa förklaringen fortfarande dominerade, men då fall av självsvält också började diskuteras i den medicinska litteraturen. Enligt Skrabanek (1983) startade den tredje perioden under 1800-talet då den moderna synen på AN tog sin början.

Den första medicinska beskrivningen av AN tros härröra från Richard Morton, 1689, som ingående skildrade två patienters självsvält och benämnde företeelsen som "A Nervous Consumption" (Silverman, 1986). Vid denna tid ansågs tillståndet associerat med lungsjukdom (Wallin m.fl., 2019). Drygt 150 år senare beskrev två av varandra oberoende psykiatriker, amerikanen William Stout Chipley och fransmannen Louis Victor Marcé, patientfall med självsvält utifrån en psykopatologisk förklaring (Clinton & Norring, 2012). 1873 publicerades uppsatsen "De l'Anorexie Hysterique" av Charles Laségue, professor i klinisk medicin, där ett antal fallbeskrivningar med symtom typiska för AN beskrevs. Begreppet AN användes för

första gången av den engelske läkaren Sir William Gull, omkring år 1870 (Skrabanek, 1983). Då Gull inte fann någon somatisk förklaring gjorde han bedömningen att tillståndet hade psykologiska orsaker (Clinton & Norring, 2012; Wallin m.fl., 2019).

Under 1940–50-talen präglades synen på AN huvudsakligen av psykoanalytiska förklaringar med ett allt större intresse för sexualitetens betydelse för utvecklingen av sjukdomen (Clinton & Norring, 2012). Denna förklaring följdes så småningom av synen på självsvalt som orsakad av brister i mor-barnrelationen, en förklaringsmodell som introducerades av psykoanalytikern Hilde Bruch.

### 3.4 Behandling genom tiderna

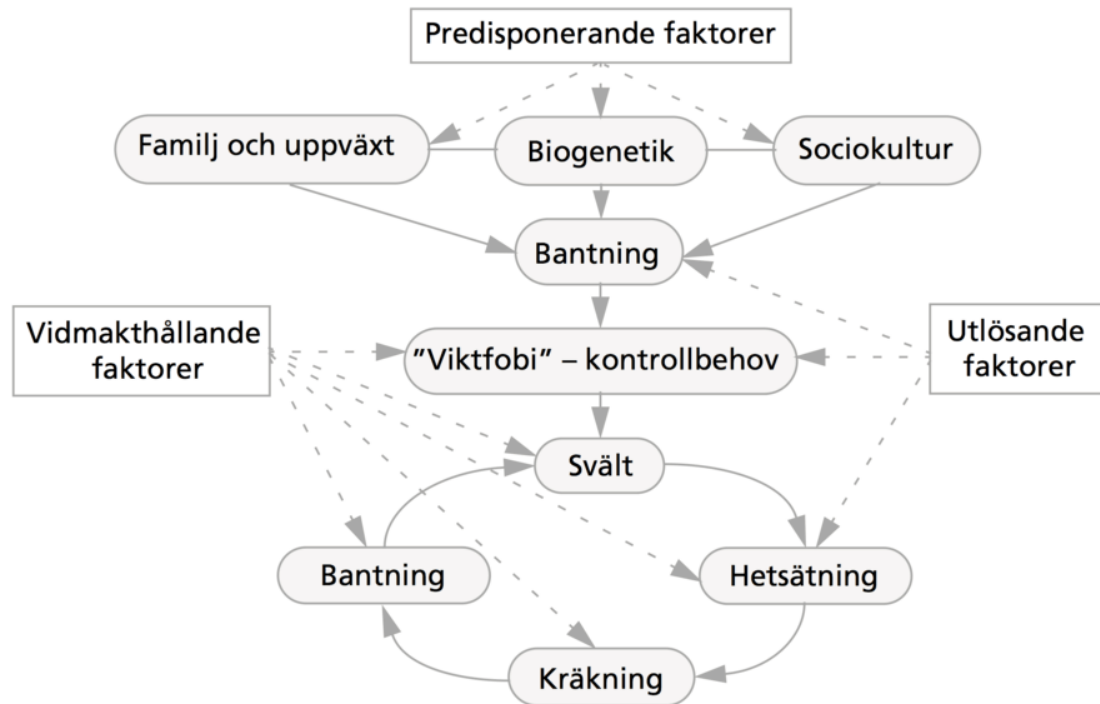
För att förhindra negativ föräldrainverkan vid behandlingen av barnet förespråkade läkaren Sir William Gull under senare delen av 1800-talet att kontakten mellan barnet och föräldrarna skulle begränsas under behandlingstiden (le Grange m.fl., 2010). I början av 1900-talet förändrades synen på AN när patologen Morris Simmonds upptäckte att störning i hypofysen kunde leda till viktförlust (Court & Kaplan, 2016). Skador på hypofysen hos en ung kvinna som dött i ett anorexiliknande tillstånd påträffades, vilket ledde till en utbredd uppfattning att alla fall av avmagring berodde på hormonella rubbningar utlösta av skador i hypofysen. Stigmatiseringen av de drabbade minskade sannolikt och under en lång tid behandlade de flesta läkare alla patienter med undernäring (undantag undernäring till följd av matbrist) som utlösta av endokrina störningar. Under 1940- och 50-talen, den period då orsaksförklaringen huvudsakligen var psykoanalytisk, baserades behandlingen på den klassiska psykoanalytiska driftsmollen genom tolkningar av omedvetna drifter och motiv (Clinton & Norring, 2012). På 1960-talet utarbetade Salvador Minuchin med kollegor en ny modell där familjens delaktighet var avgörande (le Grange m.fl., 2010). Experterna pratade om ”den psykosomatiska familjen”. Orsaken till AN ansågs vara patologiska familjemönster, varför tonvikten i behandlingen lades på en familjeterapi som skulle förändra familjestrukturen för att på ett effektivt sätt stoppa tillståndet hos den drabbade. Försök att styrka modellen lyckades dock inte hitta något speciellt familjemönster.

### 3.5 Multifaktoriell förklaring

Idag finns det kunskap om att den stressade situation som råder i familjer där ett barn är drabbat av AN liknar situationen i familjer där ett barn är drabbat av en annan kronisk och svår sjukdom samt att den stressade situationen är en följd av AN (Ghaderi & Parling, 2007). Den rådande uppfattning är att ätstörningar beror på ett komplext samspel mellan ett antal olika faktorer (Ghaderi & Parling, 2007; Kunskapscentrum för ätstörningar, 2017a).

Vissa faktorer är så kallade predisponerande, dvs. riskfaktorer. Dessa kan handla om samhällets skönhetsideal, självbild, erfarenheter under uppväxten samt kroppsliga reaktioner på bantning (Kunskapscentrum för ätstörningar, 2017a). Ytterligare en riskfaktor är genetiska faktorer där det idag inte råder några tvivel om att det finns en viss ärftlig predisposition (benägenhet och sårbarhet) för att utveckla AN (Danielsson, 2017; Ghaderi & Parling, 2007). Dessa predisponerande faktorer riskerar att bidra till en negativ självbild och en önskan om kontroll (Kunskapscentrum för ätstörningar, 2017a).

Andra faktorer är utlösande, där bantning ses som en av de mest betydande (Kunskapscentrum för ätstörningar, 2017a). Utöver dessa faktorer tillkommer vidmakthållande faktorer, vilket ofta handlar om en övervärdering av vikt, kroppsform och figur, men också om positiv uppmärksamhet från omgivningen (Ghaderi & Parling, 2007; Kunskapscentrum för ätstörningar, 2017a). Den som inte lyckas motstå impulserna att äta riskerar att hamna i hetsätning av tidigare förbjuden mat, med kompensatoriskt beteende, exempelvis kräkningar, som följd (Kunskapscentrum för ätstörningar, 2017a).



Figur 1. Ätstörningar – riskfaktorer och multifaktoriell orsaksmodell för ätstörningar (bild från af Sandeberg & Bengtsson, 2015).

### 3.6 Rekommenderad behandling idag

#### 3.6.1 Riktlinjer för behandling

I Sverige saknas nationella riktlinjer för vård vid ätstörning (Socialstyrelsen, 2022b). På uppdrag av regeringen utarbetar Socialstyrelsen för närvarande nationella riktlinjer för ätstörningsvården, kunskapsstöd till professionen samt stöd för att implementera riktlinjerna. Under våren 2023 har ett arbete med insamling av behandlares beprövade erfarenhet av vilken vård som fungerar inom områden där forskning saknas eller är otillräckliga påbörjats (Socialstyrelsen, 2023b). Som stöd för utredning och behandling av ätstörningar finns kliniska riktlinjer framtagna av Svenska Psykiatriska Föreningen (Wallin m.fl., 2019). Beroende på ätstörningsdiagnos och ålder hos den drabbade skiljer sig riktlinjerna. Studier visar att familjeengagemang har betydelse för att minska både psykologisk och medicinsk sjuklighet, särskilt hos yngre patienter med kortvarig ätstörning, samt att denna form av behandling är acceptabel för både patienter och föräldrar (Russel m.fl., 1987; Eisler m.fl., 1997). Dessutom kan föräldrars delaktighet minska behandlingsavhopp hos ungdomar (Lock m.fl., 2010). I behandlingsforskning finns idag samsyn gällande familjens centrala betydelse för tillfrisknande hos unga patienter med AN (Lock, 2018). Föräldrarnas delaktighet ökar chanserna för att behandlingen kan ske i öppenvård varför familjebaserad behandling idag rekommenderas som första behandlingsval för barn och ungdomar med AN (Wallin m.fl., 2019). Familjebaserad behandling bygger på ett aktivt föräldraengagemang för att hjälpa barnet att tillfriskna från ätstörningen. Mer information om den familjebaserade behandlingsmodell som hittills påvisat bäst resultat återfinns under rubriken *Familjebaserad behandling (FBT)*.

Trots kunskap om vikten av familjeengagemang och föräldrars delaktighet vid behandling av barn och ungdomar med ätstörning är det idag gängse att barn som drabbats av svår ätstörningssjukdom där behandling i öppenvård inte är en tillräcklig insats läggs in på sluten medicinsk eller psykiatrisk avdelning där familjen vanligen inte involveras (Wallin & Holmer, 2021).

### *3.6.2 Utvecklingen av familjeterapi som behandling vid AN idag*

Så sent som in på 1970-talet betonade forskare och kliniker familjens avgörande roll för sjukdomens uppkomst (Minuchin m.fl., 1978; Selvini Palazzoli, 1979). Familjen sågs inte som en tillgång utan som en faktor som försvårade tillfrisknande. Under 1970-talet började dock synen på familjens betydelse att förändrades då familjeterapi introducerades som behandlingsmetod (Clinton & Norring, 2012). Med ökad kunskap om AN formades dagens familjeterapi vid AN, där Maudsleysjukhuset i London har haft en ledande roll i behandlingsutvecklingen genom att kombinera strukturell och systemisk familjeterapi med psykoedukativa inslag (Clinton & Norring, 2012). Inslagen från den strukturella familjeterapin handlar om att betona föräldrarnas ansvar för barnets matintag. En familjemåltid där familjen tillsammans äter en måltid med stöd av behandlare är ytterligare ett inslag från den strukturella familjeterapin och inkluderas ofta i början av behandlingen. Delar från den systemiska terapin handlar om att undvika kritik och att i stället omformulera familjemedlemmarnas handlingar i positiva termer. De psykoedukativa delarna handlar om att familjen får detaljerad information om sjukdomen som en del av terapin (Clinton & Norring, 2012).

### *3.6.3 Forskning om verksamma behandlingsmodeller*

Forskningen om behandling av AN har tagit stora kliv framåt, där insikt om familjens betydelse vid behandling av barn och ungdomar med AN fått genomslag (Brockmeyer m.fl., 2018). Lock m.fl (2010) genomförde en studie där de utvärderade effekten av familjebaserad behandling (FBT) och ungdomsfokuserad individuell terapi (AFT) för ungdomar med AN. Resultatet påvisade inga skillnader avseende full remission (symtomfrihet) mellan behandlingarna vid behandlingsavslut, däremot var FBT signifikant överlägsen AFT gällande detta vid både 6- och 12-månadersuppföljningen. FBT var även signifikant överlägsen gällande partiell remission vid behandlingsavslut, dock inte vid uppföljning. FBT visade sig också överlägsen AFT på ytterligare några resultatmått. Forskarna drog slutsatsen att även om båda behandlingarna ledde till avsevärda förbättringar och var lika effektiva vad gällde att leda till full remission vid behandlingsavslut, var FBT mer effektiv vad gällde fullständig remission vid de båda uppföljningspunkterna (Lock m.fl., 2010).

Agras m.fl (2014) genomförde en studie där de jämförde FBT med systemisk familjeterapi (SyFT) för behandling av AN hos ungdomar. Båda behandlingsformerna innehöll sexton sessioner om en timme vardera under nio månader. FBT fokuserade på att underlätta viktökning, medan SyFT tog upp allmänna familjeprocesser. Resultatet påvisade inga statistiskt signifikanta skillnader mellan behandlingsgrupperna gällande förväntad kroppsvikt och remission, för ätstörningssymptom eller samsjuklighet med psykiatriska störningar vid behandlingsavslut eller vid uppföljning. FBT ledde dock till betydligt snabbare viktökning tidigt i behandlingen, betydligt färre dagar på sjukhus och lägre behandlingskostnader per patient i remission vid behandlingsavslut. SyFT ledde till större viktökning än vad FBT gjorde för deltagare med svårare tvångssyndrom. Forskarna drog slutsatsen att FBT är den föredragna behandlingen för ungdomar med AN då den inte skiljer sig signifikant från SyFT utan leder till liknande resultat till en lägre kostnad än SyFT (Agras m.fl., 2014). Ungdomar med svårare tvångssyndrom kan dock ha fördel av behandling med SyFT.

Bentz m.fl. (2021) genomförde en studie för att undersöka effekten av FBT när behandlingen tillhandahålls som standardvård i offentligt finansierad psykiatrisk verksamhet, dvs. när den inte sker som del av en randomiserad kontrollerad studie. Resultatet visade att mer än hälften av ungdomarna framgångsrikt avslutade behandlingen inom 12 månader, och att tre fjärdedelar återställdes i vikt inom 12 månader. Var femte ungdom hade under en period behov av mer intensiv vård. Forskarna drog slutsatsen att FBT är effektiv även utanför forskningsstudier och att den framgångsrikt kan implementeras i olika miljöer (Bentz m.fl., 2021).

### 3.6.4 Familjebaserad behandling (FBT)

Den behandlingsmodell som hittills påvisat bäst resultat vid AN hos barn och ungdomar är en manualiserad familjebaserad behandling (FBT) i tre faser (Lock & le Grange, 2013).

Det första steget är medicinsk stabilitet genom att bryta svälten och åstadkomma en snabb viktåterhämtning. En australisk studie visar att den enskilt viktigaste faktorn för en långsiktigt god prognos vid AN hos barn och ungdomar är viktåterhämtning på 1,8 kg under den första månaden (Madden m.fl., 2015). Till dess att ätstörningen börjar släppa greppet om ungdomen tar föräldrarna under FBT-behandlingens första fas fullt ansvar för barnets mat avseende matval, matmängder och förberedelser av måltider (Lock & le Grange, 2013). Föräldrarna kan behöva tillse att barnet inte tränar eller ägnar sig åt andra beteenden, exempelvis kräkningar, för att förbruka energi eller göra sig av med kalorier. Till stöd och vägledning för föräldrarna i detta arbete finns behandlarna.

När vikten har förbättrats och barnet inte längre motsätter sig behandlingen återlämnas ansvaret för mat och måltider gradvis till barnet under behandlingens andra fas (Lock & le Grange, 2013). I denna fas klarar barnet troligen att äta en mängd olika livsmedel och känner sig mer bekväm med att äta, men de förvrängda tankarna har förmodligen inte helt försvunnit. Med god viktåterhämtning/stabilisering kan emellertid många ungdomar ofta hantera sina ätstörda tankar bättre. I detta tillstånd beskriver föräldrar som genomgår behandlingen vanligtvis att deras barns humör har förbättrats och att barnet har blivit mer delaktigt i familjelivet (Ganci, 2020). Många föräldrar upplever också att de i denna fas ser mer av sitt barn än av sjukdomen.

Den tredje och sista fasen kan inledas när barnets vikt ligger mellan 95–100 % av förväntad vikt (Lock & Le Grange, 2013). Under denna fas är vikten stabil och barnet klarar troligen att äta självständigt och kan åter engagera sig i normala aktiviteter. Huvudfokus för denna fas är att upptäcka eventuella problem som hindrar fortsatt utveckling. Målet är att barnet och familjen skall kunna återvända till ett normalt liv utan ätstörning.

## 3.7 Ätstörningsteamet BUP Östersund

Ätstörningsteamet vid BUP i Östersund startade familjebaserad ätstörningsbehandling i särskild behandlingslägenhet i sin nuvarande form år 2019. Bakgrunden var att begränsade möjligheter till slutenvårdsinläggning inneburit att patienter, flera gånger varje år, skickades för behandling utanför länet vilket ofta innebar stor belastning för berörda familjesystem. Lägenhetsbehandlingen var ett sätt att erbjuda intensifierad ätstörningsbehandling inom den egna regionen.

När lägenhetsbehandlingen startades bestod Ätstörningsteamet av åtta personer med yrkeskompetenserna läkare, sjuksköterska, psykoterapeut med familjeinriktning, socionom, skötare med grundläggande psykoterapiutbildning, dietist samt sjukgymnast. Under det senaste året har teamet genomgått stora förändringar, både i antal medarbetare och i de behandlingsinsatser som erbjuds. Teamet består idag av 15 personer. Utöver ovan nämnda yrkeskompetenser har även en arbetsterapeut med grundläggande psykoterapiutbildning tillkommit. Förutom sedvanlig öppenvårdsbehandling är matstöd och lägenhetsbehandling delar av de behandlingsinsatser teamet tillhandahållit under året.

Matstöd är ett konkret verktyg som kan användas i ätstörningsbehandling för att bryta svält och återställa normala ätmönster, och ges ofta till flera familjer vid samma tillfälle (bilaga 3). Mat levereras från sjukhusköket till Ätstörningsteamets avdelning. Föräldrarna får stöd från behandlare att lägga upp mat till sina sjuka barn och sedan åter familjerna och behandlare tillsammans.



Under våren 2023 har ett pilotprojekt med familjedagvård inletts, med matstöd lunch fyra dagar per vecka och samtalsgrupp en av dessa dagar. Planen är att utöka familjedagvårdens samtalsgrupp till flera gånger per vecka.

### 3.8 Familjebaserad ätstörningsbehandling i särskild behandlingslägenhet i Östersund

Ätstörningsteamet i Östersund har inget officiellt vårdprogram för lägenhetsbehandling. Dock finns ett internt dokument som beskriver behandlingen. Dokumentet är en fri översättning av vissa delar från beskrivningen av lägenhetsbehandlingen i Lund enligt Wallin och Persson (2006). Anpassningar har gjorts för att passa den specifika modell som används i Östersund.

Detta kapitel utgår från teamets interna dokument och har granskats av kollegorna Katarina Aronsson och Elisabeth Bergqvist för att säkerställa korrekthet.

#### 3.8.1 Uppstart av behandlingsmodellen

Hösten 2018 gick hela Ätstörningsteamet utbildningen *Familjeterapi vid ätstörning*, 7,5 hp, vid Lunds universitet, för att alla skulle få en fördjupad kunskap om familjebaserad behandling (FBT). Med denna utbildning i botten inledde teamet några månader senare den första lägenhetsbehandlingen av nuvarande modell i Östersund. Modellen byggdes till stora utifrån en enskild behandlares erfarenhet av att tidigare ha arbetat med lägenhetsbehandling vid en specialistklinik. Med tiden har förändringar implementerats med utgångspunkt från de insikter och lärdomar som behandlarna har samlat under genomförandet av lägenhetsbehandlingarna. Ibland har justeringar gjorts för att bättre passa de resurser som teamet haft tillgängliga, och beslut har fattats utifrån vad som bedömts vara möjligt att genomföra. Även om tydliga likheter finns med den lägenhetsbehandling som erbjuds i Lund enligt Wallin & Persson (2006), så har den behandlingen inte varit direkt vägledande för utformningen av behandlingen i Östersund.

Inom Ätstörningsteamet har ingen specifik yrkesgrupp en exklusiv roll som utförare av lägenhetsbehandling, utan alla yrkeskategorier, förutom läkare, kan arbeta som behandlare i lägenheten. Dietister och sjukgymnaster är normalt inte huvudbehandlare, men bidrar med sina specifika kompetenser och kan även hjälpa till att täcka upp för andra behandlare vid vissa måltider om så behövs.

Under den tid en familj får lägenhetsbehandling tas familjens aktuella situation varje vecka upp vid teamets behandlingskonferens, där olika yrkeskategorier deltar. En lägesbeskrivning ges och hela teamet arbetar tillsammans för att formulera en bedömning av vilka eventuella åtgärder eller förändringar som bör genomföras under den kommande veckan.

#### 3.8.2 När öppenvård är otillräcklig men slutenvård inte är motiverad

Familjebaserad ätstörningsbehandling i särskild behandlingslägenhet kan erbjudas när sedvanlig FBT i öppenvård är otillräcklig samtidigt som barnet inte bedöms vara i behov av slutenvård på medicinsk eller psykiatrisk avdelning. Huvudsakliga ätstörningsdiagnoser vid lägenhetsbehandling är någon form av restriktiv ätstörning, dvs. när barnet äter för lite i förhållande till behovet. Svårare fall av andra ätstörningsdiagnoser skulle eventuellt också kunna komma i fråga.

Behandlingsformen fokuserar på familjens måltider, men innehåller ofta även familjesamtal, föräldrasamtal, enskilda samtal med det drabbade barnet, syskonsamtal, dietistsamtal, träffar med sjukgymnast samt läkarkontroller. Som ett komplement till lägenhetsbehandlingen har föräldrarna under behandlingstiden ibland även möjlighet att delta i en samtalsgrupp tillsammans med andra föräldrar som har barn med ätstörning. Om barnet orkar och behandlare bedömer att det är lämpligt så finns Regionens sjukhusundervisning tillgänglig. Undervisningen

erbjuds av Barn- och elevhälsan i Östersund och är en anpassad undervisningsform som möjliggör fortsatt skolgång även under svårare vård- eller sjukdomssituationer.

### 3.8.3 *Praktiskt upplägg och behandlarnas roll*

Behandling i lägenhet varar oftast 5 – 8 veckor, under denna tid har vanligen båda föräldrarna tillfällig föräldrapenning. Efter behandlingsperioden erbjuds normalt möjlighet till fortsatt tillfällig föräldrapenning i ytterligare någon/några månader för att ge barnet möjlighet till återanpassning i hemmet och utrymme att i lugn takt kunna återvända till ordinarie skolgång.

Behandlingslägenheten i närheten av Östersunds sjukhus är belägen i ett vanligt flerfamiljshus. Med tre rum och kök är den fullt möblerad och utrustad med badrum och tvättmaskin samt vanlig köksutrustning, allt för att underlätta en smidig inflyttning för familjen. Att bo i lägenheten ger en känsla av hemmiljö, i motsats till sjukhusmiljö, vilket är avsett att underlätta för familjerna att bibehålla genomförda förändringar vid hemkomsten.

Familjen får nycklar till lägenheten och tilldelas två huvudbehandlare som tillsammans med familjen utarbetar en plan för vistelsen; vilken nivå av stöd som behövs, frekvens av behandlares närvaro och vilket arbete föräldrarna själva skall göra. Föräldrarna ansvarar för matinköp och lagar den mat som familjen brukar äta. Behandlarna är med som stöd då föräldrarna lägger upp mat till sitt sjuka barn och äter tillsammans med familjen. Vid behov kan behandlare även närvara vid tillagning av mat eller efter måltider. Mestadels är det huvudbehandlarna som familjen har kontakt med, men andra behandlare från Åtstörningsteamet kan också delta som stöd. Dagtid på vardagar finns behandlarna tillgängliga även mellan måltiderna och kan tillkallas med kort varsel. Övrig tid har familjen möjlighet att få stöd från Barn- och ungdomspsykiatriens Akutteam eller Vuxenpsykiatriens akutvårdsavdelning.

Behandlarna deltar i upp till fem måltider/dag under den första veckans vardagar, men finns vanligen även med vid de flesta måltider ytterligare en tid. Behandlarna arbetar sig sedan successivt bort från måltiderna så att familjen får lära sig att hantera dem på egen hand.

### 3.8.4 *Lägenhetsbehandlingen riktar sig till hela familjen*

När ett barn insjuknar i åtstörning tenderar familjen att successivt anpassa sig till sjukdomen. I familjesamtal och föräldrasamtal arbetar familjen och behandlarna såväl med konkreta situationer som uppstår under behandlingen som med teman och områden som rör familjens anpassning till sjukdomen. Att dessa områden uppmärksammas är av betydelse då de annars riskerar att utgöra fortsatta bekymmer när familjen kommer hem. Vanliga teman och områden för familje- och föräldrasamtal är ångest, roller och mönster i familjen, gränser, konflikter, gemensamma aktiviteter och återhämtning.

I arbetet med aktuella teman kan olika metoder användas. *Genogram* är en typ av familjekarta som vanligtvis inkluderar tre generationer (Ernvik, 2019). Genom användning av genogrammet kan familjerelationer, konflikter, ärftlighet av psykisk ohälsa och andra mönster tydligt illustreras. Genogrammet ger en visuell representation som hjälper till att belysa komplexa dynamiker och samband inom familjen över flera generationer. En annan metod som kan användas är *familjeskulptur*. Genom kroppsskulpturer kan familjemedlemmar visuellt gestalta olika teman och situationer utan att behöva agera eller använda ord (Ernvik, 2019). Metoden tillåter beskrivning av aktuella teman på unika sätt, exempelvis kan enskilda familjemedlemmar forma skulpturer genom att placera sig själva och de andra familjemedlemmarna i olika positioner. Det är även möjligt för hela familjen att tillsammans forma en skulptur. Dessutom kan behandlaren skapa en skulptur av familjemedlemmarna för att klargöra hur en specifik situation uppfattas (Lundsbye m.fl., 2010). Genom dessa visuella representationer kan komplexa känslor och familjedynamik belysas på ett icke-verbalt sätt. Ytterligare en vanlig

metod är att familjen får i uppgift att rita ett *målsättningsträd* över gemensamma och individuella mål på kortare och lite längre sikt (Wallin, u.å).

Lägenhetsbehandlingsens primära syfte är att ge föräldrar stöd och verktyg för att kunna stötta sitt barn, men även barnet erbjuds individuella samtal. Ofta har dessa barnsamtal fokus på ångestlindring och ångesthantering. Under behandlingsperioden erbjuder sjukgymnast barnet möjlighet till basal kroppskänedom. Basal Kroppskänedom är en holistisk behandlingsstrategi som utforskar och ökar medvetenheten om kroppens potential. Terapin bygger på psykiatrisk fysioterapi och kunskap om kroppen. Målet är att förbättra välbefinnandet och självbilden hos barnet. Metoden ger tillgång till barnets inre resurser, ökar medvetenheten om kroppen genom fysiska upplevelser, fördjupar kunskapen om kroppens funktioner och signaler, främjar acceptans av kroppen och ökar medvetenheten om känslomässiga reaktioner. Sjukgymnasten kan även erbjuda taktilmassage och avslappning flera gånger i veckan för att lugna och sänka barnets stressnivå.

### *3.8.5 Att skapa tillit, trygghet och rutiner*

För många berörda familjer är måltiden en sårbar situation och det är inte ovanligt att både föräldrar och barn känner oro och olust över att utomstående bevittnar deras tillkortakommanden. Föräldrarna känner sig många gånger misslyckade och risken finns att behandlarnas närvaro uppfattas som en form av övervakning. Det är därför av största vikt att behandlarna visar familjen stor respekt när de deltar i en familjemåltid.

Initialt kan föräldrarna känna sig osäkra på om det alls är möjligt att förmå barnet att äta. I dessa fall behöver behandlarna visa förståelse för föräldrarnas oro, men samtidigt göra dem trygga i att uppgiften är genomförbar. Att återmata ett svältande barn kan innebära att föräldrarna behöver hantera ett barn de inte känner igen, ett barn som betar sig på sätt som det tidigare aldrig har gjort. Detta ställer höga krav på föräldrarnas förmåga att gå utanför de föräldrastrategier de vanligtvis använder.

För att underlätta för föräldrarna brukar en uppsättning regler upprättas. Föräldrarna tillagar och lägger upp mat åt barnet och har sedan ansvar för att barnet skall äta upp sin mat inom en angiven tid, vanligen 30 minuter. Behandlarna finns med som stöd för att portionen skall vara tillräcklig liksom för att hjälpa föräldrarna att uppmuntra barnet att äta upp inom angiven tid; om barnet inte klarar detta ersätts måltiden med näringsdryck. Detta görs enligt ett standardförfarande eller i enlighet med ordination från dietist.

Om barnet är i påtaglig svält och inte klarar av att ta näringsdryck kan det i vissa fall bli aktuellt med sondmatning och ibland finns behov av tvångsvård. Denna bedömning görs av läkare. Vid behov av sondmatning sker detta på Barn- och ungdomsmedicinska avdelningen. Om barnet behöver sondmatas flera gånger sätts och dras sonden vid varje måltid som en markering om att sondmatningen är en tillfällig nödhandling under en begränsad tid och inte ett enkelt sätt för barnet att slippa äta. Det signalerar också att barnet får en ny chans att lyckas äta nästa måltid, även om den föregående blev för svår. Sondmatning är en kortvarig insats och så snart den är genomförd återvänder familjen till lägenheten för fortsatt lägenhetsbehandling.

Under tiden i behandlingslägenheten kan familjen ta emot besök av anhöriga och vänner. Barn och syskon kan ha kontakt med kompisar och kanske finns någon far- eller morförälder eller en nära vän till familjen som kan vara med barnet medan föräldrarna gör något på tu man hand. Efter överenskommelse kan föräldrarna gå på promenader eller delta i enhetens föräldragrupp medan behandlarna är tillsammans med barnet. Familjen har även möjlighet att på kvällar och i samband med permissioner hitta på aktiviteter eller åka på utflykter som inte är fysiskt krävande för barnet.



### *3.8.6 Förberedelser för en återgång till ett normalare vardagsliv*

Även om behandlare under tiden för lägenhetsbehandling är närvarande varje dag och hjälper familjen att hantera ätstörningen är det centralt att föräldrarna ges både verktyg och incitament att behålla ansvaret. Stort fokus läggs på att utveckla familjens egen förmåga att hantera sjukdomen och att skapa förutsättningar för familjerna att kunna vidmakthålla genomförda förändringar vid hemkomsten. För att ge familjen möjlighet att öva på utmanande situationer utan närvaro av behandlare, innan behandlingen avslutas, planeras hempermissioner in. Ibland infaller den första hempermissionen redan det första veckoslutet medan den i andra fall kommer först efter två-tre veckor. I de fall permission inte ges över helger erbjuds andra lösningar, vanligen inläggning på medicinsk eller psykiatrisk slutenvårdsavdelning, eftersom behandlare i Ätstörningsteamet inte är i tjänst under helger.

Om det uppstår situationer i hemmet som familjen har svårt att reda ut på egen hand, exempelvis att barnet vägrar äta en viss måltid, är detta något familjen kan arbeta med tillsammans med behandlare under lägenhetsbehandlingen. Först efter att familjen haft en fungerande hempermission under ett antal sammanhängande dagar sker utskrivning från lägenhetsbehandlingen. Denna vetskap utgör en trygghet för familjen och minskar oron över att skrivas ut innan de är redo att hantera situationen på hemmaplan.

Efter utskrivning fortsätter familjen i öppenvårdsbehandling. Vid de lägenhetsbehandlingar som hittills bedrivits har behandlarna från lägenheten i samtliga fall fortsatt som behandlare i öppenvård, men andra lösningar är möjliga. Vid behov kan en kortare ”booster-period” i behandlingslägenheten erbjudas.



*Bild 1: Köket i lägenheten.*

## 4 Tidigare forskning

### 4.1 Sökning av tidigare forskning

För att hitta tidigare forskning har sökningar gjorts på Google Scholar samt Göteborgs universitets databaser Scopus och PsycInfo. Tabell 1 åskådliggör de olika sökordskombinationerna samt antalet träffar för respektive databas. Även om vissa sökordskombinationer gav en mängd träffar visade sig antalet användbara träffar vara mycket begränsat. De användbara artiklar som påträffades gav dock i viss mån nytt material genom sina referenslistor. Sammantaget har forskningen inom området visat sig vara begränsad, det gäller inte minst kvalitativa studier.

Sökordskombination	Google Scholar	Scopus	PsycInfo
“eating disorder” +treatment +”in-patient” +parent +experience	4050	7	3
“eating disorder” +treatment +”higher level of care” +parent +experience	395	0	0
“eating disorder” +”family based treatment” +”in-patient” +parent +experience	406	0	0
“eating disorder” +”family based treatment” +”higher level of care” +parent +experience	156	0	1
"anorexia nervosa" +treatment +”in-patient” +parent +experience	4030	5	0
"anorexia nervosa" +treatment +”higher level of care” +parent +experience	305	1	1
"anorexia nervosa" +”family based treatment” +”in-patient”	710	12	4
"anorexia nervosa" +”family based treatment” +”higher level of care”	243	14	3
“anorexia nervosa” +”family based treatment” +”in-patient” +parent +experience	416	0	0
“anorexia nervosa” +”family based treatment” +”higher level of care” +parent +experience	153	1	1
“anorexia nervosa” +”family treatment apartment”	5	1	1

Tabell 1. Sökordskombinationer samt antalet träffar för respektive databas vid sökning av tidigare forskning.

### 4.2 Faktorer som har inverkan på behandlingsutfall

Även om FBT i öppenvård är den behandlingsmodell som hittills påvisat bäst resultat för behandling av barn och ungdomar med AN ger den inte alltid önskad effekt. Faktorer som visat sig ha en positiv inverkan på behandlingsutfallet är bland andra kort sjukdomshistoria innan påbörjad behandling, lägre vikttapp innan påbörjad behandling samt avsaknad av komorbiditet, dvs. ingen ytterligare sjukdom, hos patienten (Wallis m.fl., 2013). Annan ätstörningsbehandling innan FBT samt slutenvårdsbehandling innan familjeterapeutisk behandling har visat sig utgöra predikat för sämre utfall. Familjefaktorer såsom hög nivå av föräldrakritik eller högt EE (expressed emotion, se bilaga 2) ökar risken för att behandlingen skall avslutas i förtid, medan fullt föräldransvar för barnets mat avseende matval, matmängder och förberedelser av måltider ökar chanserna för ett gott behandlingsresultat (Wallis m.fl., 2013).

### 4.3 Kvantitativa studier av familjebaserade interventioner vid slutenvård

Huvuddelen av den forskning som påträffades gällande introducering av familjebaserade interventioner vid slutenvårdsinläggningar av patienter med restriktiva ätstörningar var kvantitativa studier som hade undersökt olika former av behandlingsutfall. Spettigue m.fl. (2019) jämförde vikt, BMI och psykologiska hälsoindikatorer vid behandlingsstart och behandlingsavslut medan Matthews m.fl. (2019) jämförde vikt och föräldrars egenmakt mellan en grupp som erhållit familjebaserad slutenvårdsinläggning och en grupp som erhållit traditionell slutenvårdsinläggning. Tre nordiska studier påträffades. Den första är utförd av Fjelkegård m.fl. (2020). Studien jämförde familjebaserad slutenvårdsinläggning med slutenvårdsinläggning på sedvanlig ätstörningsavdelning gällande inläggningstid och återinskrivningar efter avslutad inläggning. Den andra nordiska studien är utförd av Halvorsen m.fl. (2017). Forskarna genomförde en uppföljningsstudie 4,5 år efter inläggning på en familjebaserad slutenvårdsavdelning gällande vikt, BMI och ätstörningssymtom. Den tredje nordiska studien, utförd av Wallin och Holmer (2021), jämförde kort- respektive långtidsutfall för ungdomar som behandlats tillsammans med sin familj i familjebehandlingslägenhet (FTA) i Lund med ungdomar som har varit inlagda på sedvanlig slutenvård vid Malmö Barn- och ungdomspsykiatriska avdelningen.

Samtliga nämnda studier gällande införandet av familjebaserade interventioner vid slutenvårdsinläggningar av patienter med restriktiva ätstörningar påvisade goda resultat av de undersökta parametrarna.

### 4.4 Kvalitativa studier av familjebaserade interventioner vid slutenvård

Endast två kvalitativa studier gällande familjebaserade interventioner vid slutenvård har hittats, vilka redovisas nedan.

#### 4.4.1 *Family Admission Program i Sydney*

Vid Ätstörningsenheten i Sydney, Australien, finns behandlingsmodellen Family admission program (FAP), vilken möjliggör en intensifierad behandling i hemlik miljö (Wallis m.fl., 2013). En del av en sjukhusavdelning har byggts om till en lägenhet där ungdomen och dennes familj får bo i två veckor innan övergång till FBT-behandling i öppenvård. Under tiden i lägenheten deltar familjen i en koncentrerad form av familjebaserad behandling, FBT, med tillägg av skraddarsydda insatser anpassade efter familjens behov, till exempel stöd att hantera ångest eller stöd vid måltid. Programmet, som kombineras med samtalsessioner i olika konstellationer, är utformat som ett steg ner från vanlig slutenvård eller ett steg upp från FBT i öppenvård. Ett multidisciplinärt team finns för att säkerställa medicinskt och psykologiskt stöd. Programmet riktar sig till familjer som svarar dåligt på sedvanlig FBT-behandling till följd av komplex familjedynamik, sjukdomens svårighetsgrad eller pga. att familjen bor långt från behandlingsorten (Wallis m.fl., 2013).

Fink m.fl. (2017) genomförde en kvalitativ studie av FAP med såväl en narrativ som en fenomenologisk del i syfte att undersöka patienters och familjers upplevelse under behandlingen. Detta dubbelmetodologiska tillvägagångssätt möjliggjorde triangulering av data, där fenomenen i fråga kunde studeras via mer än en metodik och därmed stärka tillförlitligheten hos observerade resultat (Fink m.fl., 2017).

Den narrativa delen genomfördes med 10 familjer efter att de hade slutfört FAP för att bedöma och utforska den roll som familjen tillskrev programmet i återhämtningsprocessen (Fink m.fl., 2017). De drabbade ungdomarnas åldrar varierade från 12 år till 16 år. Familjerna intervjuades mellan 6 och 10 månader efter att de avslutat FAP. Analysen visade att familjemedlemmarnas reflektioner gällande FAP:s roll belyste en gemensam uppsättning erfarenheter som kunde konceptualiseras i fem dominerande teman, från insjuknande till återhämtning:

1. *Gradvis intensifiering av AN:* I majoriteten av familjerna rapporterade föräldrarna att de blev förvånade över allvaret och den snabba eskaleringen av deras barns ätstörningssymtom och nästan alla familjer rapporterade en lång period av att själva ha försökt lösa sjukdomen, med liten framgång (Fink m.fl., 2017). Oförmågan att begränsa den ökande intensiteten av AN-symtom ledde till att föräldrarna så småningom sökte mer specialiserad hjälp.
2. *Sprickbildning inom familjen:* Alla deltagare rapporterade ökad belastning inom familjen när det drabbade barnet kämpade med stigande intensitet av AN (Fink m.fl., 2017). Inom föräldradelsystemet fanns det ofta en splittring mellan föräldrarna angående allvaret i sjukdomen, vilket fick dem att känna sig alltmer främmande för varandra, särskilt i inställningen till hantering och behandling av ätstörningen.
3. *Uppnådd krispunkt:* Effekten av den belastade situationen i familjen i kombination med eskalerande ätstörning hos barnet resulterade i upplevelsen av uppnådd krispunkt (Fink m.fl., 2017). Vid denna tidpunkt kände familjerna att de hade uttömt alla möjliga behandlingsalternativ, vilket fick dem att acceptera FAP.
4. *Erfarenheter under FAP:* Alla familjer beskrev FAP:s tvåveckorsperiod som mycket intensiv (Fink m.fl., 2017). Att komma ansikte mot ansikte med den fulla omfattningen av beteenden i samband med AN innebar också att familjemedlemmarna för första gången såg svårighetsgraden av sjukdomen på samma sätt. Detta fungerade förenade, inte bara i förståelsen för vad AN var och hur det hade påverkat deras familj, utan gav dem också en gemensam erfarenhet av att hantera sjukdomen. Detta möjliggjorde att de klyftor som hade utvecklats i olika familjerelationer kunde börja överbryggas.
5. *Pågående återhämtningsprocess:* Tiden efter deltagandet i FAP kännetecknades av en gradvis rörelse bort från AN (Fink m.fl., 2017). Familjerna beskrev återhämtning som en pågående process som de fortfarande arbetade mot (en som inkluderade hantering av både psykisk hälsa och AN-relaterade problem), snarare än ett stadium där de hade kommit fram.

En tolkande fenomenologisk analys (IPA), utförd både före och efter genomgången program, gjordes med 4 familjer och deras behandlare (Fink m.fl., 2017). Syftet med den andra delen av studien var att uppnå en mer detaljerad analys av familjernas realtidsupplevelser under tiden de genomgick FAP, och sedan jämföra deras realtidsreflektion med de kliniska observationer och tankar som deras behandlare hade. En av de drabbade ungdomarna var 12 år, övriga ungdomar var 15 år. IPA lyfte fram sex huvudteman som sammanfattade familjernas och behandlarnas mål för att delta i programmet, liksom deras slutliga utvärderingar av programmets effekter och resultat. De tre första temana rör tiden innan behandling och de tre senare temana rör erfarenheter efter behandling:

- 1) *Komplexitet som krävde FAP:* Innan programmet påbörjades talade både familjer och kliniker om komplexitet i ungdomens sjukdom samt familjesammanhang (såsom avlägsen bostadsplats och/eller icke-intakt familjestruktur) som primära skäl för familjens övervägande om FAP (Fink m.fl., 2017).
- 2) *Familjens hopp om förändring:* Familjernas skäl för att delta i programmet återspeglade deras förhoppningar om att förbättra sina chanser att förändras, inte bara när det gäller ätstörningssymptom, utan också avseende en bredare förändring hos ungdomen och familjen (Fink m.fl., 2017). Familjerna såg FAP som ett övergångssteg som kunde hjälpa dem att känna sig mer skickliga och förberedda på att utmana sjukdomsbeteenden innan de återvände hem.
- 3) *Behandlarnas behov av ytterligare bedömning:* Behandlarna såg behov av ytterligare bedömning av familjen, innan öppenvårdsbehandling kunde påbörjas (Fink m.fl., 2017).

- 4) *Ändring i förhållande till AN:* För majoriteten av deltagarna tillfredsställdes deras ursprungliga förväntningar och önskemål om förändring efter FAP (Fink m.fl., 2017). I de resultat som beskrivs av deltagarna skildras en övergripande förändring i hur familjen närmade sig AN och den situation familjen befann sig i, snarare än en förändring av själva sjukdomen.
- 5) *Förändringar i familjen:* Både behandlare och familjer observerade förändringar i hur familjemedlemmar såg och relaterade till sjukdomen, särskilt gällde detta föräldrar som upplevde mer självförtroende och effektivitet gällande förmågan att hantera ungdomens ätstörningsbeteenden (Fink m.fl., 2017). Observerade förändringar rörde också en större förståelse för vad pågående FBT i öppenvård skulle innebära. Förändringar i familjens funktion och interaktionsdynamik noterades också av både behandlare och familjemedlemmar, främst när det gällande hur familjemedlemmar relaterade till och kommunicerade med varandra, samt det sätt på vilket familjen omorganiserade sig mot AN.
- 6) *Förändringar i ungdomen:* För tre av de fyra familjerna sågs någon form av bredare förändring inom tonåringen och dennes beteende och personlighet (Fink m.fl., 2017). Detta observerades antingen genom hur tonåringen relaterade till och engagerade sig i resten av familjen, eller i deras beteende och ångest inför måltider.

Resultaten från IPA påvisade två faktorer som konsekvent hade noterats i samtliga fyra fall och som bedömdes som erforderliga för de observerade resultaten i slutet av FAP:

- a) *Intensitet:* Den höga frekvensen av sessioner och eget boende i lägenhet sågs öka behandlingsintensiteten på ett positivt sätt (Fink m.fl., 2017). Deltagarna förklarade att det ökade antalet sessioner under den korta tvåveckorsperioden möjliggjorde fler chanser än normalt att diskutera och arbeta igenom familjefrågor som annars skulle ha lagts åt sidan i processen med återmatning av ungdomen.
- b) *Närhet till stöd:* Närheten till sjukhusstöd, inklusive stöd från sjukhusets akutavdelning efter kontorstid, gjorde det möjligt för föräldrarna att få en mer omfattande uppfattning om hela utbudet av strategier och resurser som fanns och kunde användas vid behov (Fink m.fl., 2017). Föräldrar noterade att denna närhet fick dem att känna sig tillräckligt säkra för att våga genomföra strategier som de annars skulle ha känt var för riskabla eller extrema att hålla fast vid i hemmet.

Resultaten från studien indikerade att i de fall där familjen var splittrad till följd av ätstörningen erbjöd FAP en möjlighet till relationell förstärkning och återförening, vilket gav en starkare grund för FBT i öppenvård (Fink m.fl., 2017). Författarna drar slutsatsen att ett program som FAP kan ge en högre nivå av terapeutisk intensitet och att närheten till professionellt stöd kan vara avgörande för resurssvaga familjer, för familjer under relationell press och för familjer som befinner sig i en krissituation.

#### 4.4.2 *Eating Disorder Unit i Oslo*

Nilsen m.fl. (2021) har genomfört en studie gällande familjemedlemmars reflektioner om ett familjebaserat slutenvårdsprogram vid Enheten för ätstörningar (EDU) i Oslo, Norge. Slutenvårdsprogrammet, Regional Departement for Eating Disorder, har tidigare studerats med ett kvantitativt upplägg (Halvorsen m.fl., 2017). Studien av Nilsen m.fl. (2021) är genomförd av samma forskarlag och kompletterar den kvantitativa studien. I programmet kan upp till fem familjer behandlas samtidigt. Kärndragen i programmet – stöd att underlätta föräldrarnas egenmakt under behandlingen, externalisering av ätstörningen samt ett icke-klandrande/icke-auktoritärt terapeutiskt förhållningssätt – känns igen från Maudsley-sjukhuset där den familjebaserade öppenvårdsbehandlingen (FBT) utvecklades. Slutenvårdsprogrammet

motsvarar den första fasen i poliklinisk FBT där huvudsyftet är att möjliggöra symtomförbättring vid AN. I motsats till poliklinisk FBT har behandlarna vid EDU sista ordet gällande måltiderna vid inläggningarna. Denna beslutsprocess görs vanligtvis i nära samarbete med föräldrarna. Under senare faser av sjukhusvistelsen flyttas fokus gradvis mot att uppmuntra tonåringen att ta ett större ansvar för att äta, med fortsatt tillsyn av föräldrarna. Programmet inkluderar föräldrasamtal, familjesamtal och ibland individuella samtal med den drabbade tonåringen (Nilsen m.fl., 2021).

Studien var en kvalitativ deskriptiv studie och utgjorde en del av en större studie som undersökte olika aspekter relaterade till det familjebaserade slutenvårdsprogrammet vid EDU (Nilsen m.fl., 2021). Undersökningen tittade på efterbehandlingsperspektiv från åtta tidigare patienter och deras familjemedlemmar (8 tidigare patienter, 14 föräldrar och 10 syskon). Medelåldern hos ungdomarna vid antagning var 15 år (intervall: 12 – 18) och medelåldern vid uppföljning var 19 år (intervall: 16 – 21). Alla respondenter deltog i behandlingsprogrammet vid EDU mellan 2008 och 2014. Genomsnittlig vistelsetid på EDU var 21,4 veckor.

En tematisk struktur med 5 huvudteman fångade upp 14 underteman (Nilsen m.fl., 2021). Under analysen hittades inga bevis för en gemensam familjeberättelse inom det aktuella urvalet. I stället för att konstruera "en gemensam familjeberättelse" eller kartlägga teman på "familjenivå" tolkades det som att deltagarnas perspektiv främst påverkades av både positionen i familjen (dvs. på individnivå eller mellan individnivå) och vad som uppfattades som förhållandet till ätstörningen.

- 1) *Huvudtema 1. Förväntningar och värdering av behov. Att komma in i behandlingen från olika utsiktspunkter:* Detta huvudtema återspeglade perspektivet att unga personer med AN och deras familjemedlemmar gick in i behandlingen från mycket olika utgångspunkter (Nilsen m.fl., 2021). Denna variation tolkades övervägande som beroende av roller och ansvar vid tidpunkten för antagningen till programmet, tillsammans med vad som uppfattades som förhållandet till ätstörningen. Underteman: "Vi behövde en time-out": föräldrar uppskattar intagningen i programmet som en välbehövlig omstart för familjen; från opposition till insikt om att "något måste hända"; erkännandet kommer som en överraskning.
- 2) *Huvudtema 2. Interaktioner med kamrater under antagning som mycket fördelaktiga eller problematiska:* Detta huvudtema fångade deltagarnas syn på att bli antagen till en behandlingsmodell där de hade möjlighet att interagera med andra familjer (Nilsen m.fl., 2021). Gemensamt för alla deltagare var att det i och med antagningen till detta behandlingsprogram var första gången de behandlades tillsammans med andra familjer. Underteman avslöjade att interaktioner med andra familjer betraktades som antingen övervägande fördelaktiga (undertema 1) eller problematiska (undertema 2). Underteman: Delning, lärande och erkännande av sig själv i den andra; kamratinteraktioner som problematiska: ökat tryck och symtomsmitta.
- 3) *Huvudtema 3. Perspektiv på personalens kompetens och EDU:s struktur:* Både föräldrar och syskon uttryckte att möjligheten att interagera med och få stöd från erfaren personal inom en strukturerad behandlingsmodell var till nytta för att förstå ätstörningen, stärka föräldraauktoriteten och återupprätta normaliserade måltidsrutiner (Nilsen m.fl., 2021). Flera betonade också att EDU-strukturen och personalens expertis var avgörande faktorer som möjliggjorde viktökning och förbättring av ätstörningssymtom. Slutligen fångade detta huvudtema också att även om personalens sakkunskap och EDU:s struktur över lag betraktades som fördelaktiga (särskilt uttryckta av föräldrar), kunde vissa aspekter tolkas som att ätstörningssymtomen i vissa fall oavsiktligt upprätthölls. Underteman: Förbättrad



förståelse för ätstörningen och insikt i de unga patienternas utmaningar; stärkt föräldraauktoritet och återupprättande av normaliserade måltidsrutiner; möjliggörande av nödvändig viktåterhämtning; den oavsiktliga faran i att behandling håller föräldrarna i en åskådarposition.

- 4) *Huvudtema 4. Påverkan på relationer inom familjen:* Detta huvudtema fångade kontrasterande åsikter om att behandlingen uppfattades som stödjande och stärkande inom familjerelationer, medan andra såg den som upprätthållande av eller ökande familjesplittring (Nilsen m.fl., 2021). Underteman: Stärkande av relationer inom familjen; potentialen att bibehålla eller öka fragmenteringen.
- 5) *Huvudtema 5. Att bli antagen är i bästa fall bara halva jobbet. Reflektioner om att lämna EDU:* Detta huvudtema fångade insikter om att utskrivning från EDU inte innebar slutet på livet med ätstörning, eller ens kunde betecknas som slutet på behandlingen, vilket några av familjemedlemmarna initialt kunde ha förväntat sig eller hoppats på (Nilsen m.fl., 2021). Även om många betraktade flera aspekter av sjukhusvistelse som fördelaktiga, både för sig själva och sin familj, var det tydligt att utskrivning från EDU i bästa fall bara representerade halva jobbet. Underteman: Lämna EDU medan ätstörningen fortfarande är ombord; att återvända dit där det inte fungerade från början; för syskon innebar utskrivningen från EDU att lämna behandlingen för gott: om att kräva bättre syskonengagemang.

Resultatet visade att deltagarnas syn på behandlingen varierade. Forskarna drar slutsatsen att deltagarnas roll i familjen liksom förhållandet till akutmottagningen hade betydelse för synen på behandlingen (Nilsen m.fl., 2021).

## 5 Den salutogena teorin

Närstående till personer som är drabbade av ätstörning upplever många gånger att det stöd de själva blir erbjudna av vården är otillräckligt eller obefintligt, trots att de som närstående många gånger förväntas utföra "behandlingen" i hemmet (Levallius, 2023). Till anhörigomsorg finns både positiva upplevelser och negativa konsekvenser kopplade, där såväl fysiska och psykiska besvär som förtida död hör till de negativa konsekvenserna (Socialstyrelsen, 2021; Socialstyrelsen, 2014). I detta kapitel beskrivs den salutogena teorins förklaringsmodell till varför människor i olika grad drabbas av psykiska och fysiska besvär kopplade till stressorer i tillvaron samt varför människor har olika förmåga att återhämta sig efter sjukdom eller belastande situationer.

Salutogenes betyder *hälsans ursprung* och är ett begrepp som har blivit alltmer relevant inom hälsopsykologin under de senaste decennierna. Den salutogena teorin utvecklades av den amerikansk-israeliska professorn Aaron Antonovsky under 1980-talet sedan han i en studie undersökt en grupp överlevande kvinnor från koncentrationsläger som bedömdes vara vid tillfredsställande psykisk hälsa (Antonovsky, 2005). Antonovsky blev nyfiken på faktorerna bakom hur vissa människor som genomlevt fasor trots allt kunde ha en tillfredsställande psykisk hälsa, medan andra utvecklar sjukdom och inte återhämtar sig lika snabbt. Teorin om salutogenes är ett alternativ till den traditionella patogenetiska modellen, vilken fokuserar på att förklara varför människor blir sjuka (Antonovsky, 2005).

Då salutogenes beskriver en process som fokuserar på faktorer som främjar hälsa snarare än att endast hantera sjukdom kan individen själv ha en aktiv roll i sin hälsa och livskvalitet (Antonovsky, 2005). Hälsa och sjukdom ses som två motstående poler eller två sidor av samma mynt. En människas hälsa beror alltså inte enbart på frånvaron av sjukdom utan också på faktorer som stärker förmågan att hantera stressfyllda situationer. Hälsa – sjukdom ses som en

dynamisk process, snarare än ett statiskt tillstånd, och kan påverkas positivt genom känslan av sammanhang (Antonovsky, 2005).

Känsla av sammanhang (KASAM) är en central del av salutogenes-teorin och beskriver en persons förmåga att förstå, hantera och finna mening i olika livssituationer. Begreppet kan förklaras som en upplevelse av att livet har en struktur, att det finns en mening med det som sker och att man har resurser att hantera svåra situationer. En person med hög KASAM upplever en större känsla av sammanhang i livet, vilket kan bidra till ökad hälsa och välbefinnande. En hög KASAM kan fungera som en skyddsfaktor mot sjukdom samt hjälpa till att främja hälsa och återhämtning efter sjukdom (Antonovsky, 2005).

Antonovsky (2005) anger att KASAM består av tre olika delar:

*Begriplighet* handlar om att kunna förstå och tolka de olika livshändelser som man upplever. En person med hög KASAM har lättare att förstå varför saker och ting händer, kan se sammanhang mellan olika händelser och har förmåga att sätta sig in i situationen (Antonovsky, 2005). Tillvaron uppfattas som någorlunda förutsägbar, men om/när oförutsägbara händelser inträffar har personen förmåga att handskas med dessa och kan sedan förstå dem i efterhand.

*Hanterbarhet* handlar om att kunna hantera svåra situationer och stress. En person med hög KASAM känner sig kapabel att möta de svårigheter den ställs inför och att hitta lösningar på dessa (Antonovsky, 2005). Genom förmågan hantera kriser skapas känslan av att vara agent och inte ett offer.

*Meningsfullhet* handlar om delaktighet och att kunna finna mening och syfte med det som sker. En person med hög KASAM upplever att det som händer i livet ger en djupare mening med tillvaron (Antonovsky, 2005). Att känna mening med det som sker gör en människa mer motiverad. Meningsfullhet är kopplat till personliga värderingar och mål och insikt om att tacklandet av problem kan skapa personlig utveckling.

Ett annat centralt begrepp i den salutogena teorin är *generella motståndsresurser* (GMR) (Antonovsky; 2005). GMR är faktorer som ger styrka att klara de stressorer en människa utsätts för och kan beskrivas som de resurser som finns tillgängliga för individen. Resurserna kan handla om ekonomisk trygghet, intelligens, socialt stöd, självkänsla, hälsosamma levnadsvanor samt tillit till samhällets institutioner. Genom dessa resurser kan individen hantera stress bättre och få en bättre hälsa. En viktig aspekt av GMR är att resurserna är generella och kan användas för att hantera olika typer av stressorer. En individ som har tillgång till ekonomisk trygghet kan med hjälp av detta bättre hantera sjukdom eller förlust av arbete. Dessa resurser kan också bidra till en ökad känsla av sammanhang, då individen känner sig mer integrerad i samhället (Antonovsky, 2005).



## 6 Metod

### 6.1 Procedur och urvalsförfarande

Deltagarna i studien valdes utifrån ett ändamålsenligt urval. Ändamålsenligt urval är baserat på uppställda kriterier med syftet att generera insikt och djup förståelse för det studerade området (Braun & Clark, 2013). Urvalsmetoden innebär att deltagarna väljs utifrån att de förväntas kunna tillhandahålla informationsrik data.

Sedan familjebaserad ätstörningsbehandling i behandlingslägenhet i Östersund startade i sin nuvarande form 2019 har tio familjer erhållit behandlingen. En familj har erhållit lägenhetsbehandling i två omgångar, vilket innebär att behandlingen har genomförts vid elva tillfällen. Sammanlagt har sju föräldrar erhållit lägenhetsbehandling tillsammans med sitt barn; nio pappor och åtta mammor.

Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (SFS 2008:355). För tre familjer var kontakten med Barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten helt avslutad och då det inte fanns någon pågående behandling var det enligt Patientdatalagen därmed inte möjligt att gå in i patientjournal för att söka kontaktuppgifter till dessa föräldrar. I en av de avslutade familjerna hade dock mamman lämnat kontaktuppgifter till de tidigare behandlarna och uttryckligen sagt att hon kunde tänka sig att bli kontaktad om det av någon orsak fanns skäl till detta. Denna mamma kontaktades av Ätstörningsteamets teamledare och tillfrågades om att medverka i studien. Teamledaren erhöll ett informationsbrev att förmedla till mamman (bilaga 4). Brevet redogjorde för syftet med studien, beskrev etiska riktlinjer om frivilligheten att medverka, innehöll praktisk information om intervjuförfarandet samt kontaktuppgifter.

I två av de sju familjer som fortfarande hade kontakt med Barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten har författaren varit en av två huvudbehandlare. För att minska risken att föräldrar från dessa familjer skulle känna en press att "frisera" eller anpassa sina svar beslutades att dessa föräldrar skulle undantas från studien.

När avslutade familjer och familjer där författaren varit en av huvudbehandlarna för lägenhetsbehandlingen hade undantagits återstod nio föräldrar från fem familjer. Aktuella behandlare i dessa fem familjer erhöll informationsbrevet att lämna till berörda föräldrar i samband med att föräldrarna tillfrågades om att medverka i studien. Totalt lämnades eller mailades åtta informationsbrev ut.

Sammanlagt tillfrågades föräldrar från sex olika familjer. De totalt sju föräldrar som tackade ja till att medverka i studien tog själva kontakt eller gav tillstånd till den som förmedlat informationsbrevet att lämna ut deras kontaktuppgifter. Tid för intervju bokades via mail eller telefon, beroende på vilket kontaktsätt respondenten önskade.

### 6.2 Undersökningsgrupp

Samtliga föräldrar i studien har ett barn som kliniskt hade diagnostiserats med en ätstörningsdiagnos. Deltagarna i studien består av fem mammor och två pappor och är föräldrar till fem olika barn. Ett föräldrapar var separerade och under behandlingsperioden deltog de i lägenhetsbehandlingen varannan vecka. I en av familjerna deltog enbart den ena föräldern i lägenhetsbehandlingen. I samtliga familjer fanns syskon, men syskon medverkade inte alls i behandlingen eller endast i ringa omfattning. Åldrarna på barnen vid tiden för lägenhetsbehandlingen varierade, från 11 år till 15 år.

I tre fall hade lägenhetsbehandlingsperioden föregåtts av en period inom medicinsk slutenvård och i två fall hade lägenhetsbehandlingen inte föregåtts av någon ätstörningsbehandling i öppenvård utan lägenhetsbehandlingen var den första insatsen från Ätstörningsteamet. Behandlingarna för de olika familjerna genomfördes mellan åren 2019 – 2023 och behandlingstiden varierade mellan 5 – 8 veckor. Efter avslutad lägenhetsbehandling övergick samtliga familjer till FBT-behandling i öppenvård.

### 6.3 Insamlingsmetod

Studiens syfte var att undersöka föräldrars upplevelse av lägenhetsbehandling vid ätstörning tillhandahållen av Ätstörningsteamet vid Barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i Östersund för att få kunskap om huruvida behandlingsinsatsen bör modifieras för att bättre motsvara familjernas behov, och i så fall på vilket sätt. För att uppnå syftet och besvara frågeställningarna bedömdes en kvalitativ studie med semistrukturerad intervju vara en lämplig metod. En semistrukturerad intervju innebär att ett antal frågor är utformade i förväg, men det ges också möjlighet att ställa följdfrågor som inte är preciserade på förhand (Kvale & Brinkman, 2014). Ordningen på intervjufrågorna kan skifta mellan olika intervjuer och de följdfrågor som ställs kan variera beroende på vad som bedöms vara relevant i stunden. Metoden gör det möjligt att omedelbart verifiera om de tolkningar av respondenternas berättelser som görs är korrekta, ett krav som Kvale och Brinkmann (2014) ställer på den ideala forskningsintervjun. För intervjuguide se bilaga 5.

Intervjuerna genomfördes under februari – april 2023. Två av intervjuerna genomfördes i ett samtalsrum i Ätstörningsteamets lokaler. Fyra intervjuer genomfördes via telefon och en intervju genomfördes på ett café som respondenten hade valt. Längden på intervjuerna varierade från drygt en timme till närmare två timmar. Sammanlagd intervjutid uppgick till drygt tio timmar. Samtliga föräldrar lämnade skriftligt godkännande om att intervjuerna fick spelas in för att underlätta transkribering och analys (bilaga 6).

### 6.4 Bearbetning av data

Insamlade data bearbetades genom konventionell kvalitativ innehållsanalys. Den kvalitativa innehållsanalysen är en systematisk metod för att omvandla en stor mängd text till en välorganiserad och kortfattad sammanfattning av nyckelresultaten (Erlingsson & Brysiewicz, 2017). Metoden erbjuder möjlighet att analysera manifest innehåll, vilket handlar om innehållsaspekten och är forskarens tolkning av de synliga, uppenbara komponenterna (Lindgren m.fl, 2020). Metoden möjliggör även analys av latent innehåll, vilket är en tolkning av textens underliggande betydelse. Vid analys av latent innehåll är tolkningen djupare och på en högre nivå än vid tolkning av manifest innehåll.

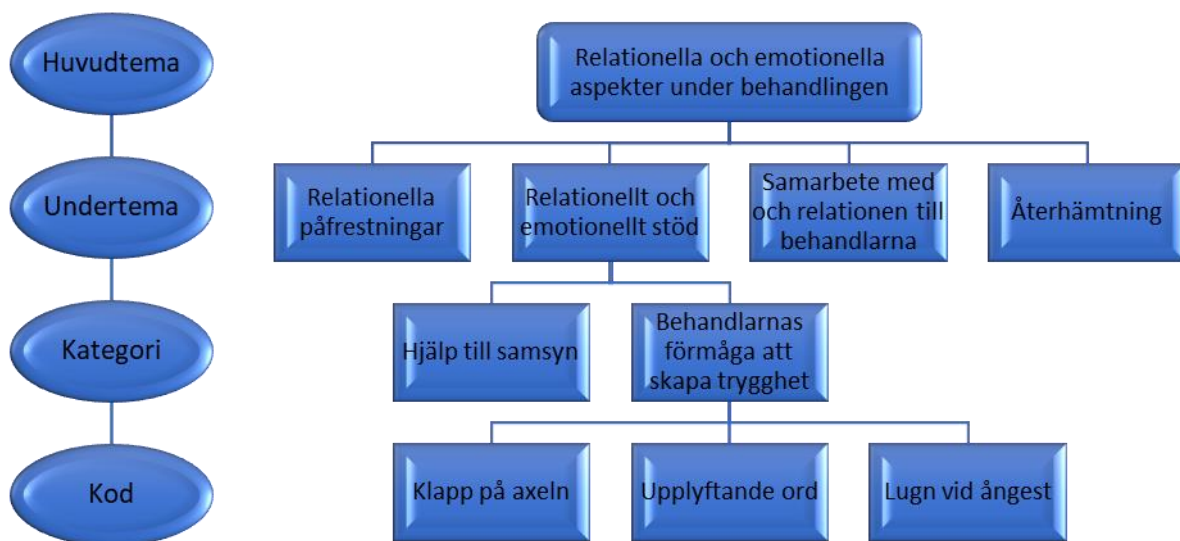
En induktiv ansats användes, vilket innebär en förutsättningslös analys av intervjumaterialet (Ahrne & Svensson, 2015). Bearbetningens fokus var att observera mönster i föräldrarnas upplevelser och erfarenheter av lägenhetsbehandling samt att söka efter likheter och skillnader i deras berättelser (Graneheim & Lundman, 2004).

Samtliga intervjuer spelades in på ljudfiler med mobiltelefon och transkriberades därefter i sin helhet. Transkriberingen av de sju intervjuerna resulterade i 125 sidor text. Bearbetning av materialet innehåller två delar, dels själva analysen, dels strukturering av analysen så att resultatet kan presenteras för läsarna (Dahlborg-Lyckhage, 2017). Bearbetningsprocessen följde de steg Graneheim och Lundman (2004) anger för kvalitativ innehållsanalys:

- Allt material lästes igenom vid flera tillfällen för att få en känsla för helheten.
- Meningar eller delar av meningar som innehöll aspekter av betydelse för frågeställningarna valdes ut, så kallade meningsbärande enheter. För att sammanhanget skulle framgå behölls delar av omgivande text.
- För att komprimera texten, men utan att innebörden gick förlorad, kondenserades de meningsbärande enheterna.
- Därefter kodades de kondenserade meningsbärande enheterna, vilka sedan grupperades in i kategorier. Kategorierna avspeglar det centrala budskapet i intervjuerna och utgör det manifesta innehållet.
- Slutligen formulerades teman. Tematiseringen är materialets latenta innehåll och handlar om relationella aspekter.

Även om beskrivningen tyder på att bearbetningen följer ett linjärt förlopp innebär en kvalitativ innehållsanalys en rörelse fram och tillbaka mellan helheten och delar av texten (Graneheim & Lundman, 2020). Figur 2 ger exempel på hur data sorterades i olika steg under bearbetningsprocessen.

Vid bearbetningen avidentifierades samtliga intervjuer. Namn på familjemedlemmar och behandlare samt andra specifika uttryck eller benämningar raderades för att inte röja identiteten på respondenter eller personer som förekom i intervjupersonernas berättelser.



Figur 2. Exempel på hur data sorterades under bearbetningsprocessen.

## 6.5 Tillförlitlighet

Forskningens tillförlitlighet är av yttersta vikt, och varje forskningsstudie måste bedömas utifrån de metoder som används för att generera resultaten. Inom kvantitativa studier utgör *validitet* och *reliabilitet* viktiga kriterier för att fastställa kvaliteten av en undersökning (Bryman, 2018). Gällande kvalitativ forskning förs diskussioner om att dessa bör bedömas utifrån andra kriterier än de som vanligtvis används av kvantitativa forskare. Två grundläggande kriterier för kvalitetsbedömning föreslås: *tillförlitlighet* och *äkthet* (Bryman, 2018). Äkthetskriteriet har dock inte fått något större genomslag och vilket inflytande det haft inom forskningen generellt är tvetydigt. För att bedöma en kvalitativ studies tillförlitlighet föreslås fyra delkriterier: *trovärdighet*, *pålitlighet*, *överförbarhet* samt *möjlighet att styrka och konfirmera* (Bryman, 2018). Graneheim och Lundman (2004) för ett resonemang kring de tre

första begreppen och menar att även om de särskiljs bör de betraktas som sammanflätade och ömsesidigt relaterade.

### *6.5.1 Trovärdighet*

I en kvalitativ studie handlar trovärdigheten om att tillse att forskningen har följt etablerade regler och att man har delgivit resultaten till de personer som utgör den sociala verklighet som studerats. På så sätt kan dessa personer bekräfta att forskaren har uppfattat verkligheten på ett korrekt sätt (Bryman, 2018). Vad gäller den aktuella studien kommer viktiga fynd att delges arbetsplatsen och återrapportering av resultaten till respondenterna kommer att ske genom att samtliga respondenter erhåller en kopia av uppsatsen så snart studien är slutförd och uppsatsen godkänd. Att respondenterna inte givits möjlighet att ta del av resultaten och därigenom beretts tillfälle att korrigera eventuella missförstånd beror på tidsbrist. Detta innebär naturligtvis att studiens trovärdighet sänks. Under intervjuerna ställdes dock regelbundet olika former av klargörande frågor för att minska risken för missuppfattningar.

### *6.5.2 Pålitlighet*

Pålitlighet innebär att forskarna intar ett granskande synsätt där de säkerställer att en fullständig och tillgänglig redogörelse skapas för alla aspekter av forskningsprocessen (Bryman, 2018). Detta inkluderar forskningsfrågor, urval av deltagare, beslut gällande dataanalys med mera. I föreliggande studie har huvudfokus varit att konsekvent följa syftet och besvara frågeställningarna. Ovan har beskrivning givits av vetenskapligt angreppssätt, teoretiskt utgångsläge och metodval. Nedan finns en diskussion rörande metodiken. Detta är försök att skapa transparens. Målet har varit att genomgående ge läsaren insikt i syftet med studien, hur datainsamlingen har genomförts, hur empirin har analyserats samt hur resultaten har formulerats i studien. En brist i undersökningen är att studien enbart har utförts av en person. Detta innebär minskad möjlighet att bolla studieupplägg, tankar, analys av resultaten samt ett allmänt kritiskt förhållningssätt. Som ensam forskare är det lätt att förhålla sig otillräckligt kritisk till de egna tankarna. En del åtgärder för att öka potentialen för ett granskande synsätt har dock gjorts. Under studiens gång har resonemang kring studieupplägg förts med handledare. Likaså har återkommande samtal med kollegor på arbetsplatsen förts. Flera kollegor har läst utkast till intervjuguide och beretts tillfälle att komma med synpunkter och kollegor har även läst delar av uppsatsen (bland annat avsnittet om lägenhetsbehandlingen) och därmed givits möjlighet att revidera och kommentera innehållet.

### *6.5.3 Överförbarhet*

Inom tillförlitlighet inkluderas även frågan om överförbarhet, vilket handlar om i vilken grad resultaten kan tillämpas på andra miljöer eller grupper (Graneheim & Lundman, 2004). Kvalitativ forskning involverar vanligtvis studier av en mindre grupp eller individer med gemensamma egenskaper och forskaren är oftare intresserad av nyanserade beskrivningar och en djupare förståelse av individuella betydelser och erfarenheter än av möjligheten att överföra resultatet till en större population (Bryman, 2018). Denna typ av studier har därför ofta kritiserats för att resultaten inte är överförbara till andra grupper eller situationer utan enbart gäller dem som ingått i studien (Ahrne & Svensson, 2015). Graneheim och Lundman (2004) menar att en utförlig och stark framställning av resultaten tillsammans med relevanta citat kommer att förbättra överförbarheten. Forskarna kan erbjuda förslag gällande överförbarhet, men i slutänden är det upp till läsaren att bedöma huruvida resultaten är tillämpliga på en annan kontext (Graneheim & Lundman, 2004). Gällande föreliggande studie görs försök att ge en utförlig och stark framställning av resultatet genom relevanta citat. Dock har studiens syfte endast varit att undersöka hur deltagande respondenter upplevt den aktuella behandlingsmodellen. Kunskapen är huvudsakligen lokal och det finns inga intentioner att resultatet skall vara överförbart och allmängiltigt. Trots detta är ändå förhoppningen att studien i viss mån skall kunna ge kliniker en ökad förståelse för hur föräldrar kan uppleva en

lägenhetsbehandling samt ge behandlare ökad insikt om hur stödet till berörda familjer skall kunna optimeras.

#### 6.5.4 *Möjlighet att styrka och konfirmera*

Forskare strävar efter att styrka och bekräfta sina resultat genom att vara medvetna om den brist på fullständig objektivitet som ofta förekommer inom samhällsvetenskaplig forskning (Bryman, 2018). Genom att sträva efter att agera med så stor ärlighet som möjligt kan forskare försöka säkerställa att de inte medvetet har låtit sina personliga värderingar eller teoretiska inriktning påverka utförandet och tolkningen av studien. Kvalitativa forskare erkänner dock att forskaren oundvikligen påverkar forskningsprocessen och den kunskap som produceras och de försöker därför maximera fördelarna med att engagera sig aktivt med deltagarna i studien (Braun & Clarke, 2013). Forskaren i den aktuella studien arbetar i Ätstörningsteamet på BUP, Östersund, och har varit med och byggt upp den studerade behandlingsmodellen. En utförligare reflektion kring detta ges nedan under rubriken *Förförståelse och reflexivitet*.

### 6.6 *Förförståelse och reflexivitet*

Goda förkunskaper inom det område som studeras är av betydelse för en bra forskningsintervju (Ahrne & Svensson, 2015). De fördomar eller den förförståelse om området som forskaren har består vanligen av egna erfarenheter, utbildningar eller annat vetenskapligt arbete (Holme & Solvang, 1991). Den subjektiva förförståelsen kan utgöra såväl hinder som en viktig pusselbit under forskningsprocessen och är omöjlig att frigöra sig ifrån. Det viktiga är att forskaren är medveten om sina fördomar och sin förförståelse och i möjligaste mån förhåller sig reflexivt till sin förförståelse och den kunskap som växer fram (Braun & Clark, 2013). Forskaren bör dessutom öppet och transparent redovisa sin förförståelse för att läsaren bättre skall kunna värdera innehållet (Cresswell & Poth, 2018).

Jag som genomfört denna studie är socionom och har arbetat inom socialt arbete sedan mitten av 1990-talet. I 16 år har jag arbetat på Barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i Östersund och i drygt 5 år har jag arbetat i Ätstörningsteamet. Utöver socionomutbildningen har jag bland annat studier i psykologi, grundläggande psykoterapiutbildning och flera utbildningar om ätstörning. För närvarande läser jag sista året på psykoterapeutprogrammet i Göteborg. Naturligtvis påverkar både mina studier och min kliniska erfarenhet min förförståelse om ämnet, studiens upplägg samt hur jag förhåller mig till den kunskap som produceras i denna studie. Jag har dessutom varit med vid utformandet samt arbetat med den behandlingsmodell som studien berör. Inte minst detta faktum skulle kunna påverka hur jag uppfattar föräldrarnas berättelser, liksom hur fria föräldrarna har känt sig att besvara ställda frågor. Under studien har det för mig varit viktigt att få ta del av föräldrarnas upplevelse av behandlingsmodellen, såväl positiva som negativa, utifrån ett genuint intresse för vad föräldrar som erhållit behandlingen har upplevt vara till hjälp och vad de har saknat. Detta för att få en uppfattning om huruvida behandlingsmodellen är till hjälp i kampen mot ätstörningen eller om den bör förändras. Intervjuguiden utformades därför på ett sätt så att det skulle vara möjligt att fånga upp både positiva erfarenheter och eventuellt missnöje med behandlingen. Upprepade genomläsningar av det transkriberade materialet har gjorts för att säkerställa att väsentligt innehåll inte skulle negligeras. Det är trots detta omöjligt att bortse från att en annan forskare skulle ha kunnat komma fram till ett annat resultat. Huruvida mina erfarenheter är till gagn eller till men för den genomförda studien är upp till läsaren att avgöra.



## 6.7 Metoddiskussion

### 6.7.1 Valet av semistrukturerad intervju

Valet av kvalitativ metod med semistrukturerad intervju motiveras av studiens syfte – att undersöka föräldrars upplevelse av att ha genomgått lägenhetsbehandling. Syftet med den kvalitativa intervjun är att få nyanserade beskrivningar från intervjupersonens levda vardag (Kvale & Brinkmann, 2014). Fokus under intervjuerna låg på deltagarnas upplevelser, tankar och känslor. Den semistrukturerade intervjun tillåter en flexibel och djupgående utforskning av deltagarnas erfarenheter och tankar kring behandlingen, vilket ger en möjlighet att låta respondenterna uttrycka sig fritt och kan leda till mer detaljerade svar än vad en strikt strukturerad intervju skulle ha kunnat åstadkomma (Bryman, 2018). Valet av intervjuform innebar att följdfrågor kunde anpassas baserat på föräldrarnas svar, vilket möjliggjorde en omfattande exploration av föräldrarnas upplevelser kring lägenhetsbehandlingens och ätstörningens inverkan på familjelivet. Det går dock inte att bortse från att intervjuarens närvaro kan påverka intervjusituationen och respondenternas svar. Detta kan leda till *social önskvärdhet* där respondenterna svarar på ett sätt de tror förväntas av forskaren (Bryman, 2018). Forskarens egna åsikter och attityder liksom icke-verbala signaler kan också påverka deltagarnas svar, vilket kan leda till snedvriden information.

En annan generell svaghet med kvalitativa semistrukturerade intervjuer är att de vanligen är tids- och resurskrävande att genomföra samt genererar en stor mängd data, vilket gör analysen komplex och tidskrävande (Bryman, 2018). Kvale & Brinkmann (2014) menar att det därför är av särskild betydelse att forskaren i dessa sammanhang är metodisk och noggrann för att identifiera mönster och teman i insamlade data. Trots att denna studie är liten har mycket tid åtgått och en mängd data har genererats. Ambitionen har varit att metodiskt och noggrant försöka identifiera mönster och teman. Det är dock inte osannolikt att andra mönster och teman hade kunnat identifieras om ytterligare tid funnits till förfogande, om studien utförts av två forskare eller om en helt annan forskare hade genomfört studien.

### 6.7.2 Val av intervjuplats

Att intervjuerna ägde rum på olika platser och genomfördes på olika sätt kan ha resulterat i variationer i kvaliteten på interaktionen mellan de olika intervjuerna. En intervju genomförd genom ett fysiskt möte underlättar för intervjuaren att uppfatta kroppsspråk och sinnesstämning hos respondenten och därmed anpassa frågorna efter vad som bedöms lämpligt. Eventuella missförstånd kan också lättare fångas upp och redas ut. Intervjuer via telefon medför större flexibilitet för respondenterna och deltagaren kan genom den mer anonyma formen känna sig friare att svara ärligt. En intervju via telefon är dock känslig för mottagning och ljudkvalitet på samtalet. En intervju genomförd i en allmän lokal såsom exempelvis ett café kan utgöra en barriär om andra människor befinner sig alldeles intill och kan tänkas överhöra intervjun. Intervjupersonen skulle i ett sådant fall kunna bli spänd och uppleva sig hindrad från att prata fritt. Samtliga intervjupersoner har själva valt intervjuplats, vilket får förmodas vara platser där respondenterna har kunnat känna sig trygga att fritt besvara ställda frågor.

### 6.7.3 Induktiv och tolkande ansats

En induktiv ansats valdes, vilket innebär att studien inte baseras på en förutbestämd teori (Ahrne & Svensson, 2015). Detta val gjordes för att låta undersökningen vara öppen för nya insikter och fenomen som tidigare inte hade identifierats i forskningen om ämnet. Metoden bedömdes vara lämplig eftersom tillgången på forskning om föräldrars upplevelse av lägenhetsbehandling för barn och ungdomar med ätstörning är begränsad. Den induktiva ansatsen innebar att deltagarnas berättelser och upplevelser kunde guida analysprocessen och därmed frambringa nya teman och insikter (Kvale & Brinkmann, 2014).

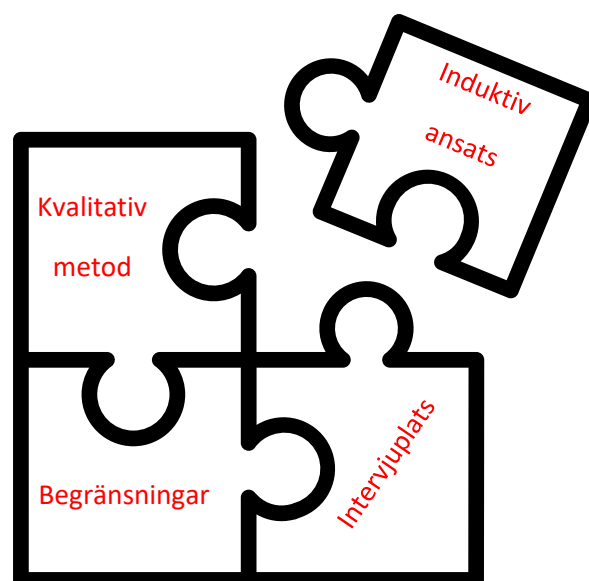
Eftersom studien inte hade en förutbestämd teoretisk ram, krävde identifiering av mönster och teman i föräldrarnas berättelser en noggrann genomgång och kategorisering av insamlade data. Utan en förutbestämd teoretisk ram kan det också vara svårt att hålla forskningen fokuserad och begränsad till ett specifikt område. Risken finns att studien blir för omfattande och saknar tydligt avgränsade forskningsfrågor (Creswell & Poth, 2017). Denna utmaning har hanterats genom att studiens syfte och frågeställningar genomgående har varit vägledande i processen.

Att transkribera och analysera en text innebär att tolka. En text har alltid flera potentiella betydelser och det finns alltid ett visst mått av tolkning när forskaren närmar sig texten (Graneheim & Lundman, 2004). Resultatet och analysen i föreliggande studie har behandlat 125 A4-sidor transkriberat material, vilket har inneburit att materialet har behövt sorteras och reduceras. Det går inte att bortse från att analysen av intervjuerna är subjektiv och att de har påverkats av forskarens tolkningar och förförståelse, vilket kan skapa en osäkerhet kring tillförlitligheten av forskningsresultaten. Strävan i föreliggande studie har varit att tolka respondenterna i deras sammanhang, men andra möjliga och giltiga tolkningar är naturligtvis tänkbara, en annan forskare kunde ha kommit fram till andra resultat utifrån en annan förståelse och andra tolkningar.

#### 6.7.4 Deltagarantal och studiens retrospektiva karaktär innebär begränsningar

En svaghet med studien är att den utförts med ett relativt litet antal deltagare. Ett fåtal respondenter medför att det är svårt att överföra resultaten till en bredare population (Cresswell & Poth, 2017). Det slutliga antalet föräldrar som intervjuades uppgick till sju. I den kvalitativa intervjun betonas vikten av att erhålla nyanserade beskrivningar snarare än mängd (Kvale & Brinkmann, 2014). Föräldrarna som intervjuades var engagerade och delade generöst med sig av sina berättelser, varför materialet blev omfattande och rikt på innehåll.

En annan begränsning är studiens retrospektiva karaktär och variation i tid sedan behandlingen erhöles. För en deltagare som genomgick behandlingen för en längre tid sedan kan hågkomsterna och minnesbilderna vara mer påverkade än för en deltagare som nyligen har genomgått behandlingen. Samtidigt kan en längre förfluten tid ha gett distans till den aktuella perioden och därmed potential för mer genomtänkt reflektion.



## 7 Etiska överväganden

Arbetet med studien har följt Vetenskapsrådets etiska riktlinjer (Vetenskapsrådet, 2017):

- *Informationskravet:* Samtliga deltagare informerades skriftligt genom ett informationsbrev om studiens syfte och genomförande. I samma brev informerades också om författarens koppling till Ätstörningsteamet i Östersund. Vetskapen om författarens koppling till teamet bedömdes kunna ha betydelse och möjligen också vara avgörande för huruvida föräldrarna var intresserade av att medverka i studien.
- *Samtyckeskravet:* Deltagarna informerades skriftligt om frivilligheten att delta i studien liksom om möjligheten att när som helst avbryta sin medverkan. Föräldrarna försäkrades också om att varken deltagande eller avböjande till medverkan skulle komma att få några konsekvenser för pågående eller eventuell framtida behandling vid mottagningen. Under en behandling skapas en särskild relation mellan familjemedlemmar och behandlare. Detta gäller inte minst vid en lägenhetsbehandling då själva modellen innebär tät kontakt stora delar av dagen under flera veckors tid. I samband med urval av respondenter gjordes bedömningen att denna speciella relation skulle kunna innebära en risk för att föräldrar där författaren har varit familjens huvudbehandlare inte fullt ut skulle våga uttrycka sina uppfattningar, varför dessa föräldrar undantogs från studien.
- *Konfidentialitetskravet:* Deltagarna informerades om att materialet skulle komma att hanteras konfidentiellt. Det transkriberade materialet har enbart hanterats av författaren och har förvarats så att ingen obehörig har kunnat få tillgång till det. Inga egennamn nämns i studien och likaså används genomgående benämningen ”hen”, ”min partner” och ”behandlaren” för att förhindra identifikation. Även andra data som skulle kunna kopplas till en specifik person har ändrats eller uteslutits för att möjliggöra bibehållen anonymitet.
- *Nyttjandekravet:* Deltagarna informerades om att insamlat material enbart kommer att används för detta forskningsändamål samt att ljudinspelningarna och de transkriberade intervjuerna raderas så snart studien är färdigställd.

Skriftligt informerat samtycke har inhämtats från samtliga deltagare.





## 8 Resultat och analys

Föräldrarna delade generöst med sig av berättelser om den belastade situation som rådde i familjerna innan lägenhetsbehandlingen. Berättelserna beskrev påtagliga förändringar av barnets beteende och hur familjerna anpassade sig till sjukdomen, bland annat genom att servera annan mat än den normala, i ett försök att minska konflikter och undvika ångest hos barnet. Föräldrarna berättade också om relationella slitningar och en tyngd emotionell situation för dem själva. Denna tid i familjernas liv omfattas dock inte av analysen då den inte är relevant för att uppfylla syftet och besvara frågeställningarna.

I följande avsnitt har föräldrarnas svar sammanställts. Resultaten redovisas med hjälp av tre huvudteman och nio underteman (tabell 2).

Huvudtema	Undertema
Behandlingsformen	Inställning, förväntningar och farhågor
	Upplevelse av behandlingsupplägget
	Kunskap, lärdomar och verktyg
Relationella och emotionella aspekter under behandlingen	Relationella påfrestningar
	Relationellt och emotionellt stöd
	Samarbetet med och relationen till behandlarna
	Återhämtning
Efter avslutad behandling	Tacksamhet
	Tips och förslag

Tabell 2. Studiens huvudteman med underteman

Samtliga förekomster av ”hon/henne/hennes”, ”han/honom/hans/”, ”min/vår dotter” ”min/vår son”, ”min man/fru” eller egennamn har bytts ut mot ”hen/hens”, ”mitt/vårt barn”, ”barnet”, ”min partner”, eller ”behandlaren/behandlarna”, för att minska möjligheterna till identifiering. I några citat har förtydligande satts inom [klamrar], vilket är författarens förtydliganden för att öka förståelsen av innebörden. Med hjälp av tre punkter (...) illustreras att mindre betydelsefulla delar har utelämnats i syfte att endast redovisa det väsentliga i citatet.

Den analys som görs är ett sätt att försöka förstå deltagarnas upplevelser genom en salutogen lins. Genom denna lins kan föräldrarnas upplevelser av såväl stressorer som bemästringsförmågor bättre förstås.

### 8.1 Huvudtema 1: Behandlingsformen

Detta tema rör föräldrarnas inställning till behandlingsformen innan påbörjad behandling upplevelsen av behandlingsupplägget samt erhållna och saknade kunskaper under behandlingen.

#### 8.1.1 Undertema 1: Inställning, förväntningar och farhågor

Flera föräldrar beskrev att barnets ätstörningssymtom hade eskalerat på kort tid och att de enbart hade positiva känslor inför tanken på att få behandling i lägenhet:

*”Men det var aldrig någon tvekan. Vi såg ju själva hur illa det var, att vi behövde hjälp. Så det var aldrig någon tvekan.”*

Citatet skulle kunna förstås som en lättnad över möjligheten till lägenhetsbehandling. Föräldrars oro över att inte kunna hantera ett sjukt barn kan ur ett salutogent perspektiv ses som en stressor, situationen är svårhanterlig, och något som påverkar känslan av sammanhang (Antonovsky, 2005).

Andra föräldrar beskrev tudelade känslor inför behandlingen. Någon berättade om en initial positiv känsla som senare övergick i känslan av att inte vilja, även om insikten om att detta var vad familjen behövde fanns. Andra berättade om ett känslomässigt motstånd vid ett första erbjudande om lägenhetsbehandling, vilket vid ett andra erbjudande övergick i en lättnad över att något äntligen hände då barnets ätstörningssymtom hade förvärrats. Citatet nedan visar hur de tudelade känslorna uttrycktes av en förälder:

*”När vi var på Åt och de nämnde lägenhetsbehandling så visste jag inte vad det handlade om (...) Och då tänkte jag att men det låter ju fantastiskt. Men sen när jag fick höra, eller jag läste att det stod att man skulle vara där ett antal veckor, då var det som att jag bröt ihop på något vis. Och tänkte att, men herregud ska vi aldrig få komma hem?”*

Citatet skulle kunna förstås som att det föreligger en känslomässig ambivalens. Individuella faktorer såsom tidigare erfarenheter, personlig inställning eller förväntningar kan påverka hur en individ uppfattar påfrestningar i tillvaron och visar på betydelsen av förståelse, känsla av kontroll och hantering av situationen. Inledningsvis tycks lägenhetsbehandlingen uppfattas som en positiv och lovande lösning, vilket kan relatera till en känsla av förståelse och mening. När det senare framgick att behandlingen skulle pågå under flera veckor förefaller detta ha lett till en upplevelse av bristande kontroll och en känsla av att vara fast. Utifrån en salutogen lins skulle detta kunna förstås som en brist på begriplighet och hanterbarhet i situationen (Antonovsky, 2005).

En förälder berättade om upplevelsen att hen kunde hantera sitt barns ätstörning i hemmet och därför inte kände något behov av lägenhetsbehandling. Därutöver fanns också ett motstånd mot boendeformen:

*”Jag tänkte, ursäkta språket, men fy fan tänkte jag. Jag är ingen lägenhetsmänniska. Jag vill kunna gå ut och göra mina behov. Men lite så. Jag bor ju där jag bor av en anledning. Ja men jag gillar att kunna bara öppna dörren.”*

När beslutet om lägenhetsbehandling ändå var fattat, av hänsyn till andra närstående, blev dock föräldrarnas föresats att använda tiden i lägenheten på ett konstruktivt sätt:

*”Och när man bara bestämmer sig att men nu gör vi det här då måste man ju ställa om sig själv och se till att det ska bli bra.”*

Tillsammans skulle de båda citaten kunna uppfattas handla om motstånd mot lägenhetsbehandling och behovet av att anpassa sig till den nya situationen samt vikten av att upprätthålla en känsla av autonomi, begriplighet och hanterbarhet för att stödja hälsa och välbefinnande. Att kunna känna sig hemma och ha kontroll över sin livssituation är enligt salutogen teori centrala faktorer för att främja en positiv upplevelse av sammanhang, liksom förmågan att kunna hantera motstånd och anpassa sig till förändringar för att uppnå positiva resultat (Antonovsky, 2005).

### 8.1.2 *Undertema 2: Upplevelse av behandlingsupplägget*

Alla föräldrar gav uttryck för en positiv uppfattning om lägenhetsbehandlingen och majoriteten framhöll den tydliga strukturen med sex måltider/dag och stödet med näringsdryck om det blev för svårt för barnet att äta som avgörande framgångsfaktorer, även om det också var påfrestande:

*”Man vet inte vad man ska göra, man har absolut ingen aning om hur man ska vända det här, för det är så stark motkraft hela tiden (...) så är det ju otroligt hjälpsamt att ha en metod att hålla sig i, som ändå är ganska enkel.”*

*”Det var uppstyrt att ’Du ska äta den här portionen på 30 minuter. När halva tiden har gått, om du inte har fått i dig tillräckligt, då tar vi bort maten. Då får du näringsdrycker i stället (...) Det blev väldigt fast och tydligt i lägenheten. Jag behövde det verkligen.”*

De båda citaten skulle kunna uppfattas handla om vikten av struktur och rutiner i behandlingen av ätstörningar. Att ha rutiner och en enkel metod att hålla sig till i en svårbemästrad situation kan bidra till en ökad känsla av kontroll och förståelse, vilket är en viktig faktor för att hantera utmaningar och stress. Den uppstyrd metod skulle också kunna ses som ett sätt att skapa förutsägbarhet och mening i en situation som annars kan upplevas som kaotisk, vilket enligt salutogen teori kan bidra till att främja individens hälsa och välbefinnande (Antonovsky, 2005).

De flesta föräldrar berättade att de innan behandlingen till stora delar hade anpassat vilken mat som serverades i familjen i ett försök att undvika utbrott och ångest hos barnet. Under intervjun nämnde en förälder vikten av att ha fått stöd att våga laga den mat familjen tidigare hade brukat laga, trots att det skapade ångest hos barnet:

*”Framför allt tror jag att vi föräldrar blev ju lugnare för att vi fick så mycket hjälp (...) Innan kanske vi inte utsatte hen för så jobbiga saker (...) Det blir för jobbigt om vårt barn ska gråta vid matbordet, då gör vi något annat som gör att hen inte gråter. I lägenheten kunde vi utsätta hen för det normala som hen tyckte var jobbigt (...) Göra det svåra som inte är hemma, men ändå på hemmets villkor – att vi hade lagat maten.”*

Samma förälder reflekterade över att involvera föräldrarna i behandlingen:

*”Jag kan inte se att vi skulle kunna ha fått hjälp på något annat sätt. För även om hen hade fått komma till något annat behandlingsställe så hade hen kanske blivit bra där, men fortfarande så ska hen komma hem och få det att funka med oss.”*

Dessa citat skulle kunna ses som uttryck för att inte bara den som lider av sjukdomen behöver hjälp och stöd utan även de anhöriga. Att en trygg och strukturerad miljö gör att föräldrar kan känna att man arbetar tillsammans med barnet mot gemensamma mål. Utifrån salutogen teori skulle detta kunna förstås som att den hjälp som föräldrarna fick från behandlarna under lägenhetsbehandlingen gav dem det stöd de behövde för att situationen skulle bli hanterbar, vilket skulle kunna tänkas ha bidragit till en känsla av att vara agent och inte ett offer (Antonovsky, 2005). Denna förälder nämner även behovet av att vara en del av barnets behandling för att de förbättringar som uppnåtts under behandlingen också skulle följa med till och fungera i hemmiljön. En möjlig tolkning är att detta är ett uttryck för tillit till den offentliga vården och därmed vara ett exempel på en generell motståndsresurs (Antonovsky, 2005).

Flera föräldrar hade upplevt prestationskrav kopplade till matlagningen och ett par föräldrar berörde att de själva var så uttröttade av situationen att kravet på att de skulle laga mat ökade känslan av stress. Tankar om att få mat någon annanstans ifrån lyftes av flera föräldrar:

*”Jag kände lite panik där över att försöka variera maten och vad vi skulle äta. Jag tror att jag fick lite prestationsångest när det kom till att laga mat där. Jag kommer ihåg att jag var så otroligt trött själv också (...) ’Är det här tillräckligt bra och tillräckligt?’ (...) Jag blev stående där och lagade maten*

*och det blev ett väldigt fokus på det. Och jag tänkte att jag var väldigt sliten. Jag hade gärna tagit catering, eller nåt sånt.”*

Citatet skulle kunna förstås som ett uttryck för att matlagningen var en stressfaktor under behandlingen för flera av föräldrarna. Att känna press och prestationskrav kring matlagningen kan öka föräldrarnas stressnivåer och leda till en känsla av otillräcklighet, vilket i slutänden skulle kunna påverka deras ork och kraft att hantera barnets ätstörning. Enligt salutogenes handlar hälsa om en balans mellan stressorer och resurser (Antonovsky, 2005). Citatet skulle kunna ses som ett uttryck för behovet av sådan balans.

Under den tid en familj får lägenhetsbehandling händer det ibland att andra behandlare från Ätstörningsteamet än huvudbehandlarna kommer och agerar stöd vid måltid. Någon förälder hade upplevelsen av att detta efter en tid i behandling hade blivit ett välkommet inslag. Majoriteten av föräldrarna hade ingenting att anmärka på att få stöd från övriga behandlare i Ätstörningsteamet, men de flesta uttryckte att de kände sig tryggast med sina huvudbehandlare:

*”När det var någon annan gjorde det absolut ingenting. Det var ju bara såhär 'ja, nu kommer de'. Jag har inget att anmärka på där alls. Jag tyckte att det var bara roligt. Jag tycker om att träffa folk.”*

*”Hade jag haft olika behandlare varje vecka så hade jag absolut inte velat ha det. Det viktiga är att man har sitt lilla gäng. Det är en trygghet både som förälder och för barnet (...) Det är nog det absolut viktigaste. Att försöka ha samma personal hela tiden.”*

I det första citatet uttrycker föräldern en positiv attityd till att träffa människor och interagera med dem. Detta kan bidra till att öka känslan av samhörighet och stöd, vilket kan ha en positiv inverkan på hälsa och välbefinnande. Det andra citatet betonar vikten av att ha samma personal hela tiden för att skapa en trygg och stabil miljö för både föräldrar och barn. Detta kan relateras till känslan av begriplighet, en av huvudfaktorerna för känsla av sammanhang (KASAM) (Antonovsky, 2005). När människor har en känsla av begriplighet, dvs. att de förstår vad som händer i sin omgivning och har en känsla av kontroll över sin situation, kan det bidra till bättre hälsa.

En majoritet av föräldrarna ansåg att behandlingsformen var en massiv insats. Behandlarnas närvaro vid upp till fem måltider/dag och därutöver samtalsessioner varje vecka gav känslan att stödet inte på något sätt begränsades:

*”Det var jättebra att de hade stöd hela tiden. Det var jättebra. Och att de från början tog sig så mycket tid.”*

En förälder upplevde till och med att familjen fick mer samtal än de själva kände behov av:

*”Vi träffades varje måltid, frukost, mellis, lunch, mellis. Det kändes som att det ibland när vi skulle ha ett föräldrasamtal eller familjesamtal (...) ibland kändes det som att det var lite krystat (...) Alltså vi föräldrar kan heller inte riktigt säga 'nej jag tycker inte att vi behöver det'.”*

De flesta föräldrar upplevde behandlingsinsatsen som omfattande. En tänkbar tolkning är att tillräckligt med tid och stöd bidrog till att föräldrarna kände sig mer trygga i sin roll i barnets behandling och bättre rustade att hjälpa barnet under och efter avslutad behandling. Detta kan möjligen leda till ökad följsamhet i behandlingen, vilket i sin tur skulle kunna förbättra chanserna till ett positivt behandlingsresultat. Det senare citatet skulle kunna uppfattas belysa känslan av att ha fått mer stöd än det fanns behov av. Utifrån ovanstående två citat kan man

reflektera över hur behandlingen bör anpassas efter varje familjs individuella behov. För att främja en salutogen behandlingsupplevelse är det viktigt att hitta en balans mellan tillräckligt stöd och tid för reflektion, samtidigt som behandlingen inte överbelastar eller blir för intensiv (Antonovsky, 2005).

Under behandlingsperioden finns ätstörningsbehandlare tillgängliga under kontorstid. Om familjerna har behov av stöd utanför kontorstid har de möjlighet att kontakta Barn- och ungdomspsykiatriens Akutteam. Flera föräldrar hade erfarenhet av att ha fått hjälp från Akutteamet och hade enbart positiva upplevelser av detta stöd:

*”Så vi ringde ju till BUP-Akuten och då kom det en behandlare därifrån, hen var ju helt fantastisk. Hen pratade med vårt barn och jag skulle säga att det var vändningen.”*

*”Om det var något på helgen. Att vi kunde ringa och fråga (...) Att vi hade det där stödet hela tiden, det var viktigt.”*

Citaten skulle kunna tolkas som att tillgång till olika resurser, positiva interaktioner med vårdpersonal och ett kontinuerligt stöd kan bidra till en salutogen process och främja hälsa. Beskrivningarna av kontakten med Akutteamet skulle kunna förstås som exempel på tillit och förtroende, vilket kan bidra till att skapa en känsla av kontroll och att kunna hantera svåra situationer. En snabb återkoppling från personer med kunskap kan bidra till minskad stress och oro och öka självförtroendet i rollen som förälder, vilket är viktigt för att främja en känsla av begriplighet, hanterbarhet och sammanhang (Antonovsky, 2005).

### 8.1.3 *Undertema 3: Kunskap, lärdomar och verktyg*

Flera föräldrar nämnde kunskap om portionsstorlek som ett viktigt redskap i kampen mot ätstörningen liksom hur de skulle förhålla sig när barnet argumenterade och inte ville äta. Citatet nedan belyser flera föräldrars upplevelse:

*”Vi fick ju lära oss hela tiden. Såna här små grejer som vi gjorde, vi kanske tyckte att det hjälpte, men det mesta som man tror hjälper är ju medsjukt (...) Hen krävde ingredienslistor nästan, när vi hade lagat. Då fick vi stöd i det. ’Du behöver inte veta det, fråga inte’. Annars kunde vi hamna i de looparna. Då kom man aldrig ur det.”*

Citatet skulle kunna uppfattas illustrera att föräldrarna kände stöd i att inte ge efter för sjukdomens krav och att lära sig att sätta gränser för att inte ge sjukdomen utrymme. En tänkbar tolkning skulle kunna vara att det visar på vikten av att föräldrar till barn med ätstörning får adekvat stöd och kunskap för att kunna hantera sjukdomen på ett konstruktivt sätt. Man skulle kunna dra slutsatsen att lärande och utbildning var en faktor som bidrog till förmågan att bättre kunna hantera situationen. Citatet skulle också kunna uppfattas belysa föräldrarnas insikt om hur kommunikationen med det drabbade barnet bör vara för att undvika att hamna i destruktiva mönster. Detta skulle kunna ses som en resurs som stärker deras förmåga att hantera situationen och främjar hälsa och välbefinnande genom att minska stress och konflikt i familjen (Antonovsky, 2005).

Flera föräldrar upplevde att de hade fått mycket kunskap om ätstörningssjukdomen och en förälder berättade om insikten om hur ångestdriven den är:

*”Jag förstod att det är så ångestdrivet. Och att ångesten inte är farlig (...) Att våga ta de attackerna och att klara sig igenom dem. Det gjorde att ångesten blev mindre (...) Jag lärde mig jättemycket. Det har gjort att jag har kunnat hantera sjukdomen på ett helt annat sätt än vad jag hade förstått innan.”*

Detta skulle kunna förstås som att insikten om att våga möta ångestattackerna i stället för att undvika dem var värdefull för denna förälder. Genom denna kunskap vågade denna förälder stanna kvar och härbärgera barnets ångest, vilket resulterade i att den minskade i stället för att öka. Detta tycks ha bidragit till en ökad förmåga att hantera sjukdomen. Citatet skulle kunna tyda på att föräldern har utvecklat en salutogen attityd genom att lära sig mer om ångest och dess mekanismer kopplat till ätstörning. Att lära sig mer om en sjukdom och dess mekanismer kan göra situationen begriplig och ge individen en känsla av kontroll och befogenhet. Antonovsky (2005) menar att en hög känsla av hanterbarhet troligen kräver en hög känsla av begriplighet. Utifrån detta skulle därmed föräldrar som har ett barn med ätstörning ha lättare att hantera barnets sjukdom om de har en större förståelse för ätstörningen och dess mekanismer.

Ett par föräldrar önskade att de hade fått mer kunskap om ätstörning, vad de hade att vänta sig framåt och hur de borde bemöta barnet och barnets andra förälder:

*”Jag skulle säga att vi hade behövt en–en och en halv timmes utbildning från dag 1, där man liksom pratar om hur vi ska vara (...) hur vi ska bemöta vårt barn tillsammans (...) Jag skulle inte säga att vi inte har fått informationen, men den har kommit stötvis. Och kanske lite för långsamt.”*

Detta citat skulle kunna förstås som att föräldrar till barn med ätstörningar behöver utbildning och information för att förstå sjukdomen och dess konsekvenser för deras barn och familj. Föräldrarna önskade att de hade fått en mer strukturerad och omfattande utbildning från början, i stället för att få informationen stötvis och långsamt. De påpekade också att det är viktigt att föräldrarna har samma förståelse och kunskap om sjukdomen samt att de är överens om hur de ska bemöta barnet. Citatet skulle kunna tolkas som ett uttryck för en önskan om att ha mer kontroll över situationen och få verktyg för att kunna hantera utmaningarna som kommer med att ha ett barn med en ätstörning. Genom mer information och utbildning kan föräldrar känna sig mer kompetenta och självsäkra i sitt föräldraskap och sin förmåga att stödja barnet, vilket skulle kunna bidra till en ökad känsla av sammanhang (KASAM) med en upplevelse av att ha tillräckliga resurser och kunskaper för att hantera situationen på ett positivt sätt (Antonovsky, 2005).

Ett annat värdefullt verktyg som nämndes var matrutiner:

*”Man lärde sig om sjukdomen kontinuerligt hela tiden. Men lägenheten hjälpte ju definitivt till att faktiskt kunna göra de där matrutinerna hemma.”*

I citatet nämns vikten av att skapa matrutiner som ett värdefullt verktyg i att hantera ätstörningar. Att ha en strukturerad och regelbunden måltidsplan skulle kunna bidra till en känsla av kontroll och trygghet för såväl föräldrarna som det drabbade barnet. Genom att föräldrarna får stöd att skapa dessa rutiner och att implementera dem i det dagliga livet kan barnet gradvis återuppta en normaliserad relation till mat och ätande. Att lära sig bemästra matsituationerna skulle i sin tur kunna öka självkänsla och självförtroende hos både föräldrar och barn. Att ha en miljö som stöder och underlättar implementeringen av dessa rutiner skulle dessutom kunna bidra till en känsla av trygghet och stöd. Genom att främja och stärka faktorer som rutiner, bemästrande av svårhanterliga situationer samt självkänsla och självförtroende, kan en upplevelse av ökad känsla av hälsa och välbefinnande skapas (Antonovsky, 2005).

## 8.2 Huvudtema 2: Relationella och emotionella aspekter under behandlingen

Detta tema rör föräldrarnas upplevelser av relationella påfrestningar under behandlingen, relationellt och emotionellt stöd, samarbetet med och relationen till behandlarna samt behov av att hitta sätt till återhämtning.

### 8.2.1 Undertema 1: Relationella påfrestningar

Flera föräldrar berättade om slitningar i vuxenrelationen under tiden i lägenhetsbehandling:

*”Relationen mellan mig och min partner fick sig nog en liten törn precis under den tiden. (...) Vi blev arga på varandra, för att vi hade olika information.”*

*”Jag kan känna att det var ju mycket konflikter, men det kan ju vara så också att jag tog på mig den hatten. Jag har tänkt på det efteråt att jag kanske inte alltid släppte in.”*

Att parrelationen påverkas av ett barns ätstörningssjukdom är inte svårt att förstå, men dessa två citat skulle kunna uppfattas belysa att relationen kan påverkas även under behandlingsprocessen. Det andra citatet skulle kunna tolkas som en reflektion hos föräldern över hur det egna beteendet kan ha påverkat relationen till den andra föräldern. Förmågan att reflektera över och se situationen ur olika perspektiv kan vara ett tecken på en stark känsla av sammanhang (KASAM) (Antonovsky, 2005). Citaten skulle också kunna förstås exemplifiera möjliga brister i samarbetet mellan föräldrarna under behandlingen. Skulle extra stöd och resurser från behandlarna för att hantera detta öka föräldrarnas upplevelse av hanterbarhet?

En förälder berättade om att stöd från barnets andra förälder för att orka hålla i och hålla ut i behandlingen var värdefullt:

*”Hen var så himla peppande och stöttande (...) Jag tyckte det var jätteskönt.”*

Denna förälder beskriver hur stöd från barnets andra förälder hjälpte dem under behandlingen. Stödet gav dem en känsla av lugn och trygghet i en stressfylld situation. Socialt stöd är en generell motståndsresurs (GMR) och salutogenes betonar betydelsen av detta för förmågan att hantera svåra situationer (Antonovsky, 2005).

En förälder berättade om oron över att relationen till barnet skulle bli förstörd av att hen tvingade barnet till saker som barnet fick ångest av:

*”I början var man ju rädd för att hen skulle bli liksom, att vi inte skulle hitta tillbaka till den här bra relationen, utan att man skulle vara betraktad mer som en fångvårdare (...) Men efterhand så lärde man sig ju det att om jag stod fast då var hen tryggare i det och då mådde hen bättre (...) Jag tror inte att relationen mellan oss har påverkats i negativ bemärkelse.”*

Denna förälder var i början rädd att relationen skulle förstöras och att hen skulle bli betraktad som en fångvårdare, men efter att ha stått fast och varit trygg kände sig också barnet tryggare och relationen mellan föräldern och barnet påverkades inte negativt. Förmågan att stå fast och vara en trygg punkt kan bidra till att stärka känslan av kontroll hos individen såväl som hos omgivningen, vilket kan öka upplevelsen av känsla av sammanhang (KASAM) (Antonovsky, 2005).



### 8.2.2 *Undertema 2: Relationellt och emotionellt stöd*

Utöver det konkreta stödet upplevde flera föräldrar också det emotionella stödet som värdefullt:

*”De sade ju att, ’Det här ordnar sig, lita på oss’. Att få höra någon säga att vi har gjort det här förr. Att lita på oss. Det kände jag var så tryggt.”*

*”Och jag kände att jag fick en klapp på axeln för hur jag agerade. Och det kändes ju också bra (...) Det är ju svårt att vara förälder till ett barn med ätstörning. Man blir väldigt osäker.”*

*”När det var som svårast. När det blev så här stora ångestpåslag. Att ha stötningen och rida ut dem. Och sen också bara att höra hur behandlare betar sig. Lugnet.”*

De tre citaten belyser olika aspekter av föräldrarnas upplevelse av stödet under lägenhetsbehandlingen. Det första citatet skulle kunna vara ett exempel på känslan av begriplighet, eftersom föräldrarna får information om vad som kommer att hända och att behandlarna har erfarenhet av liknande situationer. Detta kan tänkas ge föräldrarna en känsla av kontroll och förutsägbarhet, vilket är en viktig del för att känna begriplighet. Det andra citatet skulle kunna uppfattas belysa en känsla av hanterbarhet, då föräldrarna får bekräftelse på att de har agerat på rätt sätt och att det finns hjälp att få när de känner sig osäkra. Detta skulle kunna skapa en känsla av att föräldrarna kan hantera situationen och att de inte är ensamma i sin oro. Det tredje citatet skulle kunna uppfattas belysa en känsla av meningsfullhet då föräldrarna får stöd när det är som svårast och att behandlarnas lugn ger dem en känsla av att deras insats är meningsfull och att det finns hopp om att deras barn kan bli friskt. Sammanfattningsvis skulle citaten kunna förstås visa på vikten av både konkret och emotionellt stöd. Enligt Antonovsky (2005) är stöd, såväl konkret som emotionellt, en generell motståndsresurs (GMR), vilket kan främja en salutogen upplevelse genom att stärka deras känsla av sammanhang (KASAM).

En förälder hade dock upplevelsen av att ibland ha blivit lämnad ensam när barnet hade ångest då föräldern egentligen önskade att behandlarna skulle ha stannat kvar:

*”Men ibland kunde man ju känna lite grann att nu måste de skynda vidare och hen sitter där och mår fortfarande väldigt dåligt. Hen hade ångest och så där. Då kunde man ju känna sig lite ensam i att bli lämnad i det.”*

I citatet beskrivs föräldrarnas erfarenhet av brådska hos behandlarna att skynda vidare. En tolkning är att föräldern upplevde sig kvarlämnad och ensam i en situation där barnet fortfarande mådde dåligt. Mer stöd och vägledning till föräldern skulle kanske ha kunnat minska känslan av maktlöshet och förbättrat hans förmåga att stödja sitt barn. En trygg miljö skulle möjligtvis också ha kunnat hjälpa barnet att öppna upp och kommunicera med föräldern. För att främja hälsa och välbefinnande är det enligt salutogen teori viktigt att identifiera och tillhandahålla tillräckligt med stöd för personer som brottas med ångest och dåligt mående (Antonovsky, 2005).

En förälder talade om det värdefulla stödet i att ha en annan vuxen person med vid måltiderna som genom prat om andra saker än mat kunde hjälpa till att avleda från det svåra.

*”Om man bara är en förälder och en ungdom som sitter och kämpar, det blir inte så roliga måltider (...) Bara att man har en till som kan avleda situationen eller som lättar upp en stämning (...) Det var också väldigt bra.”*

Citatet skulle kunna förstås beröra betydelsen av socialt stöd och hur en annan person vid måltiderna kan hjälpa till att avleda från det svåra och därmed bidra till en mer positiv och



avslappnad stämning. En tolkning skulle kunna vara att denna förälder upplevde sig mindre isolerad och mer stödd i sin roll som förälder till sitt barn genom en annan vuxen persons närvaro vid måltiderna, vilket är en positiv faktor för hälsan och välbefinnandet. Detta kan minska stress och öka förmågan att hantera situationen på ett effektivt sätt. Att ha tillgång till stödjande personer och en trygg miljö kan bidra till en känsla av sammanhang (KASAM) och förbättra möjligheten att hantera utmaningar och stressfyllda situationer (Antonovsky, 2005).

Flera föräldrar reflekterade kring stöd till samsyn mellan föräldrarna:

*”Nu när jag tänker på det så här i efterhand och vi pratar om stöd i vuxenrelationen så tror jag det hade varit bra. Om man pratar om att försöka rädda en relation i det här kritiska skeendet (...) Det hade nog varit jättebra, men jag tänker också att det kanske inte fanns tid för det just då.”*

*”Vi pratade mycket med behandlarna om det, om hur jag och min partner måste vara mot varandra och hur vi måste dela information vi får så att vi hela tiden kör samma linje.”*

Dessa citat symboliserar flera föräldrars reflektioner kring stöd till samsyn mellan föräldrarna under en krisperiod. Föräldrarna uttrycker att det hade varit bra att få stöd för att rädda relationen i det kritiska skeendet och pratar om vikten av att dela information och att hålla samma linje. Föräldrarnas reflektioner kring stöd och kommunikation i sina relationer skulle kunna förstås som en vilja till samsyn och att föräldraparet behöver stötta varandra för att minska risken för missförstånd och konflikter. Genom att söka stöd och diskutera förbättringsmöjligheter skulle en ökad upplevelse av begriplighet och hanterbarhet kanske kunna skapas (Antonovsky, 2005). På samma sätt skulle en positiv och samarbetsvillig relation kunna öka känslan av sammanhang (KASAM), vilket främjar hälsa och välbefinnande enligt den salutogena teorin.

### 8.2.3 *Undertema 3: Samarbetet med och relationen till behandlarna*

Alla föräldrar beskrev att de hade haft ett bra samarbete med behandlarna:

*”Jag tycker att de har varit superbra. Och vi har fått deras mobilnummer, vi har kunnat skicka sms.”*

Denna förälders uttalande belyser föräldrarnas positiva upplevelse av samarbetet med behandlarna. Detta yttrande skulle kunna uppfattas som ett tecken på att föräldrarna kände sig väl stöttade genom tillgänglighet och möjlighet att kommunicera på ett enkelt sätt. Kanhända skapades en känsla av trygghet genom tillgången till behandlarnas mobilnummer och möjligheten att skicka sms. Trygghet och stöd i svåra situationer liksom en känsla av samhörighet och tillit, alla olika former av generella motståndsrresurser (GMR), lägger en grund för känslan av att det är möjligt att klara av olika situationer (Antonovsky, 2005).

En förälder ansåg att kontakten med behandlarna hade varit öppen och att samarbetet hade fungerat bra, men hade ibland haft upplevelsen att förhållningssättet från behandlarna hade varit lite för klämkäckt, medan flera föräldrar lyfte att relationen till behandlarna hade utvecklats till en närmast vänskaplig relation:

*”Vi försökte ha en ganska öppen och glad ton. Vi pratade om allt möjligt (...) Ibland kanske det blir lite för klämkäckt. Men samtidigt är det ett barn som är så pass liten (...) I det stora hela tycker jag att det kändes bra.”*

*”Vi träffades så himla mycket. Vi var med vår behandlare hela dagarna kändes det som. Hen blev som en kompis på något sätt. Det var trevligt.”*

Citaten belyser olika upplevelser av samarbetet med behandlarna. En förälder beskriver att kontakten med behandlarna hade varit öppen och att samarbetet fungerat bra, men att behandlarnas förhållningssätt ibland känns lite för klämkäckt. En tolkning av detta skulle kunna vara att citatet pekar på en viktig balansgång för behandlarna mellan att vara professionella och empatiska i relationen till familjerna. Genom att behandlare upprätthåller en empatisk och professionell relation kan föräldrar känna sig trygga och stöttade i rollen som vårdgivare. Andra föräldrar lyfte fram att relationen med behandlarna hade utvecklats till en närmast vänskaplig relation. Att ha en öppen kommunikation och att utveckla en god relation med behandlarna skulle kunna bidra till en känsla av trygghet och tillit. En vänskaplig relation skulle också kunna ge en känsla av samhörighet och gemenskap, vilket kan vara stärkande. Anpassning och lyhördhet i stöd och kommunikation liksom betydelsen av socialt stöd och relationer främjar en känsla av sammanhang (KASAM) och hälsa (Antonovsky, 2005).

#### 8.2.4 *Undertema 4: Återhämtning*

Flera föräldrar berättade om tuffa utmaningar under behandlingstiden och vikten av att hitta strategier för att orka:

*”På ett sätt var det kanske bra att inte båda [föräldrarna] var där hela tiden. Eftersom det var mentalt påfrestande så är det bra att kunna växeldra i stället för att båda sitter där och är helt trötta.”*

*”Jag kommer ihåg på kvällen så gick jag ibland ner till kyrkogården. Jag hade aldrig gått där tidigare, men nu gick jag dit och det var väldigt vilsamt att gå runt där och bara sparka lite grus. Liksom en sån där överlevnadsgrej.”*

Det första citatet skulle kunna uppfattas handla om vikten av att inte överanstränga sig och att ha möjlighet att växeldra för att orka vara en aktiv del i kampen mot ätstörningen. I det andra citatet nämns kyrkogården som en plats där föräldern kunde finna ro och vila. Detta skulle kunna förstås ha varit en viktig strategi för att hantera stressen och belastningen av att ha ett barn med en ätstörning. Utifrån en salutogen lins skulle dessa citat kunna uppfattas handla om vikten av att skapa balans mellan påfrestande och återhämtning samt att hitta meningsfulla coping-strategier för att främja en känsla av sammanhang (KASAM) och hälsa (Antonovsky, 2005).

En förälder ansåg att det hade varit värdefullt att fylla tidsluckorna mellan måltiderna med aktiviteter som en möjlighet att ”trolla bort” ätstörningen och locka fram barnet. Detta blev ett sätt att för både egen del och för barnet att orka ta sig igenom behandlingen:

*”Så fick jag faktiskt mitt barn och glömma bort sig själv lite grann. Och det tycker jag har hjälpt, mitt barn mest men mig också, att gå vidare i det här. Att man försöker glömma bort (...) Trolla bort ätstörningen, så att inte den är i fokus. Få fram barnet.”*

Denna förälder beskriver hur hen försöker locka sitt barn från ätstörningen genom saker som bryter med det tråkiga och begränsande i lägenheten och i sjukdomen. Fokus ligger på att trolla bort ätstörningen och få fram barnet. Denna inställning och strategi skulle kunna ses som ett exempel på känsla av sammanhang (KASAM) då det kan ses både som ett sätt att försöka begripliggöra sjukdomen, att hantera situationen och att skapa mening i den aktuella tillvaron (Antonovsky, 2005). Genom strategin att söka efter positiva aktiviteter att göra och tänka på kan denna förälder uppfattas försöka stärka den fysiska och mentala hälsan hos både sitt barn och sig själv.

Ett annat sätt att få kraft som några föräldrar nämnde var att upprätthålla egna sociala kontakter:

*”Vi har haft otroligt stöttande familj och vänner som frågat om vi velat ta promenader, som velat komma och byta av oss (...) Det finns de som har tagit dagar så att vi har kunnat göra andra saker.”*

Ett stödjande socialt nätverk är, som tidigare nämnts, en generell motståndsresurs (GMR), vilket kan ha en skyddande effekt på personens hälsa och välbefinnande liksom på upplevelsen av känsla av sammanhang (KASAM) (Antonovsky, 2005). Denna förälder beskriver en upplevelse av socialt stöd från familj och vänner under en svår situation. Genom att erbjuda praktisk hjälp som att byta av dem har vännerna och familjen hjälpt till att minska stress och underlätta återhämtning. Detta stöd kan också ha en positiv inverkan på den mentala hälsan hos de drabbade och hjälpa dem att känna sig mer kapabla att hantera situationen. Detta stöd skulle kanske också kunna vara en avgörande faktor för förmågan att hantera de utmaningar som en ätstörning innebär.

En förälder hade dock upplevelsen av att de egna sociala relationerna hade blivit lidande under barnets sjukdomstid:

*”Jag tror att är det någonting som har fått sig en törn av allt det här så är det väl kontakt med vänner (...) Hela det här [ätstörningen] har ju varit ett fokus(...) Det är ju precis så det blir. Man tappar lite grann omvärlden. Jag tror att man måste göra det.”*

Denna förälder hade upplevt att kontakten med vänner har fått sig en törn under en svår period, vilket kan innebära en belastning på den psykiska hälsan och välbefinnandet. Socialt stöd och tillhörighet är viktiga faktorer för att känna trygghet och bristen på interaktion med viktiga andra riskerar att inverka negativt på känslan av meningsfullhet (Antonovsky, 2005). Samtidigt uttrycker denna förälder en insikt om att det är vanligt att tappa kontakten med omvärlden under svåra perioder, och att det kan vara nödvändigt för att fokusera på det som är mest akut och viktigt i stunden. En tolkning av detta skulle kunna vara att det genom denna insikt trots allt framkommer en känsla av kontroll över situationen och en förmåga att hantera den.

### 8.3 Huvudtema 3: Efter avslutad behandling

Detta tema berör föräldrarnas tacksamhet över att ha fått genomgå lägenhetsbehandlingen samt tips och förslag som de tror skulle kunna förbättra tiden i lägenheten för berörda familjer.

#### 8.3.1 Undertema 1: Tacksamhet

Samtliga föräldrar såg lägenhetsbehandlingen som en mycket bra behandlingsmodell och majoriteten uttryckte stor tacksamhet över att ha fått möjlighet att ta del av denna behandlingsform:

*”Det kändes som att under lägenhetsbehandlingen fick vi allt. Allt vi efterfrågade. Allt! Det kändes som att där fick vi hur mycket som helst.”*

*”Lägenhetsbehandlingen är det bästa av allt (...) Vi hade det mysigt. Det var roligt, men ändå så jävla jobbigt. Men i det jobbiga så blev det så bra.”*

*”Jag tycker att den har varit helt outstanding. Alltså jag tycker att vi har fått supermycket coaching.”*

Dessa citat tycks visa på en stark känsla av tillfredsställelse och positiv upplevelse av lägenhetsbehandling som behandlingsform för ätstörningar. Föräldrarna uttryckte tacksamhet och glädje över att ha fått tillgång till denna behandling och beskrev den som hjälpsam. Positiva

upplevelser i människors liv bidrar till ökad känsla av kontroll och sammanhang (KASAM) (Antonovsky, 2005).

Alla föräldrar i studien skulle rekommendera lägenhetsbehandling till en vän med ett barn som hade drabbats av ätstörning och flera skickade med tips till den tänkta vännen:

*”Om man får chansen till lägenhetsbehandlingen, så ta den. Den är svår att göra hemma.”*

*”Använd tiden till att få förståelse. Ta till dig det de lär dig och förmedlar. Känn dig trygg i att du får hjälp. Även om man många gånger tvivlar på att det är rätt väg så är det det.”*

*”Var där båda föräldrarna (...) Att man är där tillsammans och verkligen gör det här, lagar maten som den sjuka är rädd för. Att man passar på att utsätta för det som är jobbigt (...) Och se det som en träning och hjälp. Att man inte känner sig granskad eller så.”*

Sammantaget skulle dessa citat kunna förstås som att föräldrarna har upplevt stöd och hjälp under lägenhetsbehandlingen och att de ser behandlingen som en möjlighet att lära sig och att förbättra sin situation. Ett gemensamt tema tycks vara vikten av att ta emot hjälp och att använda den på ett konstruktivt sätt för att uppnå förbättring. En tänkbar tolkning är att dessa citat tillsammans ger en om uppmuntran att ta emot hjälp, att ha tillit och tro på förbättring, och att vara närvarande och stödjande i det sjuka barnets återhämtningsprocess. Genom att erkänna och dra nytta av dessa faktorer skulle en känsla av begriplighet, hanterbarhet och sammanhang (KASAM) kunna skapas, vilket i sin tur kan understödja en positiv och hälsofrämjande attityd (Antonovsky, 2005).

### 8.3.2 *Undertema 2: Tips och förslag*

Ett par föräldrar uttryckte att det fanns en stor osäkerhet kring hela situationen när erbjudandet om lägenhetsbehandling kom och menade att tydligare information om vad familjen skall packa med sig till lägenheten skulle kunna underlätta:

*”Man vet ju inte vad man hinner göra. ’Hur ska man lägga upp allt? Hur ska jag tänka? Vad ska vi ha med oss dit?’ (...) Så bara sådana här praktiska saker är bra att få veta. Så jag tror att det är bra om de kan ha en lista. ’Det här behöver du ha med dig.’ En packlista som när man åker på resa. ’Det här behöver du inte tänka på, för det finns.’”*

Citatet skulle kunna uppfattas belysa en känsla av osäkerhet och stress inför den okända situation som en lägenhetsbehandling innebär för många (de flesta?) föräldrar. Antonovsky (2005) var influerad av informationsteori och ansåg att världen blir begriplig och förutsägbar genom tydlig och konkret information. Detta är i sin tur av betydelse för känslan av sammanhang (KASAM) (Antonovsky, 2005). En slutsats är att lägenhetsbehandlingen skulle kunna göras mer begriplig, förutsägbar och hanterbar med hjälp av tydlig och konkret information, vilket skulle kunna minska stress och underlätta förberedelserna inför det som väntar.

Några föräldrar kände behov av bättre förberedelser och tydligare information om en ätstörningsbehandlings olika steg:

*”Jag har ofta frågat ’Men vad händer sen då? Vad händer sen?’ ’Då kommer jag tillbaka till den här tidslinjen, att man skulle vilja ha nånting där man får*

*en visuell bild av att 'Nu är lägenhetsbehandlingen förbi, nu går vi tillöppenvård. Då kommer det här att hända.'*

Denna förälder kan uppfattas ge uttryck för en önskan om att få tydligare och mer konkret information om vad som händer i behandlingen på längre sikt. Genom en visuell bild av framtida steg och förändringar skulle en större känsla av kontroll och förutsägbarhet uppnås. Att ha en klar uppfattning om vad som händer sen, en tydlig vårdplanering, skulle också kunna bidra till en känsla av mening och syfte med behandlingen. Även här skulle information och konkretisering kunna bidra till en mer salutogen behandlingsmiljö.

Några föräldrar nämnde att det vore bra om behandlarna inför en lägenhetsbehandling kunde avdramatisera betydelsen av föräldrarnas matlagingskonst för att sänka eventuell stressnivå hos föräldrarna:

*"Det kanske vore om man skulle ha fått en sån här 'Så här kommer det att gå till. Det är inte världsigt att du inte är en mästerkock, för de har sett diverse (...) Jag var lite rädd. Det behöver inte vara perfekt. För man är inte perfekt."*

Citatet skulle kunna uppfattas belysa betydelsen av att ha en tydlig och förklarande struktur för att skapa begriplighet och hanterbarhet. En sådan struktur skulle kunna informera om hur saker och ting kommer att gå till, och samtidigt avdramatisera att man inte behöver vara en mästerkock eller uppnå perfektion. Citatet skulle också kunna tolkas som att denna förälder anser att det är viktigt att acceptera sin mänsklighet och inse att man inte behöver vara perfekt. Denna inställning skulle kunna främja en positiv syn på sig själv och minska rädslan inför att göra misstag eller att inte leva upp till orealistiska förväntningar. Med tydligare information skulle situationen kunna bli mer begriplig, vilket skulle kunna bidra till ökad trygghet och minskad upplevelse av stressorerers belastning (Antonovsky, 2005).

En förälder såg positivt på "läxuppgifter" från behandlarna som inte handlade om att äta och som familjen skulle göra när behandlarna inte var närvarande. Denna förälder gav som förslag att behandlingen skulle innehålla fler liknande uppgifter:

*"De hade ju lite grejer, som lite läxor och grejer som vi skulle göra. Jag tror inte det skadar att ha mera sådana (...) Och jag tror att om man har mera sådant, så kanske det är mindre fokus på det dåliga."*

Förslag om att ha tips på icke energikrävande aktiviteter utanför lägenheten lyftes och en förälder kom med förslag på att det i lägenheten skulle finnas lite material för förströelse och en handbok eller en pärm med användbara tips och råd om återhämtning för att orka ta sig igenom barnets sjukdomstid:

*"Jag tänker att man inför en lägenhetsbehandling kanske kan få en liten handbok att hålla sig i liksom. Det skulle ju vara bra. Det kan ju bara stå tre rader, att om man är en familj så är det viktigt att också prata om andra saker (...) 'Ha lite roligt.' Eller att de två vuxna kanske sätter sig med varsin kopp kaffe i soffan bara. 'Det är viktigt att ni tänker på något annat. Eller stäng in dig.' (...) Men sen är det ju också jättebra med en pärm, med enkla 'Glöm inte bort dig själv'. Om det så bara är att ta en dusch. Eller hårinpackning. Man behöver strategier för att överleva det här."*

Båda citaten skulle kunna uppfattas peka på en önskan om att ha konkreta uppgifter och en plan för att minska stress och oro genom att fokus läggs på det positiva eller en stunds avkoppling och glädje mitt i en svår tid. En handbok med enkla strategier för att ta hand om sig själv skulle kunna ge en känsla av kontroll och självständighet. Utifrån en salutogen lins skulle en sådan

positiv inställning med fokus på att överleva och att hitta lösningar kunna öka möjligheten till en hälsosam och balanserad hantering av en svår situation. Struktur, meningsfulla aktiviteter och självomsorg kan öka förmågan att hantera stressorer och stärka en individs känsla av sammanhang (KASAM) (Antonovsky, 2005).

En förälder funderade över möjligheten att ge fler familjer tillgång till intensifierad behandling genom någon form av gruppintervention:

*”Jag tänkte så här att äta i grupp (...) Rent resursmässigt, om fler skulle kunna erbjudas, om det inte räcker till, att en sjuk har två behandlare så skulle man kunna samköra till exempel med mellanmål.”*

Denna förälder uttrycker en fundering om möjligheten för fler familjer att få ta del av stöd vid måltider trots begränsade resurser. Att samköra behandlingar och mellanmål skulle kunna vara ett sätt att effektivisera resurserna och därmed öka tillgängligheten för fler. En bieffekt av en sådan lösning skulle kanske kunna vara erfarenheten av att inte vara ensam om att försöka hantera en tuff situation. Genom att försöka hantera svårigheterna tillsammans med andra kan en känsla av samhörighet skapas, vilket ökar chanserna för att situationen skall upplevas både begriplig, hanterbar och meningsfull (Antonovsky, 2005).

#### 8.4 Sammanfattning av resultatet

Syftet med studien var att undersöka föräldrars upplevelse av lägenhetsbehandling vid ätstörning tillhandahållen av Ätstörningsteamet vid Barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i Östersund. Målet var att få kunskap om, och i så fall hur, behandlingsinsatsen bör modifieras för att bättre motsvara familjernas behov. Studien utgick från följande frågeställningar:

- Hur upplevde föräldrarna lägenhetsbehandlingen?
- Anser föräldrarna att behandlingsformen bör förändras för att insatsen skall vara så hjälpsam som möjligt i kampen mot barnets ätstörning och i så fall på vilket sätt?

För att uppnå syftet och besvara frågeställningarna användes en kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer och tematisk analys utifrån en induktiv ansats. Sju föräldrar som genomgått behandlingen intervjuades. Intervjuerna analyserades med hjälp av tematisk analys där tre huvudteman och nio underteman framträdde.

Resultatet visar att föräldrarna samstämmigt var tacksamma över att ha fått genomgå lägenhetsbehandling samt att de var eniga om att behandlingsmodellen har varit till hjälp i kampen mot barnets ätstörning. Särskilt hjälpsamma faktorer som lyftes var konkret hjälp och ökad kunskap om sjukdom och behandling, tydlig struktur, behandlingens intensitet samt behandlarnas närvaro och stöd vid utmaning av ätstörningen. Relationen till behandlarna upplevdes god och många föräldrar uttryckte att de hade känt stort emotionellt stöd från behandlarna under tiden i lägenheten. Belastning i vuxenrelationen under behandlingen påtalades liksom upplevda prestationskrav beträffande matlagning under behandlingsperioden. Några konkreta förslag på ändring av själva behandlingsmodellen framkom inte, däremot hade flera föräldrar tankar och idéer om vissa förbättringar, exempelvis förbättrad information inför behandlingen, visuellt stöd för att tydliggöra sjukdomsförlopp samt förbättrad vårdplanering för vård efter lägenhetsbehandlingen. Slutligen betonade flera föräldrar vikten av återhämtning samt gav tips och förslag på hur detta kan göras.



## 9 Diskussion

Då den forskning som finns är tunnsådd är också kunskapen om föräldrars upplevelse av denna typ av behandling väldigt begränsad. Mycket av denna studies fynd har dock gått att styrka utifrån de tidigare studierna om upplevelser av familjebaserad ätstörningsbehandling vid slutenvård. Liknande fynd kan möjligen också bekräftas av forskning inom närliggande områden, men detta har inte undersökts närmare i denna studie. De viktigaste fynden från studien presenteras nedan under respektive frågeställning.

### 9.1 Hur upplevde föräldrarna lägenhetsbehandlingen?

#### 9.1.1 Konkret stöd och utbildning

Studiens resultat visar att lägenhetsbehandlingen var hjälpsam för föräldrarna och deras barn i kampen mot ätstörningen. De fick ökad kunskap om ätstörningssjukdomen, konkreta verktyg för att hantera den och förståelse för ångestdrivna mekanismer. Den ökade kunskapen om portionsstorlekar och hur man hanterar barnets argumenterande om mat hjälpte dem att undvika destruktiva diskussioner och mönster. Innan behandlingen hade många anpassat familjens mat för att undvika konflikter och ångest, men i lägenhetsbehandlingen vågade de utmana ätstörningen genom att laga mat som de brukade äta innan barnet blev sjukt.

I likhet med den aktuella studien visade både Fink m.fl. (2017) och Nilsen m.fl. (2021) att familjerna fick ökad kunskap om och förståelse för ätstörningen under behandlingen. Fink m.fl. (2017) fann att familjemedlemmarna under behandlingen (FAP) blev tvungna att konfronteras med beteenden kopplade till sjukdomen. Detta gav dem en gemensam erfarenhet av att hantera sjukdomen, då de för första gången insåg sjukdomens omfattning och hur den påverkade deras familj. Forskarna upptäckte att även en liten förändring i hur familjerna hanterade sjukdomen kunde ge dem en förnyad känsla av motivation för pågående behandling (Fink m.fl., 2017). Dessa framsteg gjorde det möjligt för familjerna att utmana känslor av otillräcklighet och hopplöshet kring sina barns sjukdom. Forskarna drar slutsatsen att det är viktigt att fokusera på hur man initierar sådana förändringar för att hjälpa familjer att komma vidare i behandlingsprocessen. I Nilsen m.fl. (2021) rapporterade flera familjemedlemmar att deras allmänna kunskaper om ätstörningen hade förbättrats samt att detta ökade deras förståelse för de utmaningar som den drabbade brottades med, vilket de ansåg berodde på personalens expertis. Trots tidigare omfattande behandlingar, inklusive sjukhusvistelser, betonade flera föräldrar att detta var första gången de verkligen fick möjlighet att lära sig om ätstörningssjukdomen. Det visade sig också att föräldrarna, med stöd från behandlarna, slutade göra anpassningar av maten, vilket ledde till att måltiderna blev lugnare och mindre konfliktfyllda över tiden (Nilsen m.fl., 2021).

Resultaten från dessa tre studier tyder på att fördjupad kunskap och insikt om sjukdomen tillsammans med konkreta verktyg och stöd att sluta göra anpassningar tycks vara centrala komponenter för att underlätta framsteg och en mer framgångsrik behandlingsprocess. Föräldrarnas upplevelse av att under lägenhetsbehandlingen ha fått användbara verktyg i måltidssituationerna får en särskild betydelse då måltiderna utgör själva kärnan i behandlingsmodellen. Med forskarnas (Fink m.fl., 2017) upptäckt att en liten förändring i hur familjerna hanterade sjukdomen kunde ge dem förnyad känsla av motivation som bas, tillsammans med insikten om betydelsen av hur förändringar bör initieras, kan man fundera över vilka möjligheter behandlarna i lägenheten har att ytterligare stötta föräldrar att kunna göra små förändringar. Skulle en liten skillnad i hur behandlarna initierar förändring kunna leda till en faktisk skillnad för hur familjerna kommer vidare i behandlingsprocessen och ge dem förnyad känsla av motivation för pågående behandling?

### 9.1.2 *Behandlingens struktur*

Majoriteten av föräldrarna lyfte fram den tydliga strukturen i behandlingsmodellen som avgörande för behandlingsutfallet. Rutiner med 6 måltider/dag och näringsdryck vid svårigheter att äta var enkla metoder att följa i kaotiska situationer. Den fasta strukturen gjorde det möjligt för föräldrarna att trots barnets ångest hålla fast vid matplaneringen, vilket i sin tur gjorde barnet tryggare. Denna upplevelse av att stå kvar och hantera barnets ångest bidrog till ökad trygghet hos föräldrarna.

Även i studien av Nilsen m.fl. (2021) betonade föräldrarna fördelarna med den fasta strukturen i behandlingen (EDU) för att bryta mönster och återställa normala måltidsrutiner. De ansåg att denna struktur var en viktig faktor för att möjliggöra viktökning, förbättring av ätstörningssymtom och skapande av en känsla av trygghet. Föräldrarna betonade att strukturen var särskilt hjälpsam för att stärka deras upplevda självförmåga (dvs. upplevd egen förmåga att hantera situationen, författarens förklaring). Forskarna noterar att föräldrarnas självförmåga troligtvis är en av de avgörande mekanismerna för förändring i familjebaserade behandlingar.

Föräldrarnas uppskattning av lägenhetsbehandlingens tydliga struktur och resultaten från Nilsen m.fl. (2021) belyser den centrala roll en fast struktur har i ätstörningsbehandling. Denna struktur agerar som en stabil punkt i kaotiska situationer och hjälper föräldrar att trotsa utmaningar och ångest genom att följa en på förhand bestämd matplan. Förmågan att upprätthålla strukturen påverkar i sin tur barnets känsla av trygghet och förtroende i samband med måltider. Studien av Nilsen m.fl. (2021) betonar även en ökad självförmåga hos föräldrarna som ett resultat av den fasta strukturen. Trots att samma slutsats inte explicit framkommer i föreliggande studie, indikerar kommentarerna om en uppstyrd metod som är enkel att hålla sig till att föräldrarna även i denna studie troligtvis kände sig kapabla att hantera situationen.

### 9.1.3 *Intensitet i behandlingen och resurstäthet*

Föräldrarna upplevde att intensiteten i behandlingen och resurstätheten var viktiga faktorer. De flesta föräldrarna kände att de hade tillräckligt med träffar med behandlarna varje dag, vilket gav dem en känsla av att de fick tillräckligt med tid och stöd.

Liknande upplevelser om intensiteten i behandlingen noterades även i studien av Fink m.fl. (2017). Studien visade att den höga frekvensen av sessioner ökade behandlingsintensiteten på ett positivt sätt. Deltagarna förklarade att det ökade antalet sessioner under den korta tvåveckorsperioden gav dem fler möjligheter att diskutera och arbeta igenom familjefrågor som annars kanske hade blivit bortprioriterade i den vanliga behandlingsprocessen. Klinikerna betonade att den ökade tiden ansikte mot ansikte med familjen inte bara möjliggjorde en djupare bedömning, utan också påskyndade de strukturella förändringarna inom familjen som de strävade efter att uppnå (Fink m.fl., 2017).

Även om de föräldrar som fick lägenhetsbehandling inte uttryckte samma direkta koppling mellan många möten och underlättandet att ta upp angelägna frågor, så är det rimligt att dra slutsatsen att samarbetet med och relationen till behandlarna understödde möjligheten att ta upp angelägna spørsmål. Flera föräldrar betonade det goda samarbetet och den fina relationen med behandlarna, vilket antyder att detta var en viktig faktor i behandlingsprocessen.

### 9.1.4 *Stöd utanför kontorstid*

Stödet utanför kontorstid var något som flera föräldrar lyfte som särskilt värdefullt under tiden i lägenhetsbehandling. Medvetenheten om möjligheten att kontakta Akutteamet på BUP även under kvällar och helger var viktigt för föräldrarna och erfarenheten av bemötandet från Akutteamet var positivt.

Närhet till stöd utanför kontorstid var en faktor som också framhölls i studien från Fink m.fl. (2017). Forskarna fann att närheten till sjukhusstöd utanför kontorstid gav föräldrarna en bättre överblick över olika strategier och resurser som de kunde använda, särskilt i utmanande situationer som matvägran eller farligt beteende. Detta skapade en känsla av trygghet och tillit till att de kunde nyttja dessa stödfunktioner, till exempel att kontakta polis eller ambulans vid behov, något de tidigare kanske hade tvekat inför. Dessutom bidrog närheten till att omfattande stöd skapade en känsla av inneslutning och säkerhet, vilket underlättade terapeutiska förändringsprocesser (Fink m.fl., 2017).

Även för föräldrarna i lägenhetsbehandlingen innebar närheten till stöd utanför kontorstid en känsla av trygghet. Flera föräldrar lyfte hur viktigt detta stöd hade varit och en förälder menade att det stöd de hade fått från Akutteamet var det som gjorde att det vände för deras barn. Akutteamet på BUP i Östersund ingår inte i Ätstörningsteamet utan är ett eget team med uppdrag att träffa barn och ungdomar med alla typer av psykiatriska bekymmer. Erfarenheterna från föräldrarna i denna studie visar på vikten av att deras stöd finns att tillgå för de familjer som får lägenhetsbehandling. Svårbemästrade situationer hos en familj som kämpar med ätstörning uppstår inte enbart under kontorstid. Att ha möjlighet att få stöd på kvällar och helger när de ordinarie behandlarna inte är i tjänst kan stärka föräldrarna att hålla fast vid uppgjord planering och att kunna och orka hjälpa sitt ångestfyllda barn. Möjligheten till terapeutisk förändring till följd av ett massivt stöd utanför kontorstid, vilket konstaterades i studien av Fink m.fl., bör kunna vara relevant även för de familjer som genomgår lägenhetsbehandling.

#### *9.1.5 Relationella påfrestningar*

Familjerna som får lägenhetsbehandling lyfte utöver konkret stöd även fram vikten av att adressera relationella och emotionella aspekter i behandlingen. Flera av dem hade upplevelser av att ha saknat stöd från behandlarna att överbrygga relationella klyftor inom familjen.

I studien av Fink m.fl. (2017) konstaterades att behandlingen vid FAP hade en positiv inverkan på familjedynamiken genom att överbrygga klyftor i familjerelationerna. Både kliniker och familjemedlemmar observerade förändringar i hur familjemedlemmarna relaterade till och kommunicerade med varandra. Under behandlingen omstrukturerade sig familjerna på ett mer effektivt sätt för att nå behandlingsmålen. Detta åstadkoms genom att tydligare avgränsa familjroller och genom att utveckla relationella stilar som inte undvek konflikter. Programmet möjliggjorde utvecklingen av mer positiva familjerelationer, vilket hade en skyddande effekt och hjälpte familjen att ändra långvariga ohjälpsamma interaktionsmönster. Även i studien av Nilsen m.fl. (2021) noterades positiva förändringar i familjerelationerna under behandlingen. Familjemedlemmarna upplevde att relationellt avstånd minskade, vilket ledde till en ökad närhet och förbättrat samarbete. Konflikterna inom familjen minskade, vilket skapade en känsla av lugn. Forskarna såg detta som ett lovande resultat, då det stärkte familjesamarbetet och förebyggandet av sprickor i familjerelationerna utgör grunden för familjebaserad behandling.

Utifrån detta blir resultaten från föreliggande studie särskilt intressanta. Föräldrarna berättade om konkret hjälp med verktyg för att hantera ätstörningen i hemmet efter avslutad behandling, vilket tyder på att de upplevde att de fick hjälp att nå en samsyn om hur ätstörningen bör bemötas. Däremot verkar stödet för att överbrygga relationella klyftor ha varit bristfälligt. Frågan är om situationen under lägenhetsbehandlingen är så kritisk att det inte samtidigt finns utrymme att arbeta med vuxenrelationen, som en förälder reflekterade över. Eller kan det vara så att behandlarna brister i att se behovet av stöd till vuxenrelationen? En möjlig reflektion är att perioden i lägenheten är kort, endast 5–8 veckor, och att ett arbete med att stärka familjerelationer tar längre tid än så. Då studien från Fink m.fl. (2017) också visar på stärkta

relationer och avser en 2-veckorsbehandling faller dock detta argument platt. En slutsats av resultatet är att detta är en fråga som Ätstörningsteamet i Östersund bör titta närmare på.

#### *9.1.6 Relationen till och emotionellt stöd från behandlarna*

I studien noterades att de flesta föräldrarna upplevde en positiv relation och emotionellt stöd från behandlarna. Behandlarna beskrevs som vänner och föräldrarna kände sig trygga med det emotionella stöd de erbjöd. Stödet kändes värdefullt då många föräldrar var osäkra på hur de skulle hjälpa sina barn. Behandlarnas närvaro under svåra stunder gav lugn och trygghet i den osäkra situationen.

I studien av Nilsen m.fl. (2021) uttryckte föräldrarna att stödet från behandlarna var värdefullt då det gav dem en känsla av att inte vara ensamma i utmaningen och att detta skapade en meningsfullhet i behandlingen. Däremot saknas uppgifter i studierna av Nilsen m.fl. (2021) och Fink m.fl. (2017) om familjemedlemmarnas upplevelse av relationen till behandlarna. En möjlig tolkning av resultaten från dessa studier är att familjerna faktiskt upplevde positiva relationer till behandlarna, då detta skulle kunna vara en viktig faktor för att uppnå förbättringar i familjerelationerna. Detta är dock en spekulativ tolkning och inte något som med säkerhet kan fastslås.

Att resultatet gällande goda relationer till behandlarna inte kan styrkas av studierna av Fink m.fl. (2017) och Nilsen m.fl. (2021) innebär inte att den terapeutiska relationen är utan betydelse. Enligt Norcross m.fl. (2018) visar forskning att terapirelationen har en avgörande betydelse för behandlingsresultatet samt att den kan vara minst lika avgörande för resultatet som specifika behandlingsmetoder. Resultaten från denna studie indikerar att föräldrarna upplevde sin tid i behandlingslägenheten som påfrestande. I sådana situationer kan betydelsen av en positiv relation med behandlarna vara särskilt betydelsefull. En stödjande och givande relation kan skapa en känsla av trygghet och öppenhet, vilket kan skapa en miljö där föräldrarna känner sig bekväma att dela sina känslor, osäkerheter och framsteg. En stark terapeutisk relation skulle kunna motverka känslan av isolering och osäkerhet, vilket i sin tur kan stärka deras engagemang och motivation för behandlingen.

#### *9.1.7 Graden av föräldrainflytande*

Resultatet från denna studie tyder på att behandlingen inte har anpassats till varje familjs specifika behov, vilket blev tydligt genom erfarenheterna från olika föräldrar. En förälder kände sig lämnad ensam när behandlarna var tvungna att skynda vidare, medan en annan förälder inte kunde säga nej till samtal trots att det inte kändes behövligt.

Även i studien av Nilsen m.fl. (2021) konstaterar forskarna att EDU inte till fullo hade anpassats efter varje enskild familjs behov. De resonerar kring att det för vissa familjer var som om behandlingen misslyckades med att samkonstruera ett samarbetsförhållande. När familjer går in i behandling med unika sårbarheter, erfarenheter och behov måste den terapeutiska uppgiften vara att kontinuerligt förhandla och skraddarsy behandlingen efter varje familjs enskilda utgångspunkt (Nilsen m.fl., 2021).

Familjerna som får lägenhetsbehandling är högprioriterade på grund av intensifierat vårdbehov och resultatet visar att varje familj har unika behov som måste beaktas, men detta tycks inte alltid ske. Säkerställandet av tillräckligt och rätt stöd för familjerna i lägenhetsbehandling bör därför vara en prioriterad fråga.

## 9.2 Anser föräldrarna att behandlingsformen bör förändras för att insatsen skall vara så hjälpsam som möjligt i kampen mot barnets ätstörning och i så fall på vilket sätt?

Ett syfte med studien var att undersöka om föräldrarna ansåg att lägenhetsbehandlingen bör modifieras för att bättre svara mot familjernas behov. Några konkreta förslag på ändring av själva behandlingsmodellen framkom inte, däremot hade flera föräldrar tankar och idéer om vissa förbättringar.

### 9.2.1 Förbättrad information

I studien framkom det att några föräldrar kände stor osäkerhet när erbjudandet om lägenhetsbehandling kom och de efterfrågade tydligare information om vad familjen skulle packa med sig till lägenheten för att underlätta för dem. Utöver detta betonade ett par föräldrar behov av klarare information om sjukdomsförloppet samt önskemål om vidare vårdplanering för tiden efter avslutad lägenhetsbehandling. Detta visar på vikten av att tillhandahålla noggrann och tydlig information för att stödja familjerna inför, under och efter behandlingen.

I studierna av Fink m.fl. (2017) och Nilsen m.fl. (2021) nämns inte några specifika önskemål om förbättrad information från familjerna, varken gällande behandling, sjukdomsförlopp eller vidare vårdplanering. Betydelsen av information om hälsotillstånd och förväntat vård- och behandlingsförlopp är dock välkänt och regleras av Patientlagen (SFS 2014:821), vilken säkerställer patienters och närståendes rätt till denna typ av information.

Vid erbjudande om lägenhetsbehandling ges information om behandlingen och de flesta familjer erbjuds möjlighet att gå på studiebesök i behandlingslägenheten innan behandlingsstart. Dock finns ingen utförlig skriftlig information om behandlingen och inte heller någon packlista över vad familjerna kan behöva ta med till lägenheten. För en familj i kris kan det vara svårt att uppfatta och minnas all information som ges, varför en skriftlig beskrivning av behandlingen liksom en packlista skulle kunna vara ett sätt att möta familjernas behov. Vad gäller önskemålet om tydligare information om sjukdomsförloppet är det som tidigare beskrivits (avsnitt Prevalens, incidens och förlopp) av flera skäl svårt att ge en generell skildring av sjukdomsförlopp och tillfrisknandeprocess (af Sandeberg & Bengtsson, 2015; Wallin m.fl., 2019). Det bedöms dock ändå viktigt att visa förståelse för föräldrarnas maktlöshet inför sjukdomen och inse att önskemålet om konkret information skulle kunna vara ett sätt att försöka bringa ordning i kaos. Det en svår uppgift för behandlare att så långt det är möjligt visa på en möjlig tillfrisknandeprocess och att samtidigt klargöra att vägen till tillfrisknande för den som är drabbad är unik och nära nog omöjlig att förutse. Önskemålet om tydlighet gällande vidare vårdplanering rörde tiden efter lägenhetsbehandlingen, men uppstod under tiden i lägenheten. Att tillhandahålla tydlig information om vidare vårdplanering efter lägenhetsbehandlingen skulle kunna mötas genom att erbjuda skriftlig information om möjliga fortsatta steg och stöd. På så sätt skulle familjerna kanske kunna känna sig bättre förberedda och trygga i den process som väntar efter lägenhetsbehandlingens avslut.

### 9.2.2 Sänka prestationskrav

Studien visar att flera föräldrar upplevde en känsla av prestation kopplat till matlagning under lägenhetsbehandlingen. Förslag om att få mat från annat håll och önskemål om att behandlarna ska dämpa kraven på matlagningen framfördes av föräldrarna.

Det är omöjligt att göra någon jämförelse utifrån tidigare forskning gällande prestationskrav kopplat till matlagning då det inte finns några uppgifter kring vem som lagar maten i de studier som påträffats.



Dock kan det konstateras att detta är en viktig fråga för Ätstörningsteamet på BUP i Östersund att ta hänsyn till, då föräldrarnas redan tidigare upplevelse av stress och belastning inte bör förstärkas. Känslan av press och prestationskrav kring matlagningen kan öka föräldrarnas stressnivåer och skapa en känsla av otillräcklighet. Detta kan i sin tur påverka deras förmåga att hantera barnets ätstörning. Föräldrarna uttryckte även tankar om catering som en möjlig lösning. Samtidigt framkom också tankar om vikten av att få hjälp att våga laga den mat som de sedan förväntas kunna laga på egen hand när familjen återvänder hem. Att hjälpa till att sänka föräldrarnas prestationskrav, värna deras ork och samtidigt stötta dem att gradvis kunna klara av matlagningen på egen hand efter hemkomsten är en viktig fråga som Ätstörningsteamet bör överväga och ta hänsyn till i behandlingsprocessen.

### 9.2.3 *Tips om förströelse och återhämtning*

I studien framkom att flera föräldrar upplevde behov av att fylla ut tiden i lägenheten, både som ett sätt till förströelse, och som ett sätt att mota bort ätstörningen. Här föreslogs icke-energikrävande aktiviteter utanför lägenheten, spel, pussel och pyssel. Förslag om fler "läxuppgifter" från behandlarna gavs, som ett sätt att strukturera tiden och ge familjerna mer att fokusera på under behandlingen. Även om samtliga föräldrar uttryckte tacksamhet över att ha genomgått behandlingen var de också närmast samstämmigt överens om att tiden i lägenheten hade varit påfrestande. Flera föräldrars förbättringsförslag fokuserade på möjligheten till återhämtning och vikten av att ta hand om sig själva för att orka stötta sina barn. Egentid, socialt umgänge med vänner och att koppla av i soffan med en kopp kaffe var några av de förslag som framfördes. Detta understryker behovet av att uppmärksamma och stödja föräldrarnas välbefinnande under behandlingsperioden.

Studien av Fink m.fl. (2017) visar att vägen mot ett liv utan ätstörning för flera familjer är en pågående återhämtningsprocess som innefattar hantering av både psykisk hälsa och ätstörningsrelaterade problem. Föräldrarna beskrev att de rörde sig bort från ätstörningen mot ett friskare liv, snarare än att ha nått ett slutmål.

Det är välkänt att ätstörningsförloppet kan vara långdraget (Wallin m.fl., 2019). Som tidigare nämnts kan processen att bli frisk från en ätstörning pågå under lång tid. Föräldrar förväntas ta stort ansvar för behandlingen, vilket riskerar att innebära såväl fysiska som psykiska besvär som följd. Dessutom upplever närstående till personer som är drabbade av ätstörning många gånger att det stöd de själva blir erbjudna av vården är otillräckligt (Levallius, 2023). Vikten av att hitta sätt till återhämtning för att orka genomföra det maratonlopp det innebär att stötta sitt barn att bli friskt är därför angelägen. De föreslagna sätten till återhämtning från föräldrarna i föreliggande studie tyder på insikt om vikten av att ta hand om sig själva för att kunna stödja sina barn. Att hitta sätt till återhämtning kan ses som ett sätt att stärka den övergripande känslan av sammanhang genom att skapa förståelse för vikten av egenomsorg och därigenom öka hanterbarheten och meningsfullheten i deras roll som stödjande föräldrar.



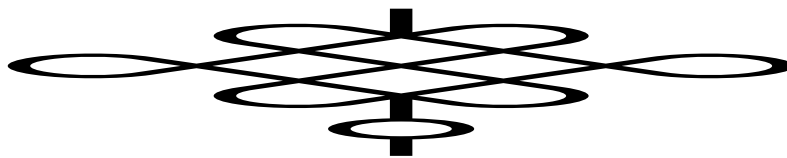
### 9.3 Slutsatser och vidare forskning

Sammanfattningsvis bedöms syftet med studien vara uppfyllt och frågeställningarna besvarade. Studien ger insikt om hur föräldrar som har genomgått lägenhetsbehandling tillhandahållen av Ätstörningsteamet i Östersund upplevde behandlingen. Några konkreta förslag på ändring av själva behandlingsmodellen har inte framkommit, däremot framfördes tankar och idéer om vissa förbättringar.

En slutsats är att lägenhetsbehandlingen gjorde det möjligt att på kort tid lyckas vända den kritiska situation som rådde före behandlingen så att sedvanlig FBT-behandling i öppenvård kunde bli möjlig. För att bättre kunna förstå de enskilda föräldrarnas inställning till behandlingen samt för att bättre anpassa stödet efter den enskilda familjens unika stödbehov bör behandlarna närmare utforska förväntningar inför behandlingen samt föra en kontinuerlig dialog med berörda föräldrar under behandlingstiden. Andra slutsatser är att behandlarna kan behöva hjälpa till att dämpa föräldrars prestationskrav gällande matlagning samt undersöka behov av stöd för att överbygga relationella klyftor i vuxenrelationen.

Studiens potentiella styrka ligger i att deltagares upplevelser av familjebaserad ätstörningsbehandling vid slutenvård är ett globalt outforskat område (Nilsen m.fl., 2021; Fink m.fl., 2017). När det gäller lägenhetsbehandling av motsvarande modell som den som erbjuds i Östersund finns enbart en kvantitativ studie av Wallin & Holmer (2021). Föreliggande studie om föräldrars upplevelse av lägenhetsbehandling tillhandahållen av Ätstörningsteamet i Östersund kan därmed bidra med viktig kunskap inom området.

Att tillfriskna från en ätstörning är ofta en lång och mödosam kamp. Kostnaderna för medicinsk och psykiatrisk slutenvård kan vara betydande och påfrestningarna för närstående betungande. Konsekvenserna av långvarig vård på slutenvårdsavdelningar kan i värsta fall förvärra den drabbades prognos. Gällande öppenvårdsbehandling råder det inom området konsensus gällande vikten av familjens medverkan i behandlingen för barn och ungdomar. Trots denna kunskap är det fortfarande vanligt att de barn som är svårast drabbade av ätstörningssjukdom placeras inom slutenvård utan att familjen involveras. Den hittillsvarande forskningen gällande familjebaserad ätstörningsbehandling vid slutenvård är mycket begränsad, varför det finns behov av ytterligare studier, såväl kvalitativa som kvantitativa.



## 10 Referenslista

- Af Sandeberg, A. M., & Bengtsson, O. (2015). Ätstörningar. I *Läkemedelsboken.se*. Läkemedelsverket. [Ätstörningar | Läkemedelsboken \(lakemedelsboken.se\)](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1025)
- Agras, S. W., Lock, J., Brandt, H., Bryson, S. W., Dodge, E., Halmi, K. A., Jo, B., Johnson, C., Kaye, W., Wilfley, D., & Woodside, B. (2014). Comparison of 2 Family Therapies for Adolescent Anorexia Nervosa: A Randomized Parallel Trial. *JAMA Psykiatri*, 71(11), 1279–1286. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1025>
- Ahrne, G. & Svensson, P. (2015). *Handbok i kvalitativa metoder*. Liber.
- American Psychiatric Association. (2014). *Mini-D 5: Diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Pilgrim Press.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Natur och kultur.
- Bentz, M., Holm Pedersen, S., & Moslet, U. (2021). An evaluation of family-based treatment for restrictive-type eating disorders, delivered as standard care in a public mental health service. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1–141. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00498-2>
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. Sage Publications.
- Brockmeyer, T., Friederich, H.-C., & Schmidt, U. (2018). Advances in the treatment of anorexia nervosa: A review of established and emerging interventions. *Psychological Medicine*, 48(8), 1228–1256. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291717002604>
- Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder* (3 uppl.). Liber.
- Clinton, D., & Birgergård, A. (2017, 30 maj). Stort mörkertal för ätstörningar – fler behöver hjälp tidigt. *Läkartidningen*. 2017,114:EPI3. <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2017/05/atstorningar-drabbar-200-000-fler-behoover-hjalp-tidigt/>
- Clinton, D., & Norring, C. (Red.). (2012). *Ätstörningar: Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Natur & Kultur.
- Court, J. P. M., & Kaplan, A. S. (2016). The Disjointed Historical Trajectory of Anorexia Nervosa Before 1970. *Current psychiatry reports*, 18(1), 1–9. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0641-6>
- Creswell, J., & Poth, C. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage Publications.
- Dahlborg-Lyckhage, E. (2017). Att analysera berättelser. I F. Friberg (red.). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.171–181). Studentlitteratur.
- Danielsson, O. (2017). Sjukdom med många ansikten. *Medicinsk Vetenskap*, 4, 34–45. [https://issuu.com/karolinska\\_institutet/docs/mv\\_nr\\_4\\_2017](https://issuu.com/karolinska_institutet/docs/mv_nr_4_2017)
- Eisler, I., Dare, C., Russell, G. F. M., Szmuckler, G., le Grange, D., & Dodge, E. (1997) Family and individual therapy in anorexia nervosa: A 5-year follow up. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1025–1030.

- Erlingsson, C., & Brysiewicz, P. (2017). A hands-on guide to doing content analysis. *African Journal of Emergency Medicine*, 7(3), 93-99.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2017.08.001>
- Ernvik, U. (2019). *Familjeterapi: En utforskande och samskapande lek som förvandlar relationer*. Studentlitteratur.
- Fink, K., Rhodes, P., Miskovic-Wheatley, J., Wallis, A., Touyz, S., Baudinet, J., & Madden, S. (2017). Exploring the effects of a family admissions program for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 51–51.  
DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0181-z>
- Fjelkegård, M., von Hauswolff-Juhlin, Y., & Olsen, E-M. (2020). Hur påverkar involvering av familjen heldygnsbehandling av barn och tonåringar med restriktiv ätstörning?: En retrospektiv jämförelse av två heldygnsavdelningar. *Fokus på Familjen*, 48(1), 22–31.  
DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2020-01-03>
- Ganci, M. (2020). *Familjebaserad behandling: Handbok för föräldrar vars barn behandlas för anorexia nervosa*. Studentlitteratur.
- Ghaderi, A., & Parling, T. (2007). *Från självsvält till ett fullvärdigt liv: en ny KBT-metod i 6 steg*. Natur & Kultur.
- Gowers, S. G., Clark, A., Edwards, V., Bryan, C., Smethurst, N., Byford, S., & Barrett, B. (2007). Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 191, 427–35.  
DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.036764>
- Gowers, S. G., An, J. Weetm, Shore, A., Hossain, F., & Elvins, R. (2000). Impact of hospitalisation on the outcome of adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 176(2), 138–141. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.176.2.138>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Halvorsen, I., Reas, D.L., Nilsen, J.-V., & Rø, Ö. (2017). Naturalistic Outcome of Family Based Inpatient Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 26(2). DOI: <https://doi.org/10.1002/erv.2572>
- Hay, P., Aouad, P., Le, A., Marks, P., Maloney, D., Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Epidemiology of eating disorders: population, prevalence, disease burden and quality of life informing public policy in Australia—a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 23-23. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00738-7>
- Helander, I. (2022, 29 september). Efter pandemin – kraftig ökning av patienter med ätstörningar. *Läkartidningen*. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2022/09/efter-pandemin-kraftig-okning-av-patienter-med-atstorningar/>
- Holme, I. M., & Solvang, B. K. (1991). *Forskningsmetodik: Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Studentlitteratur.
- Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P., & Viljanen, R. (2011). *Jag har redan ätit: att vara anhörig till någon som lider av ätstörning*. Gothia.

- Kunskapscentrum för ätstörningar. (2017a, maj). *Faktablad om ätstörningar*.  
<https://atstorning.se/wp-content/uploads/2017/09/Nr-8-Vad-beror-a%cc%88tsto%cc%88rningar-pa%cc%8a-3.pdf>
- Kunskapscentrum för ätstörningar. (2017b, maj). *Hur vanliga är ätstörningar?*  
<https://atstorning.se/wp-content/uploads/2017/06/Nr-6-Hur-vanliga-a%cc%88r-a%cc%88tsto%cc%88rningar.pdf>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur.
- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 1–5. DOI: <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1002/eat.20751>
- Levallius, J. (2023). *Vårdrapporten 2022 drabbades och närståendes upplevelser av vård för ätstörning*. Frisk & Fri - Riksföreningen mot ätstörningar. <https://www.friskfri.se/wp-content/uploads/2023/02/Vardrapporten-2022-drabbades-och-narstaendes-upplevelser.pdf>
- Lindgren, B-M.; Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, 108, 103632–103632. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
- Lock, J. (2018). Family therapy for eating disorders in youth: Current confusions, advances, and new directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(6), 431–435. DOI: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000451>
- Lock, J., & Le Grange, D. (2013). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach* (2 uppl.). Guilford Press.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1025–1032. DOI: [10.1001/archgenpsychiatry.2010.128](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.128)
- Lundsbye, M., Sandell, G., Währborg, P., Fälth, T., & Holmberg, B. (2010). *Familjeterapins grunder*. Natur & Kultur.
- Madden, S., Miskovic-Wheatley, J., Wallis, A., Kohn, M., Lock, J., Le Grange, D., Jo, B., Clarke, S.m Rhodes, P., Hay, P., & Touyz, S. (2015). A randomized controlled trial of in-patient treatment for anorexia nervosa in medically unstable adolescents. *Psychological Medicine*, 45(2), 415–427. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291714001573>
- Matthews, A., Peterson, C. M., Peugh, J., & Mitan, L. (2019). An intensive family-based treatment guided intervention for medically hospitalized youth with anorexia nervosa: Parental self-efficacy and weight-related outcomes. *European Eating Disorders Review*, 27(1), 67–75. DOI: <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1002/erv.2632>
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia in context*. Harvard University Press.
- Nationalencyklopedin. (u.å.). *DSM. I Nationalencyklopedin*. Hämtad 2023, 10 mars från <https://www-ne-se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/dsm>

- Nilsen, J-V., Rø, Ø., Halvorsen, I., Weie Oddli, H., & Wiig Hage, T. (2021). Family members' reflections upon a family-based inpatient treatment program for adolescent anorexia nervosa: a thematic analysis. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 7–7. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00360-x>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000193>
- Psykologguiden. (u.å.). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*. Hämtad 2023, 10 mars från <https://www.psykologguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=DSM%20Diagnostic>
- Raventós, B., Abellan, A., Pistillo, A., Reyes, C., Burn, E., & Duarte-Salles, T. (2023). Impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders diagnoses among adolescents and young adults in Catalonia: A population-based cohort study. *The International Journal of Eating Disorders*, 56(1), 225-234. DOI: <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1002/eat.23848>
- Riksat. (2023). *Årsrapport 2020*. <https://riksat.registercentrum.se/statistik/arsrapporter/p/B1gb4PrOM>
- Russel, F. M., Szmuckler, G. I., Dare, C., & Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047–1056.
- Selvini Palazzoli, M. (1979). *Anorexi: Boken om självsvalt*. Natur & Kultur.
- SFS 2008:355. *Patientdatalag*. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355\\_sfs-2008-355](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355)
- SFS nr: 2014:821. *Patientlag*. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821/#K3](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/#K3)
- Silverman, J. (1986). Anorexia nervosa in seventeenth century England as viewed by physician, philosopher, and pedagogue an essay. *The International Journal of Eating Disorders*, 5(5), 847–853. DOI: [https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1002/1098-108X\(198607\)5:5<847::AID-EAT2260050506>3.0.CO;2-S](https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1002/1098-108X(198607)5:5<847::AID-EAT2260050506>3.0.CO;2-S)
- Skrabanek, P. (1983). Notes towards history of anorexia nervosa. *Janus*, 70(1/2), 109–128.
- Socialstyrelsen. (2014). *Anhöriga som ger omsorg till närstående: Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser*. Hämtad 2023, 9 februari från <https://www.socialstyrelsen.se/api/publication/huvuddokument/?artikelnummer=2014-10-10>
- Socialstyrelsen. (2021). *Anhöriga som vårdar eller stödjer någon de står nära: Underlag till en nationell strategi*. Hämtad 2023, 9 februari från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-6-7464.pdf>
- Socialstyrelsen. (2022a). *Barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård och tvångsvård*. Hämtad 2023, 9 februari från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2022-9-8101.pdf>



- Socialstyrelsen. (2022b). *Nationella riktlinjer för vård vid ätstörningar*. Hämtad 2023, 4 maj från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/atstorningar/>
- Socialstyrelsen. (2023a). *Kodning inom psykiatrin*. Hämtad 2023, 10 mars från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icd-10/psykiatrikoder/>
- Socialstyrelsen. (2023b). *Vill du delta i arbetet med Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid ätstörningar?* Hämtad 2023, 4 maj från <https://www.srat.se/globalassets/tandhygienisterna/dokument/intresseanmalan-till-konsensuspanel-for-nationella-riktlinjer-for-var-d-vid-atstorningar.pdf>
- Socialstyrelsen. (u.å.). *Statistikdatabas för diagnoser*. Hämtad 2023, 6 juli från [Statistikdatabaser - Diagnoser - Val \(socialstyrelsen.se\)](https://www.socialstyrelsen.se/statistikdatabaser-diagnoser-val)
- Spettigue, W, Norris, M. L., Douzief, I., Henderson, K., Buchholz, A., Valois, D. D., Hammond, N. G., & Obeid, N. (2019). Feasibility of implementing a family-based inpatient program for adolescents with anorexia nervosa: A retrospective cohort study. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 887–887. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00887>
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. [https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forsknings-sed\\_VR\\_2017.pdf](https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forsknings-sed_VR_2017.pdf)
- Wallin, U. (u.å.). *Multifamiljeterapi vid anorexia nervosa: Behandlingsmanual*. <https://docplayer.se/1118688-Multifamiljeterapi-vid.html>
- Wallin, U., & Holmer, R. (2021). Long-term outcome of adolescent anorexia nervosa: Family treatment apartments compared with child psychiatric inpatient treatment. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 640622–640622. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.640622>
- Wallin, U., & Persson, M. (2006). Intensive family treatment in an apartment setting as part of an integrated treatment model for severe cases of anorexia nervosa in childhood and adolescence. In Devore, D.M (red). *New developments in parent-child relations*. Nova Science Publishers, 163–177.
- Wallin, U., Sandeberg, A-M af., Nilsson, K., & Linné, Y. (2019). *Ätstörningar: kliniska riktlinjer för utredning och behandling* (3 uppl.). Svenska Psykiatriföreningen.
- Wallis, A., Alford, C., Hanson, A., Titterton, J, Madden, S., & Kohn, Michael. (2013). Innovations in Maudsley family-based treatment for anorexia nervosa at the Children's hospital at Westmead: A family admission programme. *Journal of Family Therapy, 35*(1), 68–81. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2012.00604.x>
- Wentz, E., Gillberg, I. C., Anckarsäter, H., Gillberg, C., & Råstam, M. (2009). Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *British Journal of Psychiatry, 194*(29), 168–174. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048686>



## 11 Bilaga 1 – Ätstörningsdiagnoser, utom anorexia nervosa

*Pica* är en ätstörningsdiagnos där den drabbade äter icke-näringsrik substans vid flera tillfällen under minst 1 månad, såsom jord eller sand (American Psychiatric Association, 2014). Beteendet är inte lämpligt för åldern och motsvarar inte sociala, kulturella eller religiösa normer. Om detta beteende sammanfaller med andra psykiatriska eller medicinska problem skall det bedömas som tillräckligt allvarligt för särskild klinisk uppmärksamhet.

*Idisslande* innebär att maten, sedan minst 1 månad tillbaka, vid upprepade tillfällen stöts upp för att därefter tuggas om, sväljas ned eller spottas ut (American Psychiatric Association, 2014). Beteendet är inte en konsekvens av något annat medicinskt tillstånd. Avvikelsen förekommer inte enbart i kombination med anorexia nervosa, bulimia nervosa, hetsättningsstörning eller undvikande/restriktiv ätstörning.

*Undvikande /restriktiv ätstörning (ARFID)* är en form av ätstörning som kännetecknas av bristande intresse för mat eller att äta mat, känslighet för matens sensoriska egenskaper eller en upptagenhet av negativa konsekvenser kopplade till att äta (t ex kräkfobi eller rädsla för att sätta i halsen) (American Psychiatric Association, 2014). Diagnosen är inte kopplad till viktfoxi eller kroppsmisshöje.

*Bulimia nervosa (BN)* kännetecknas av hetsätningsepisoder, där den drabbade under en begränsad tid äter en avsevärt större mängd mat än de flesta personer, samt upplever kontrollförlust över ätandet (American Psychiatric Association, 2014; Riksät, 2023). För att kompensera hetsätningens effekter utövar personen någon form av kompensatoriskt beteende, exempelvis kräkning, laxering eller överdrivet tränande. Även här föreligger en rädsla för viktuppgång liksom en stark koppling av självkänsla till vikt och kroppsform.

*Hetsättningsstörning (BED)* påminner till stor del om bulimia nervosa, med ett onormalt stort matintag och en upplevelse av kontrollförlust, men utan något kompensatoriskt beteende (American Psychiatric Association, 2014; Riksät, 2023). Beteendet leder ofta till övervikt, men det förekommer inte nödvändigtvis någon rädsla för viktuppgång eller att självkänslan är kopplad till vikt eller kroppsform. Den drabbade har ett påtagligt lidande med starka skamkänslor kopplade till beteendet.

*Andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom (OSFED)* innebär att alla kriterier för en viss diagnos är inte uppfyllda (American Psychiatric Association, 2014; Riksät, 2023). Kategorin används när klinikern väljer att ange de specifika skälen till att den kliniska bilden inte motsvarar en speciell diagnos. Tillståndet medför stort lidande.

*Ospecificerad ätstörning eller födorelaterade syndrom (EDNOS)* innebär att alla kriterier för en viss diagnos inte är uppfyllda, men att klinikern väljer att inte ange några specifika skäl för detta (American Psychiatric Association, 2014). Båda tillstånden innebär dock ett påtagligt lidande för den drabbade, vanligen med försämrad social funktion som följd. Diagnosen används vanligen när informationen är otillräcklig för att ställa en specifik diagnos. Tillståndet medför stort lidande.

*Ortorexi* ingår inte som diagnos i DSM-manualen American Psychiatric Association och är formellt sett inte en ätstörningsdiagnos (1177.se). I Sverige syftar begreppet på överdriven träning i kombination med strikt diet, vilket ingår som ett kriterie vid anorexia nervosa. I internationella sammanhang har begreppet en delvis annorlunda innebörd och syftar då vanligen på en överdriven hälsosam diet, utan att nödvändigtvis vara kopplad till träning.

---

(Källa: American Psychiatric Association. (2014). *Mini-D 5: diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Pilgrim Press.; Riksät. (2023). Årsrapport 2020. <https://riksat.registercentrum.se/statistik/arsrapporter/p/B1gb4PrOM>; 1177.se. (2023, 16 maj). <https://www.1177.se/Jamtland-Harjedalen/sjukdomar--besvar/psykiska-sjukdomar-och-besvar/atstorningar/atstorningar/>)

## 12 Bilaga 2 – Förklaring av förkortningar i texten

AN	Anorexia nervosa.
BED	Binge eating disorder. På svenska: Hetsättningsstörning.
BN	Bulimia nervosa.
EDU	Eating Disorder Unit. Enheten för ätstörningar, ett familjebaserat behandlingsprogram vid slutenvårdsinläggning i Oslo, Norge.
EE	Expressed emotion. Nivå av kritisk attityd, grad av fientlighet och emotionellt överengagemang som i vissa fall uppmäts hos närstående till personer med psykisk ohälsa.
FAP	Family Admission Program. Familjebaserat behandlingsprogram vid slutenvårdsinläggning i Sydney, Australien.
FBT	Family Based Treatment. Familjebaserad behandling vid ätstörning hos barn och ungdomar.
GMR	Generella motståndsresurser (inom salutogenes), t ex ekonomisk trygghet, intelligens, socialt stöd, självkänsla, hälsosamma levnadsvanor samt tillit till samhällets institutioner
IPA	Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Tolkande fenomenologisk analys.
KASAM	Känsla av sammanhang (inom salutogenes), beskriver en persons förmåga att förstå, hantera och finna mening i olika livssituationer.

## 13 Bilaga 3 – Välkommen på Matstöd

Matstöd är ett konkret verktyg för att bryta svält och normalisera ätande.

Frukost klockan 08.00

Lunch klockan 11.30

Kom gärna minst 5-10 minuter innan

Varje måltid pågår 30 minuter och vi sitter kvar tiden ut.

Toalettbesök efter måltid är inte tillåtet, så gå på toaletten innan.

Maten läggs upp av förälder med stöd av behandlare.

Eventuella allergier meddelas till behandlare. Vi serverar normalkost.

Så här går det till:

All mat på tallriken ska ätas upp inom 30 minuter. eftersom det kan vara svårt att äta upp all mat i början av matstödet kommer vi då att ta bort tallriken och ersätta med kosttillägg.

Om du äter upp hälften på tallriken serveras du **EN** näringsdryck.

Om du äter upp mindre än hälften på tallriken serveras du **TVÅ** näringsdrycker. Näringsdrycken ska drickas upp på 10 minuter.

Om du blir sjuk och behöver avboka matstödet. Ring din behandlare eller BUP sekreterare.

Telefon: 063 -XX XX XX

Koden till Ätstörningsteamet XXXX Adress: Fältjägarväg 6 plan 3.

## 14 Bilaga 4 – Brev till respondenter

Bästa förälder

Mitt namn är Caroline Schubert, jag läser sista året på psykoterapeutprogrammet vid Göteborgs Universitet och denna termin skall jag skriva uppsats. Utöver studierna arbetar jag i Ätstörningsteamet på Barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i Östersund. Inom ramen för Ätstörningsteamets verksamhet erbjuds ibland lägenhetsbehandling, när sedvanlig öppenvårdsbehandling visat sig vara otillräcklig, eller som fortsatt behandling efter slutenvårdsvistelse. Som ämne för uppsatsen har jag valt att titta närmare på föräldrars upplevelse av lägenhetsbehandlingen. Jag är intresserad av hur föräldrar som har erfarenhet av behandlingen upplevde behandlingsformen och om de anser att behandlingsformen bör förändras för att insatsen skall vara så hjälpsam som möjligt i kampen mot barnets ätstörning.

Min avsikt är att under februari – mars 2023 intervjua ett antal föräldrar kring upplevelsen och erfarenheten av behandlingsformen. Det är givetvis frivilligt att delta i denna undersökning och varken deltagande eller avböjande till medverkan kommer att få några konsekvenser för pågående eller eventuell framtida behandling vid mottagningen. Du har rätt att avbryta din medverkan utan att ange något skäl för detta. All information är konfidentiell, vilket innebär att samtliga intervjupersoner är avidentifierade och att resultatredovisningen kommer ske anonymt. Resultatredovisningen kommer fokusera på föräldrar som grupp, inte på enskilda individer, och intervjuerna kommer enbart att användas i detta forskningsändamål. Intervjuerna kan ske i Ätstörningsteamets lokaler i Östersund eller på annan valfri plats. Förväntad tidsåtgång är ca 60 minuter. Intervjuerna kommer att spelas in för att underlätta utskrift och analys. Inspelade intervjuer och rådata förstörs så snart studien är slutförd och godkänd. Du får gärna ta del av uppsatsen när den är färdig.

Om du kan tänka dig att medverka i denna studie är du välkommen att höra av dig direkt till mig på e-mail eller telefon. Om du och ditt barn har kontakt med annan behandlare inom teamet kan du också lämna en intresseanmälan via behandlaren så kontaktar jag dig. Om du har några frågor eller funderingar är du välkommen att kontakta mig för mer information.

Med vänlig hälsning

Caroline Schubert

E-post: [caroline.schubert@regionjh.se](mailto:caroline.schubert@regionjh.se)

Mobil: 073-047 39 81

Handledare vid Göteborgs universitet:

Karin Stinesen Kollberg, Med.Dr/Ph.D. Universitetslektor

E-mail: [karin.stinesen@socwork.gu.se](mailto:karin.stinesen@socwork.gu.se)

## 15 Bilaga 5 – Intervjuguide

### Innan påbörjad lägenhetsbehandling

#### *Familjen*

- ❖ Berätta lite om hur familjen såg ut vid tiden för lägenhetsbehandlingen.
  - Hel familj? Separerad familj? Syskon, ålder? Boende?
  - På vilket sätt påverkade ätstörningen familjens vardag? Matvanor? Matstunder?
  - Hade ni föräldrar samma syn på ätstörningen? Förståelse för varandras inställning? Hur såg samarbetet ut?
  - Påverkades familjerelationerna i övrigt? På vilket sätt? Sammanhållning? Socialt umgänge?
  - Hur påverkades relationen till ditt sjuka barn?
  - Medförde ätstörningen några andra förändringar för er familj? Vilka?
  - Hur länge hade ditt/ert barn varit sjukt innan ni sökte hjälp?

#### *Vård innan lägenhetsbehandling*

- ❖ Berätta kort om den ätstörningsvård ert barn och er familj fick innan lägenhetsbehandlingen.
  - Öppenvård? Slutenvård? Eventuell kötid till behandling?
  - Vilka familjemedlemmar deltog i den behandling ni fick innan lägenhetsbehandlingen?

### Lägenhetsbehandlingen

#### *Innan lägenhetsbehandlingen*

- ❖ Kom erbjudandet om lägenhetsbehandling vid rätt tidpunkt?
  - För tidigt? För sent?
- ❖ Vad tänker du idag om den information ni fick om lägenhetsbehandlingen?
  - Var den tydlig? Tillräcklig? Saknade du något?
- ❖ Vad var din inställning till lägenhetsbehandling?
  - Vilka förväntningar hade du? Hade du några farhågor?
  - Hur resonerade ni om vilka familjemedlemmar som skulle delta i lägenhetsbehandlingen? Uppmuntrades syskons medverkan? Borde behandlarna förhållit sig på ett annat sätt gällande syskons medverkan?

#### *Tiden i behandlingslägenheten*

- ❖ När/under vilken period fick ni lägenhetsbehandling?
- ❖ Berätta om dina tankar och hur det kändes att flytta in i lägenheten.
  - Lättnad? Vad kändes svårt eller jobbigt?
- ❖ Om inte hela familjen deltog i lägenhetsbehandlingen – hur påverkade det familjen?
  - Sammanhållning? Samarbete?
- ❖ Vilken inverkan hade behandlingen på er familj?
  - På föräldrasamarbetet?
  - Förändrades relationen mellan er föräldrar? På vilket sätt?
  - På relationerna i övrigt i familjen? På relationen till barnet? På syskonrelationerna?
  - Möjlighet till umgänge och kontakt med nätverk och vänner?
  - Arbete? Tillfällig föräldrapenning?
  - Skolgång? För barnet? För syskon?

- ❖ Berätta om din upplevelse och dina tankar om lägenhetsbehandlingen.
  - Utformning? Stöd till föräldrar? Stöd till barnet? Stöd till syskon?
  - Matsituationer?
  - Hempermissioner?
  - Dietist? Sjukgymnast?
  - Vad upplevde du som särskilt värdefullt?
  - Vilka lärdomar fick du?
  - Fick du verktyg för att kunna stötta ditt barn i kampen mot ätstörningen? Vilka var de viktigaste verktygen?
  - Var det något du saknade – under tiden i lägenheten eller nu i efterhand?
  - Är det något du är missnöjd med?
  - Har du förslag på förändringar?

#### *Critical incidents*

- ❖ Berätta om ett eller flera specifika tillfällen då du upplevde att stödet under lägenhetsbehandlingen var riktigt bra. Vad var det som gjorde att det kändes så bra just då?
- ❖ Kommer du ihåg något eller några specifika tillfällen där du upplevde att något som sades eller gjordes av vårdpersonal kändes fel? Kan du sätta fingret på varför du kände så? Hur skulle du ha velat bli bemött i stället?

#### *Lägenhetsbehandlings avslut*

- ❖ Under hur lång tid fick er familj lägenhetsbehandling?
  - Har du några tankar om längden på behandlingsformen? För lång? För kort?
- ❖ Berätta hur du tänker om behandlingens avslut.
  - Kände du dig redo?
  - Hur förbereddes avslutet? Vilka familjemedlemmar skulle vara med?
  - Hade avslutet kunnat förberedas bättre? På annat sätt?
  - Fanns det en tydlig planering för fortsatt vård?

#### *Personalen*

- ❖ Berätta om samarbetet med era behandlare.
  - Hur upplevde du att du och er familj blev bemötta av era behandlare?
  - Hur upplevde du behandlarnas förståelse för er familjs situation?
  - Kan du beskriva hur relationen till behandlarna såg ut?
  - Fick du/ni det stöd du/ni behövde?
  - Saknade du något i bemötandet? För egen del? För barnet? För syskon?
  - Hade du som förälder något inflytande på behandlingen? Önskemål om mer/mindre inflytande över behandlingen?
  - Hur såg samarbetet/kontakten med övrig personal från Ätstörningsteamet ut? Hur upplevde du den? Bra? Dåligt? Rörig?
- ❖ Hur upplevde du personalens kunskaper om sjukdomen?



## Idag

- ❖ Om er familj skulle ha gått in i lägenhetsbehandling idag skulle du/ni då ha gjort andra val för vilka familjemedlemmar som skulle medverka?
- ❖ Skulle du rekommendera en vän som har ett barn med svår ätstörning att tacka ja till lägenhetsbehandling? Tips till den familjen?
- ❖ Har du något du vill tillägga?
- ❖ Om det dyker upp något under arbetets gång som jag känner att jag vill fråga mer om eller skulle vilja klargöra är det då okej om jag ringer dig? På vilket telefonnummer kan jag nå dig?

## 16 Bilaga 6 – Samtyckesblankett

Samtycke till att delta i studie om föräldrars upplevelse av lägenhetsbehandling vid ätstörning hos barn

- Jag har skriftligt informerats om att studien avser att undersöka hur föräldrar som deltagit i lägenhetsbehandling vid ätstörning hos barn, tillhandhållen av Ätstörningsteamet vid Barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i Östersund, upplevde behandlingsformen. Studien avser också att undersöka om föräldrarna anser att behandlingsformen bör förändras för att insatsen skall vara så hjälpsam som möjligt i kampen mot barnets ätstörning.
- Jag har informerats om att all information är konfidentiell, vilket innebär att samtliga intervjupersoner är avidentifierade och att resultatredovisningen kommer ske anonymt. Resultatredovisningen kommer fokusera på föräldrar som grupp, inte på enskilda individer, och intervjuerna kommer enbart att användas i detta forskningsändamål.
- Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta min medverkan utan att ange något skäl.
- Jag är intresserad av att få en kopia av uppsatsen när studien är slutförd och uppsatsen är godkänd.

Min underskrift nedan betyder att jag väljer att delta i studien.

.....

Namnunderskrift

.....

Ort och datum

.....

Namnförtydligande

### **Kontaktuppgifter**

Ansvarig för studien:

Caroline Schubert

E-post: [caroline.schubert@regionjh.se](mailto:caroline.schubert@regionjh.se)

Mobil: 073-047 39 81

Handledare vid Göteborgs universitet:

Karin Stinesen Kollberg, Med.Dr/Ph.D. Universitetslektor

E-mail: [karin.stinesen@socwork.gu.se](mailto:karin.stinesen@socwork.gu.se)