INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

KROPPSUPPFATTNING HOS PERSONER MED ÄTSTÖRNING

SPECIALISTSJUKSKÖTERSKANS ERFARENHETER

Författare
Lina Holmberg
Pernilla Setteskog

Uppsats:	Magisteruppsats, 15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet i psykiatrisk vård/OM5380
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT2022
Handledare:	Karin Melin
Examinator:	Lena Johansson

Titel svensk:	Kroppsuppfattning hos personer med ätstörning: Specialistsjuksköterskans erfarenheter
Titel engelsk:	Body image in people with eating disorders- the psychiatric nurse´s experiences
Uppsats:	Magisteruppsats, 15hp
Program/kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet i psykiatrisk vård/OM5380
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2022
Handledare	Karin Melin
Examinator	Lena Johansson
Nyckelord	Kroppsuppfattning, kroppsmissnöje, skev kroppsuppfattning, ätstörning, viktfobi, specialistsjuksköterska, psykiatrisk omvårdnad

Sammanfattning

Bakgrund: Ätstörningar är en samling av psykiatriska diagnoser som orsakar stort lidande och ger allvarliga somatiska, psykiska och sociala följder. Kroppsuppfattningen hos personer med ätstörning är ofta påverkad på ett negativt sätt. Det centrala för ätstörningar är att personens tankar upptas av en negativ kroppsuppfattning eller störd kroppsuppfattning. Problematiken kring den negativa kroppsuppfattningen skapar en oro och ångest samt verkar vara en av de faktorer som tycks vara starkt kopplad till ätstörningssjukdom i olika stadier; insjuknande, vidmakthållande samt återinsjuknande. Dessutom är relationen mellan vårdpersonal och patienter ofta utmanande då den drabbade kan vara ambivalent inför behandling samt kan ha svårigheter att engagera sig i sin behandling.
Syfte: Att beskriva hur specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård arbetar med kroppsuppfattning hos vuxna personer med ätstörningar.
Metod: Vi har utfört en kvalitativ tematisk analys, med induktiv ansats, av semistrukturerade intervjuer med åtta specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård. Deltagarna hade minst ett års yrkeserfarenhet av att arbeta inom specialiserad ätstörningsvård.
Resultat: I resultatet framkom tre teman; (1) Tolkning av patientens kroppsuppfattning, (2) Behandlande åtgärder och (3) Kompetens, samt flera subtema under varje tema. Flera av deltagarna beskrev att de saknade verktyg för att arbeta med patientens kroppsuppfattning. Utmaningar, svårigheter och behov i arbetet med kroppsuppfattningen beskrivs i resultatet.
Slutsats: Utifrån specialistsjuksköterskans kontext är arbetet med kroppsuppfattningen mycket komplex. Det finns ett stort behov av mer utbildning och handledning för att känna trygghet i bedömning och behandling. För att nå fram till patienten och kunna skapa en terapeutisk allians behöver patienten känna sig trygg för att våga öppna upp sig och berätta sin livshistoria. Ytterligare forskning både ur patientens och specialistsjuksköterskans perspektiv behövs.

Nyckelord: Kroppsuppfattning, kroppsmissnöje, skev kroppsuppfattning, ätstörning, viktfobi, specialistsjuksköterska, psykiatrisk omvårdnad

Abstract

Background: Eating disorders are psychiatric diagnoses that cause suffering and serious somatic, psychiatric, and social consequences. Persons with eating disorders commonly have a negative body image. Central for eating disorders is that the person's thoughts are taken up by a negative body image or a disturbed body image. The issues around the negative body image creates concerns and anxiety and seem to be one of the core factors that are strongly connected to the eating disorder in different stages; manifesting the illness, maintenance and relapse. Besides, the relationship between healthcare staff and patients is often challenged when the affected can be ambivalent to treatment and have difficulties involving in their treatment.
Aim: To describe how psychiatric nurses within psychiatric nursing care works with body image in patients with eating disorders.
Method: A qualitative content analysis with an inductive approach. The semi-structured interviews were completed with eight mental health nurses within psychiatric healthcare with at least one year of professional experience working within a specialized eating disorders unit.
Results: The result emerged in three themes; (1) Interpretation of the patient's body image, (2) Treatments, and (3) Competence and several sub-themes. Half of the participants described that they were lacking tools for working with patients' body image. Challenges, difficulties, and the need to work with body image is described in the result.
Conclusion: From the psychiatric nurse context, working with body image is very complex where the patient often has a disturbed body image. The participants experience a great need for more education and tutorial to feel safe in assessment and treatment. To reach the patient and to create a therapeutic alliance the patient needs to feel safe to dare to open up and talk about their life story. Additional research is needed both from the patients and the psychiatric nurse perspective.

Key words: Body image, body dissatisfaction, disturbed body image, eating disorder, weight fobia, psychiatric nurse, psychiatric nursing care.

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till alla fantastiska specialistsjuksköterskor som har deltagit i våra intervjuer och därmed gjort studien möjlig. Vi vill även tacka för utmärkt handledning av vår handledare Karin Melin. Med ditt stöd och värdefulla konstruktiva kritik har du hjälpt oss framåt att utvecklas i både tanke och skrift. Slutligen vill vi tacka varandra för ett gott samarbete samt våra familjer för ert tålamod när vi arbetat sena kvällar med uppsatsen.

"*Nurses not only have a high quality of communication and interpersonal skills, but are able to build a relationship and trust with the patients themselves. The fundamental values are: commitment, trust, empathy, sincerity, honesty, support, confidence, ability to not judge, responsibility and consistency" Foa et. al, 2019*

The Case/Care Manager in Eating Disorders: the nurse's role and responsibilities
Chiara Foà, Maria Bertuol, Laura Deiana, Sandra Rossi, Leopoldo Sarli, Giovanna Artioli

Innehållsförteckning

Inledning 7

Bakgrund 7

Ätstörningar 7

Diagnostik 7

Etiologi, patogenes och samsjuklighet 8

Sjukdomsförlopp 8

Behandling av ätstörningar 9

Kroppsuppfattning 10

Kroppsuppfattning vid ätstörning 10

Specialistsjuksköterskans roll i omvårdnaden vid ätstörningar 10

Problemformulering 12

Syfte 12

Frågeställningar 12

Metod 12

Design 12

Kontext 12

Urval 12

Datainsamling 13

Analys 13

Förförståelse 14

Etiska överväganden 14

Resultat 15

Tolkning av kroppsuppfattning 15

Kroppsmissnöje 15

Skev kroppsuppfattning 16

Sambandet mellan kroppsmissnöje och livshändelser 17

Behandlande åtgärder 17

Terapeutisk relation 17

Psykoedukation 18

Exponering 18

Kombination av psykiatrisk och somatisk omvårdnad 19

Kompetens 20
Kunskap 20
Känsloupplevelser i yrkesrollen 20
Samverkan i team 21
Diskussion 22
Metoddiskussion 22
Resultatdiskussion 23
Tolkning av kroppsuppfattning 23
Behandlande åtgärder 24
Kompetens 25
Slutsatser, kliniska implikationer och framtida forskning 27
Referenslista 28
Bilagor 32
Bilaga 1: Till berörda verksamhetschefer. 32
Bilaga 2: Intervjuguide 34
Bilaga 3: Förfrågan om deltagande till intervju 35

Inledning

Ätstörningar är en samling av psykiatriska diagnoser som orsakar stort lidande och ger allvarliga somatiska, psykiska och sociala följder (Socialstyrelsen, 2019). Personer med ätstörning antingen svälter eller hetsäter, eller gör både, för att kontrollera sin kropp (Ramklint, 2016). En ätstörning kan bli livslång samt för vissa även livshotande, med en betydligt högre risk för suicid och självskadebeteende (Borell, 2021). Det är inte bara den enskilda individen som drabbas av lidande orsakat av ätstörningen utan den påverkar även anhöriga väldigt starkt och relationen dem emellan kan bli ansträngd. Den drabbade har ofta långa sjukdomsperioder när studier och arbete inte heller fungerar (Borell, 2021; Socialstyrelsen, 2019).

Kroppsuppfattningen hos personer med ätstörning är ofta påverkad på ett negativt sätt. Det centrala för ätstörningar är att personens tankar upptas av en negativ kroppsuppfattning (Borell, 2021). Problematiken kring den negativa kroppsuppfattningen skapar en oro och ångest, samt verkar vara en av de faktorer som tycks vara starkt kopplad till ätstörningssjukdom i olika stadier; insjuknande, vidmakthållande samt återinsjuknande. Dessutom är relationen mellan vårdpersonal och patienter ofta utmanande då den drabbade kan vara ambivalent inför behandling samt kan ha svårigheter att engagera sig i sin behandling (Abbate-Daga et al., 2013; Socialstyrelsen, 2019; Wright m.fl., 2012; Zugaj m.fl., 2018). Samtidigt vittnar patienter om att de saknar att vårdpersonal har ett helhetsperspektiv på deras situation (Socialstyrelsen, 2019). Det saknas studier om hur omvårdnaden kring patienters kroppsuppfattning kan se ut. Vi vill därför undersöka hur specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård arbetar med kroppsuppfattning hos personer med ätstörning. Detta för att vårdpersonal ska kunna möta patientens behov på bästa sätt och bidra till patientens tillfrisknande.

Bakgrund

Ätstörningar

Ätstörning är ett samlat begrepp för flera olika diagnoser, såsom Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Hetsätningsstörning och Ospecificerad ätstörning (Ramklint, 2016). Dessa diagnoser medför risker för medicinska konsekvenser och kan vara direkt livshotande. Vid Anorexia Nervosa finns även en förhöjd dödlighet, den högsta bland psykiatriska störningar.

Enligt SBU (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2019) finns det ca 190 000 personer, mellan 15 och 60 år i Sverige, som uppfyller kriterierna för en ätstörning. Det kan dock finnas ett stort mörkertal och dessa siffror är osäkra. Vissa symtom kan vara dolda och patienten kan ha haft sjukdomen i många år utan att omgivningen märkt något (Wallin m.fl., 2015). Gemensamt för dessa tillstånd är att personerna på olika sätt tappat kontrollen över sitt matintag och har fixerats vid sin vikt med en stark rädsla att öka i vikt. Kroppsuppfattningen är därmed på olika sätt påverkad.

Diagnostik

Vid Anorexia Nervosa behöver följande DSM-5 diagnoskriterier uppfyllas: (1) Ett otillräckligt matintag som leder till en signifikant låg vikt. För vuxna <18.5 BMI (body mass

index), (2) En intensiv rädsla för viktuppgång eller att bli tjock s.k. viktfobi, och (3) En störd kroppsupplevelse eller att självkänslan är överdrivet påverkad av vikten. Alla tre kriterierna måste vara uppfyllda för att erhålla diagnosen Anorexia Nervosa (American Psychiatric Association, 2013).

Diagnoskriterier för Bulimia Nervosa är: (1) Återkommande episoder av hetsätning, (2) Återkommande ”olämpligt kompensatoriskt beteende” för att inte gå upp i vikt, och (3) Självkänslan är överdrivet påverkad av kroppsform/kroppsvikt. DSM 5-kriterierna kräver att både hetsätandet och de kompensatoriska beteendena förekommer i genomsnitt minst en gång i veckan under de senaste tre månaderna (American Psychiatric Association, 2013).

Hetsätningsstörning kan liknas Bulimia Nervosa, men dessa personer kräks inte upp maten eller kompenserar energiintaget på annat sätt. Personer med hetsätningsstörning kan ofta äta i ensamhet på grund av starka känslor av skam, skuld, äckel eller nedstämdhet (American Psychiatric Association, 2013).

Personer med Ospecificerad ätstörning präglas av symtom på en ätstörning som orsakar kliniskt signifikant lidande, eller försämrad sociala förmågor i arbetslivet eller andra viktiga områden i livet. Patienten kan med andra ord ha anorektiska eller bulimiska symtom, men uppfyller inte alla kriterier för Anorexia Nervosa eller Bulimia Nervosa (American Psychiatric Association, 2013).

Etiologi, patogenes och samsjuklighet

En bio-psyko-social-modell används för att förklara hur ätstörningar uppkommer och utvecklas, vilket betyder att orsaken till sjukdomen sker genom en samverkan mellan både medfödda och förvärvade biologiska egenskaper, psykologiska samt sociala faktorer (Wentz, 2019, Socialstyrelsen, 2019). Bantning är en av de vanligaste orsakerna till att utveckla ätstörning, något som 60% av alla tonårsflickor uppskattningsvis ägnat sig åt. Det finns även hög heritabilitet för att utveckla ätstörningar.

En psykologisk riskfaktor är traumatiska händelser. De sociokulturella riskfaktorerna handlar om att kvinnor i västvärlden har den högsta prevalensen av ätstörningar, viktfobi och missnöje med kroppen. Bland västvärldens kvinnor är det dessutom en norm att vara missnöjd med sin kropp. I vissa miljöer där det är av extra stor vikt att individen håller sig smal eller på viss vikt, finns en ökad risk för att utveckla ätstörningar. Det gäller bland annat modeller, dansare och vissa elitidrottare (Wentz, 2019).

En hög somatisk och psykiatrisk samsjuklighet ses hos personer med ätstörningar (Socialstyrelsen, 2019). Samsjuklighet som kan ses vid ätstörningar är till exempel självmordsbenägenhet, ångest, depression, beroende och tvångssyndrom. Personer med hetsätningsstörning har en högre samsjuklighet med andra psykiatriska diagnoser jämfört med andra ätstörningsdiagnoser (Wallin m.fl. 2015). Att leva med ätstörningsproblematik kan innebära mycket skuld och skamkänslor (Wentz, 2019).

Sjukdomsförlopp

Ätstörningar orsakar fysiska, psykiska och sociala konsekvenser där lidandet kan bli stort (Wallin m.fl., 2015). De fysiska symtomen kan vara många, vid diagnos och behandling

används BMI som ett kliniskt symtom (Ramklint, 2016). Vid AN föreligger ett lågt BMI. Vid en undervikt kan menstruationsrubbningar uppstå, håravfall, elektrolytrubbningar och påverkan på hjärtmuskeln Wallin m.fl., 2015). Även vid Bulimia Nervosa kan även elektrolytrubbningar uppstå (Ramklint, 2016). Vid Bulimia Nervosa kan patienten vara normalviktig eller överviktig (Wallin m.fl., 2015). Vid hetsätning är majoriteten av patienterna överviktiga eller lider av fetma (SBU, 2019). Det finns även en skam över att inte kunna disciplinera sig vid hetsätningsepisoderna och skam över kroppsformen som inte är enligt normen (Fairburn, 2017).

De psykiska konsekvenserna vid Anorexia Nervosa och Bulimia Nervosa är viktfobi/tjockkänsla, fixering kring kroppens vikt, fixeringar kring kroppens form och tvångstankar kring mat. Vid Anorexia Nervosa är det dessutom vanligt med avsaknad av oro för den egna vikten trots när det medicinska allvaret är stort och patienten fått utförlig information. Det är vanligt vid psykiatrisk och somatisk samsjuklighet att prognosen försämras (Ramklint, 2016). Det är inte ovanligt att patienter över tid har olika ätstörningsdiagnoser samt restsymtom även efter att de upplever sig ha tillfrisknat (Ramklint, 2016).

Behandling av ätstörningar

Behandling av svåra ätstörningar bedrivs på specialistinriktade kliniker, inom öppenvård, slutenvård eller dagsjukvård (Wallin m.fl., 2016). Behandlingen skiljer sig dock åt mellan olika regioner i Sverige och alla regioner kan inte erbjuda specialiserad ätstörningsvård (Socialstyrelsen, 2019). Behandling av ätstörningar är således ojämlik utifrån var i Sverige patienten bor samt vilken diagnos patienten har. Fram till idag finns inga generella riktlinjer, men Socialstyrelsen har bedömt att det finns behov för ett ökad och gemensamt kunskapsläge.

Behandlingen av ätstörningar syftar till att skapa en behandlingsallians. Vid Anorexia Nervosa är det stort fokus på att uppnå medicinsk stabilisering och häva svält. Psykoterapeutisk behandling kan inledas när patienten kommit ur den allvarligaste svältfasen och är kognitivt förbättrad (Wallin m.fl., 2016). Det finns ingen specifik farmakologisk behandling för ätstörningar, men det är vanligt att samsjuklighet såsom depression och tvångssyndrom behandlas. Antidepressiv behandling har dock inte visat sig påverka viktökning eller reducera ångest och depression hos patienter med Anorexia Nervosa när de är i svält (Wallin m.fl., 2016).

Det är vanligt att patienter med Anorexia Nervosa avbryter sin behandling i förtid (Abbate-Daga m.fl., 2013) då ångesten kring att öka i vikt blir för hög (Ramklint, 2016). Watson & Bulik (2013) menar att evidens för olika sorters behandlingar anses låg för Anorexia Nervosa. Det finns dock evidensbaserade metoder för patienter med Bulimia Nervosa och Hetsätningsstörning, såsom KBT-E (kognitiv beteendeterapi- enhanced) (Fairburn, 2017). Även IPT (interpersonell psykoterapi) har visat sig ha effekt (Ramklint, 2016). Behandlingen sker ofta i öppenvård (Wallin m.fl., 2016). Patienter med Hetsätningsstörning har en låg prioritet enligt (SBU, 2019) och det finns fortfarande ätstörningsmottagningar som inte tar emot patientgruppen (SBU, 2019). Skamkänslan ökar när hjälp inte finns och för att patienterna tidigare inte har fått gehör hos vårdpersonal (Socialstyrelsen, 2019).

Det har bedrivits få studier på vuxna patienter som lider av ätstörningar och deras behandling, trots att det är en allvarlig diagnos (Abbate-Daga m.fl., 2013). Det finns mer forskning kring behandling av tonåringar och unga vuxna (Wright m.fl., 2012).

Kroppsuppfattning

Med kroppsuppfattning menas hur personer uppfattar sin kropp utifrån upplevelser, känslor, attityder och beteenden i förhållande till kroppen, sin omgivning och rådande samhällsnormer. En samverkan mellan kropp och identitet kan uttryckas som att ”att känna sig hemma i sin kropp” (Kling m.fl., 2018). Enligt Fredrickson & Roberts (1997) objektifieringsteori kan kroppen ses som ett objekt, vilken är socialt konstruerad. Detta medför att kroppen alltid utsätts för granskning där syftet är att kvinnan (exempelvis) blir sedd och utvärderad. Kroppen definieras utifrån andra människors förväntningar. Teorin kan användas i syfte att förstå varför kvinnors kroppsuppfattning generellt är mer negativ än hos män. När kvinnor utsätts för sexuell objektifiering skapas ett betraktande perspektiv på kroppen vilket skapar ett kritiserande sätt att se på sitt utseende, en självobjektifiering där kvinnor har en syn på varandra som objekt. Lindner m.fl., (2012) menar att en hög grad av självobjektifiering kan kopplas till ätstörningar och kroppsmissnöje.

Kroppsuppfattning vid ätstörning

En huvudsaklig del av den kliniska bilden vid Anorexia Nervosa och Bulimia Nervosa är störd kroppsuppfattning (Clinton & Norring, 2012). Det centrala för ätstörningar är att personens tankar upptas av en negativ kroppsuppfattning. Problematiken kring den förvrängda kroppsuppfattningen skapar en oro och ångest hos personen. Personer med ätstörningar identifierar sig ofta utifrån sin kropp och påverkas starkt av ett ständigt fokus på kropp och hälsa i media. De har oftast förlorat sin egen förmåga att känna kroppen från insidan och har en störd interoceptiv medvetenhet vilket innebär att de antingen är helt avstängda, vet inte vad de känner och kan/vill inte följa kroppens signaler.

Den störda kroppsuppfattningen gör det svårt att värdera hur omgivningen ser på dem (Stanghellini m.fl., 2012), och det uppstår en självobjektifiering av kropp och utseende. Tillsammans med andra utlösande faktorer utvecklar personen olika beteenden för att kontrollera sin kropp, som med dieter, svält, kräkning, laxering, överträning samt tvångsmässigt eller undvikande beteende (Linder & Nyman Carlsson, 2019; Stranghellini m.fl., 2012). Så småningom börjar patienten identifiera sig efter dessa beteenden och synen av sig själv präglas alltmer av ätstörda tankar som formar den nya identiteten (Stranghellini m.fl., 2012).

Det finns skattningsskalor som gör bedömningar kring en persons kroppsuppfattning. Bland annat används Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), som mäter upptagenhet och bekymmer med kroppsuppfattningen, ätstörningssymtom, hetsätning och självrensning (Ramklint, 2016).

Specialistsjuksköterskans roll i omvårdnaden vid ätstörningar

Sjuksköterskan har ofta en nyckelroll vid vård och behandlingen av ätstörningar. Omvårdnaden skiljer sig åt beroende på typ och allvarlighetsgrad av ätstörning (Bakker, R m.fl., 2011). Centrala aspekter i vårdandet är att återuppta ett normalt ätande, minska

överaktiva beteendemönster (ex. överdriven fysisk aktivitet), bryta kompensatoriska beteenden (ex. laxering eller kräkning) samt återfå normal vikt (Wallin m.fl., 2016; Ramklint, 2016). En nutritionsplan används ofta för att stabilisera vikten och skapa regelbundet näringsintag. Planen kan också innehålla information om vilken tid och hur ofta patienten skall ta sin vikt, samt om patienten skall se sin vikt eller inte (Stuart, 2013). En långsam viktuppgång rekommenderas för att inte andra ätstörda beteenden ska förvärras (Wentz, 2019).

Omvårdnaden vid ätstörningar har traditionellt sett haft ett biomedicinskt fokus, med kontroll av den fysiska återhämtningen. Detta beror troligtvis på att dessa diagnoser har stor somatisk påverkan, med fara för patientens kroppsliga hälsa och liv. Behandlingen för patienter med ätstörningar bör dock bestå av fler delar än det somatiska omhändertagandet. Förutom att fokusera på vikt och nutrition, bör även psykoterapeutiska interventioner användas, av bland annat sjuksköterskor. Flera KBT-inriktade metoder, som mindfulness, rörelseterapi, kroppskontroll och avslappningsövningar har visat sig ha god effekt (Fairburns, 2019, Stuart, 2013). Flera av dessa metoder handlar om ökad kroppsmedvetenhet och att förbättra relationen mellan kropp och själ. De kan tydliggöra kroppsliga gränser och förbättra negativa känslor om kroppen.

I tidigare studier har det framkommit att omvårdnadspersonal brister i att behandla patientens psykologiska behov under vårdperioden (Lock & Grange, 2019). Exempelvis rapporteras brister i omvårdnaden av patienternas negativa kroppsuppfattning. I en studie av Fogelqvist (2016) beskrivs hur patienterna önskade att vården gav dem mer stöd gällande känsloreglering, ökad självkänsla, och att få ett förbättrat förhållande till den egna kroppen. Trots att kroppsmissnöje är ett kärnsymtom vid ätstörningstillstånd saknas forskning utifrån specialistsjuksköterskans omvårdnadsperspektiv och om hur sjuksköterskan kan hantera patientens negativa kroppsuppfattning. Enligt Stuart (2013) är det en viktig del av specialistsjuksköterskans omvårdnadsarbete, att bedöma patientens kroppsuppfattning, och tolka om patienten är medveten om sitt eget beteende kring kroppen. Detta för att kunna planera ett behandlingsprogram med inriktningen på dessa problemområden. Vårdhandlingar kring kroppsmissnöje hos patienter med ätstörningar bör vara en central del i behandlingen, då detta är en faktor som motverkar tillfrisknande (Rossi m.fl., 2021). Tillgänglig forskning inom området har främst utgått från olika fysioterapeutiska och psykoterapeutiska behandlingsinsatser (Danielsen m.fl., 2012, Rossi m.fl., 2021).

Vid specialiserad psykiatrisk omvårdnad är det av största vikt att sjuksköterskan eftersträvar en terapeutisk allians med patienten och ett personcentrerat förhållningssätt (Zugaj m.fl., 2018, SBU, 2019, Rapportnr: 302). Peplaus omvårdnadsteori belyser den mellanmänskliga relationen mellan sjuksköterskan och patienten (Abbate-Daga m.fl., 2013; Socialstyrelsen, 2019; Wright m.fl., 2012; Zugaj m.fl., 2018), och bildandet av en ’terapeutisk interpersonell process’(Peplau, 1988). En terapeutisk process definieras av att sjuksköterskans och patientens interaktion med varandra och att de har en ’gemensam erfarenhet’. Relationen ska vara ett partnerskap och inte en relation där endast behandlingen står i fokus (Pokorny, 2010). Att arbeta med personer med ätstörning ställer höga krav på vårdpersonalen (Stuart, 2013), och sjuksköterskan ska ha förmåga att hantera och förstå sitt eget agerande.

Problemformulering

Bantning som grundar sig i en negativ kroppsuppfattning är en av de vanligaste orsakerna för att utveckla ätstörningar. Den negativa kroppsuppfattningen eller den skeva kroppsuppfattningen är en stark faktor som vidmakthåller ätstörningen under behandling och kan vara orsak till återinsjuknande. Behandling av ätstörningar är komplex och kräver både somatisk och psykiatrisk omvårdnad. Specialistsjuksköterskan utför även särskilda omvårdnadsåtgärder där patientens kroppsuppfattning står i centrum. Den psykoterapeutiska behandlingen brukar dessutom inte påbörjas förrän den allvarligaste svältfasen är hävd och patienten är kognitivt förbättrad. Utifrån dagens kunskapsläge saknas forskning kring hur sjuksköterskan kan förhålla sig till och arbeta med patientens kroppsuppfattning under behandling av ätstörning.

Syfte

Syftet är att beskriva hur specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård arbetar med kroppsuppfattning hos vuxna personer med ätstörningar.

Frågeställningar

1. På vilket sätt uttrycker patienten sin kroppsuppfattning - utifrån specialistsjuksköterskans iakttagelser och tolkningar?

2. Hur arbetar specialistsjuksköterskan med patientens kroppsuppfattning i omvårdnaden?

Metod

Design

För studien valdes en induktiv kvalitativ ansats med semistrukturerade intervjuer vilket lämpar sig bra för studiens syfte. Intervjuerna genomfördes för att studera upplevelser, erfarenheter, olika fenomen samt att utveckla begrepp vilket var syftet i denna studie (Willman m.fl., 2006; Henricson, 2017). Det induktiva förhållningssättet innebär att deltagarnas levda erfarenheter är utgångspunkt för forskaren (Henricson (2017). Styrkan i den kvalitativa metoden är människors subjektiva upplevelser av sin verklighet och förutsätter att människor är komplexa varelser som måste förstås i sitt sammanhang. Tillsammans med forskaren skapas en unik situation och förståelse kring det undersökta fenomenet (Polit & Beck, 2021).

Kontext

Den specialiserade ätstörningsvården utgör kontexten för studien. Geografiskt område för deltagarna i studien är flera verksamheter från Västra Götalandsregionen och en verksamhet från Stockholm.

Urval

Specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård rekryterades från förutbestämda ätstörningskliniker i fyra regioner i Sverige, utifrån ett ändamålsenligt urval. Deltagarna

rekryterades genom att brev skickades till verksamhetschefer. Inklusionskriterierna var att deltagarna skulle ha specialistsjuksköterskeexamen inom psykiatrisk vård, och arbetat inom specialiserad ätstörningsvård minst 1 år med inriktning mot vuxna (öppenvård, slutenvård eller dagsjukvård).

Åtta deltagare inkluderades i studien. Samtliga identifierade sig som kvinnor. Deltagarna hade arbetat inom ätstörningsvården mellan 1,5 - 22 år. De hade varit färdiga specialistsjuksköterskor i 4 månader – 17 år, och legitimerade sjuksköterskor i 3,5 år – 21 år. En deltagare hade steg 1 psykoterapi (dialektisk beteendeterapi) och en annan hade nyligen påbörjat steg 1 utbildning. Samtliga specialistsjuksköterskor hade genomgått en kort KBT-E utbildning och en deltagare hade även gått en påbyggnadskurs inom KBT-E. Hälften av deltagarna hade gått en 7,5 p kurs inom ätstörningar.

Datainsamling

Uppsatsen baseras på semistrukturerade individuella intervjuer. Frågorna som ställdes finns beskrivna i bilaga 2 (intervjuguide). De var förutbestämda och följde en viss ordning men det fanns även utrymme för följdfrågor, för att fördjupa förståelsen kring fenomenet. Frågorna var utformade för att besvara uppsatsens syfte.

Intervjuerna genomfördes under hösten 2022. Sju intervjuer genomfördes på deltagarnas arbetsplatser och en intervju gjordes via zoom. Vid tre intervjuer deltog båda vi uppsatsförfattare och vid fem intervjuer deltog bara en av oss. Intervjuerna var mellan 17-62 minuter långa. Att utföra intervjun via zoom gjorde det möjligt att samla data från ett utökat geografiskt avstånd (Polit & Beck, 2017). Varje intervju avslutades med att fråga om deltagaren ville delge något ytterligare. Danielson (2012) menar att det kan leda till att deltagaren ger ytterligare information som kan vara viktigt för studien.

När intervjuer skedde på deltagarens arbetsplats var det viktigt att de inte störtes eller blev avbrutna (Danielson, 2012). För att deltagarna skulle känna sig trygga fick de välja plats för intervjun. De gjordes i ett enskilt rum för att minska risken för störande stimuli och främja deltagarnas integritet (Polit & Beck, 2017). Transkribering av ljudfilerna gjordes av den uppsatsförfattare som utfört intervjun.

Analys

För analys av intervjudata användes en tematisk kvalitativ analys (Braun & Clarke, 2006). Presentation, identifiering och beskrivning av olika teman användes. Metoden anses fri från teoretiska ramar att hålla sig inom vilket gör den till en flexibel metod. Analysprocessen sker genom sex faser där data analyseras för att mynna ut i teman och slutligen leda till ett resultat. Fas 1 innebär att uppsatsförfattarna bekantade sig med insamlade data. Intervjuerna lyssnades igenom flera gånger. Fas 2 innebar att hitta initiala koder utifrån sammanställning av de transkriberade intervjuerna. Kodningen syftar till att lyfta fram delar i intervjun som ofta framträder eller som anses intressant utifrån studiens syfte. All kodning av datamaterialet utfördes först enskilt av båda uppsatsförfattarna, för att sedan tillsammans gå igenom koderna för att säkerställa att materialet tolkats på ett likvärdigt sätt och att koderna som framkom ansågs vara representativa. De koder som kom fram diskuterades för att vi skulle vara säkra på att materialet förståtts och tolkats på liknande sätt. Justering av koderna utfördes gemensamt tills dess att vi kände oss klara att gå vidare till nästa steg i processen. Fas 3

innebar att koderna sorterades och grupperades, för att identifiera vilka teman som skulle fånga det framträdande och representativa på ett tydligt sätt. Det eftersträvades att finna en tydlig skillnad mellan valda teman. I fas 4 granskades de teman vi kom fram till, underteman skapades genom att gruppera koderna i grupper och revidera om behovet fanns. Fas 5 innebar att vi definierade och namngav teman och subteman. I fas 6 beskrev vi ihop resultatet, som är produkten av hela analysprocessen (Braun & Clarke, 2006).

Tabell 1. Exempel på analysprocessen;

Dataextrakt	Kod	Subtema	Tema
Äcklade av sig själv, känna skam också". ".. de använder väldigt hårt språk tycker jag..	Nedvärderande språk	Kroppsmissnöje	Tolkning av kroppsuppfattning
Dom ska vägas i underkläder. Det gör jag ju av en anledning för att man behöver exponera.. Då har man ätstörningen i rummet..	Vägning	Exponering	Behandlande åtgärder

Förförståelse

Förförståelsen i denna studie bygger på våra olika erfarenheter av ätstörningar. En av oss har flera års fördjupad erfarenhet av att arbeta med kroppsuppfattning i den specialiserade ätstörningsvården och en av oss har erfarenhet av att möta patienter med ätstörningar i hemsjukvården. Studien kommer utföras utifrån ett förutsättningslöst förhållningssätt och vi använder oss av en kritisk självmedvetenhet.

Etiska överväganden

Vad som är centralt vid all forskning är god etik där den enskilde individen skyddas (Helsingforsdeklarationen, 2013). God etik bygger på olika grundprinciper såsom människovärdesprincipen, autonomiprincipen, rättviseprincipen samt göra-gott principen (Danielsson, 2017). För ett examensarbete på universitet behövs inte etikgodkännande men det skall ändå följa riktlinjer och konventioner. Inför starten av denna studie ansökte vi om etiskt godkännande hos etikgruppen på Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet. Godkännande från universitetet erhölls den 14/9–2022.

Därefter skickades ett informationsbrev till berörda verksamhetschefer och enhetschefer och efterfrågade godkännande för att få intervjua de anställda specialistsjuksköterskor på respektive kliniker (Brev till verksamhetschef. Bilaga 1). Information om studien gavs till deltagarna både muntligt och skriftligt via Forskningspersonsinformation (FPI) (Bilaga 3). FPI:n togs fram i enlighet med etikprövningslagen (SFS 2003:460). Samtliga deltagare har gett muntligt samtycke.

Deltagarna informerades om att deltagande var frivilligt och att de närsomhelst kunde avbryta sin medverkan. Efter att de gett sitt samtycke påbörjades genomförandet av intervjun. Deltagarens identitet är skyddad och det går inte att utläsa vilka personer som kommer delta i

studien (Etikprövningslagen SFS 2003:460; Personuppgiftslagen SFS 1998:204). Insamlade data avidentifierades och förvarades så att obehöriga inte kunde få tillgång till materialet. Transkribering av all data utfördes snarast efter intervjuerna. (Efter godkänd examination kommer samtliga ljudinspelningar att destrueras.) En risk-nytta analys genomfördes före studien startades. Riskerna bedömdes som ringa då inga känsliga uppgifter samlades in. Den enskilde deltagaren kan förhoppningsvis uppleva intervjuerna som lärorika, då det ges möjlighet att reflektera kring kroppsuppfattning och omvårdnadsåtgärder. Studien kan även leda till att personal kan bemöta patienters kroppsuppfattning på ett tryggare sätt. Etiska reflektioner mellan uppsatsförfattarna och handledaren har funnits under studieprocessens alla faser.

Resultat

Data har analyserats utifrån studiens syfte att beskriva hur specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård arbetar med kroppsuppfattning hos vuxna personer med ätstörningar. Tre teman samt tio subteman genererades (Tabell 2). För att förstärka texten inkluderas citat från intervjuerna. De intervjuade specialistsjuksköterskorna beskriver på vilket sätt patienterna uttrycker sig kring kroppsuppfattning och hur sjuksköterskorna bedriver omvårdnad i relation till kroppsuppfattning.

Tabell 2. Teman och subteman som framkommit under analys av intervjuerna.

Tema	Subtema
Tolkning av kroppsuppfattning	Kroppsmissnöje Skev kroppsuppfattning Samband mellan kroppsmissnöje och livshistoria
Behandlande åtgärder	Terapeutisk relation Psykoedukation Exponering Kombination av psykiatrisk och somatisk omvårdnad
Kompetens	Kunskap Känsloupplevelser i yrkesrollen Samverkan i team

Tolkning av kroppsuppfattning

De intervjuade specialistsjuksköterskorna beskrev på vilka sätt patienterna uttrycker sig kring kroppsuppfattning utifrån kroppsmissnöje, skev kroppsuppfattning och samband mellan kroppsmissnöje och livshändelser.

Kroppsmissnöje

Deltagarna beskrev hur patienterna på olika sätt uttryckte ett missnöje med kroppen. De menade att även om orsaken till ätstörningen är komplex, så finns det alltid ett kroppsmissnöje hos patienten, som en viktig och triggande faktor. Samtliga som intervjuades beskrev att de hade uppmärksammat patienternas kroppsmissnöje.

"Det är ju kroppsmissnöjet... det stora hela till att man utvecklar en... ätstörning,.. majoriteten kan jag väl säga oavsett ätstörningsdiagnos" (Deltagare 6)

Samtliga deltagare hade noterat att patienterna använder ett kritiskt och nedvärderande språk om sin kropp. Patienterna kunde beskriva sig själva som tjocka, äckliga, fula och upplevde mycket skam i relation till sin kropp och kroppsstorlek. Ju högre vikt desto mer självförakt. De beskrev även en stor fixering vid sin kropp, där vissa kroppsdelar ägnas mer uppmärksamhet än andra.

"Äcklade av sig själv, känna skam också. De kan inte komma på något positivt många gånger utan de använder väldigt hårt språk tycker jag… Värdelöshetskänslor kopplat till sin vikt" (Deltagare 6)

”Vikten avgör vem du är som person. Vem du är… ja, och hur mycket du är värd eller vad du inte är värd… (Deltagare 7)

Skev kroppsuppfattning

Många deltagare upplevde att många av deras patienter hade en störd kroppsuppfattning. Till exempel beskrevs att en patient ville ta en kniv och skära bort det fettet som stack ut på hennes lår trots att hon var gravt underviktig och hade absolut inget synligt fett.

”Det känns verkligen gränspsykotiskt eller psykotiskt själva kroppsuppfattningen” (Deltagare 1).

Det var en deltagare som arbetat med långtidssjuka som upplevde att patienterna inte hade en skev kroppsuppfattning utan var plågsamt medvetna om att de var magra.

”Om man skulle bada på sommaren så var det så här usch. Jag måste gömma mig i vassen för jag är så avmagrad så folk glor ju ögonen ur sig liksom.. ”Dom vet att det är plågsamt och farligt och så, men att göra någonting åt det är för svårt”(Deltagare 8)

Deltagaren menade även att det var viktigt att inte ta för givet att alla patienter har en skev kroppsuppfattning även om de flesta har de en viktfobi. Trots att de är medvetna om sitt låga BMI kan de ha svårt för att göra en förändring. Det ansågs även viktigt att tänka på vad patienten vägde innan ätstörningen. Patienter som varit överviktiga som barn, och nu var underviktiga, kunde ha kvar den gamla självuppfattningen, en äldre mental inre bild av sig själva.

Samtliga deltagare beskrev att patienterna uttryckte sitt kroppsmissnöje eller skeva kroppsuppfattning vid samtal, vägning och pedagogiska måltider. Endast två deltagare berättade att de alltid frågar patienterna redan vid bedömningen eller tidigt i behandlingen hur patienterna upplever sin egen kropp. De menade att detta är ett känsligt ämne och inte något alla patienter berättar om spontant.

”Redan från bedömning får de ofta beskriva hur de upplever sin kropp. Så sätter jag även en bedömning om det är en störd upplevelse av sin kropp eller överdriven eller vad det är.. (Deltagare 6).

Sambandet mellan kroppsmissnöje och livshändelser

Två deltagare kunde se bortom patientens kroppsmissnöje och förstod att det egentligen fanns djupare orsaker som gjorde att patienterna fixerade alla sina problem på sin kropp.
”Det känns ytligt men det handlar om djupare problem” (Deltagare 4).

En av deltagarna berättade att det inte var ovanligt att patienterna råkat ut för negativa livshändelser, såsom mobbning, känslor av misslyckande och att inte duga. Det kunde också handla om patienter med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som fått kämpa hela livet för att passa in i olika sammanhang, då de upplevt sig missförstådda. Dessa erfarenheter kunde leda till tankar om viktminskning, och att åtminstone uppnå det normativa kroppsidealet, för att på så sätt passa in i sociala sammanhang.

Patientens upplevelse är bara jag går ner i vikt så blir det bra, fast egentligen så är det liksom annat som ligger bakom” (Deltagare 7).

Behandlande åtgärder

De intervjuade specialistsjuksköterskorna beskrev på vilket sätt de bedrev omvårdnad utifrån terapeutisk relation, psykoedukation, exponering och en kombination av psykiatrisk och somatisk omvårdnad.

Terapeutisk relation

Samtliga deltagare använde ett anpassat språk för att bygga en allians med patienten. Vid viktuppgång kan upplevelsen av att känna sig tjock uppstå, att bekräfta upplevelsen men att känslan inte var verklighetsförankrad ansågs viktigt. Deltagarna kunde fråga hur rimligt det var att vara tjock med ett så lågt BMI och sedan vara ganska påstridiga för att patienten skulle få en mer realistisk syn på situationen och avidentifiera känslan av att vara tjock.

“Behandlingsmålet är ju inte en viktuppgång, utan behandlingsmålet är ju att få bli frisk och fri och det är en biverkan av det är att man går upp i vikt, att vågen visar mer, men med det kommer ju också en förändring i kroppen”(Deltagare 8).

“För att du har en sjukdom som verkligen gör verklighetsuppfattningen skev. Och sedan är det jättesvårt att se sig själv objektivt. Det gör ju varje människa. Men att ha en ätstörning gör det ännu svårare” (Deltagare 1).

En deltagare uttryckte vikten av trovärdighet i samtalet med patienten. Deltagaren ansåg att det var viktigt att vara ärlig då patienten exempelvis frågade om det syntes att hen gått upp i vikt, även om det skapade ångest. Att ljuga kunde förmedla ett större obehag och äventyra relationen. Det var även viktigt att benämna det som patienten kunde uppleva som positivt, såsom att rörelserna blivit snabbare och starkare och att håret kommit tillbaka och inte var så torrt och sprött längre. Detsamma gäller relationen och kommunikationen med överviktiga patienter, men att då fokusera mer på styrka och kondition, exempelvis att göra jämförelser med en diskuskastares kropp.

”Brukar jämföra med våra diskuskastare… Men vi skulle ju nog aldrig kunna följa med dem på liksom en joggingrunda för dom har väldigt bra kondition… De har nog övervikt och så där, men dom har en jäkligt bra kondition och det kan man ju ha ändå liksom trots att man väger mer” (Deltagare 7).

En deltagare nämnde att det var viktigt att reflektera över sin egen kroppsuppfattning.

“*Vi måste vara trovärdiga och inte bara spela trovärdiga utan faktiskt vara fine med oss själva. Alltså, vi måste förmedla det från hjärtat och det ställer ju enorma krav på oss sjuksköterskor i mötet med dem som har framför allt svåra ätstörningar” (Deltagare 8).*

Psykoedukation

Samtliga deltagare beskrev att de använde psykoedukation i sitt arbete med kroppsuppfattning. De använder exempelvis BMI för att beskriva en hälsosam vikt. Tre deltagare berättade att de använder en viktkurva ifrån KBT-E med patienterna. De menar att om man tittar på viktkurvan tillsammans, och markerar var gränsen för undervikt respektive övervikt, så kan patienten lättare förstå om vikten är för låg eller om de har en normalvikt. Sjuksköterskorna menade att viktkurvan kunde hjälpa patienten att känna en viss kontroll av att inte öka för snabbt i vikt under behandling.

”Oavsett om det är en patient som ligger på övervikt eller har normalvikt eller undervikt så finns det en rädsla för att gå upp i vikt även om man har en normalvikt. Så den (viktkurvan) är effektiv att använda i alla diagnoser skulle jag säga” (Deltagare 6).

Flera deltagare nämnde att de kunde använda olika övningar när det inte hjälper med samtal, om att försöka påverka den skeva kroppsuppfattningen. De beskrev olika övningar som kunde hjälpa patienten att ge en realistisk självbild och en kroppsacceptans.

“när man liksom redan har dragit det några gånger och man känner patienten lite bättre och dom har lite mer förtroende för en då kan man ju gå ett steg vidare, ska vi verkligen titta på hur det ser ut och då brukar jag göra. Jag kallar den för konturövning” (Deltagare 7).

Något som också beskrevs av deltagarna var erfarenheten av att patienterna blev tryggare då sjuksköterskan sade emot och inte bekräftar den skeva kroppsuppfattningen.

“*…nu är det ätstörningen som pratar…..du har faktiskt en psykisk sjukdom som gör att du inte kan lita på din verklighetsuppfattning så nu är det jag som har rätt och du som faktiskt har fel här….jag har siffrorna på ett mätinstrument vilket tyder på att jag har rätt så kan vi lämna diskussionen där” (Deltagare 1).*

Exponering

Flertalet deltagare nämnde att patienterna exponeras vid vägning och pedagogiska måltider vilket verkar vara den omvårdnadsåtgärd som väcker mest ångest kring kroppen. Vägning används för att säkerställa att patienten går upp i vikt, eller håller en stabil vikt. Vid vägning kan sjuksköterskan möta starka känslor hos patienten, som härrör till viktfobi och kroppsförakt. Två deltagare berättade att de planerade patientbesöken så att de började ta

kroppsvikten, för att sedan ha underlag att arbeta vidare med patientens känslor kring detta. De menade att det värsta de skulle kunna göra var att ta vikten i slutet av samtalet.

"Dom ska vägas i underkläder. Och det gör jag ju av en anledning för att man behöver exponera. Då har man ätstörningen i rummet, vilket jag kan tycka är lite häftigt ibland att se det här tudelade att det är verkligen som en helt annan person när ätstörningen liksom tar över och då får man höra allt det här som de bara hör tyst inom sig" (Deltagare 7).

Några deltagare talade om betydelsen att fånga upp det som inte sägs i rummet. Att vågen är en barometer som bestämmer hur de kan må resten av dagen. De pratade om hur viktigt det är att ta sig extra tid när man ser att patienten blir tyst och tillknäppt och att ställa frågor för att försöka få patienten att öppna sig. Sjuksköterskorna nämnde även att det är lättare när en patient är utåtriktad och bryter ut i gråt eller visar sin panik. Då kan de fånga upp och bemöta olika tankar och känslor. De beskriver att det kan handla om att vägleda patienten i sin andning eller att hjälpa dem att särskilja på tanke, känsla och handling, samt trösta och finnas där.

Vid pedagogiska måltider kan mycket ångest väckas och leda till att patienterna inte äter upp maten. Det kan vara kämpande med varje tugga. Deltagarna menar att de utför ångestlindrande omvårdnadsåtgärder, som att påminna om andningen och att ta en tugga i taget. Det kan även handla om att försöka hjälpa patienterna att träna på att stå ut med ångesten, rädslan för det som är obehagligt och sedan följa upp det som händer i måltidssituationen under ett samtal.

"Äta och exponeringen i sig… men den stora rädslan är ju viktuppgången då, i slutändan" (Deltagare 7).

"Javisst är det så att de här måltiderna tillsammans kommer ju förhoppningsvis hjälpa dig att bygga tillbaka din kropp och det i sin tur visar en höjd vikt. För jag är helt orädd för det. Helt orädd för vad det står på vågen för det är ju egentligen ointressant" (Deltagare 8).

Kombination av psykiatrisk och somatisk omvårdnad

En deltagare försökte fånga upp det som tidigare upplevts vara svårt för patienten att tala om, vilket kunde komma fram när en somatisk omvårdnadsåtgärd utfördes. Sjuksköterskan berättade att samtidigt som de diskuterar en patientens magproblem så kunde patienten självmant börja berätta om något annat som tidigare varit svårt. Även vid utförande av medicintekniska undersökningar kunde vara bra att medvetet lägga lite extra tid för det är ett tillfälle då patienten spontant kunde börja prata om sin kroppsuppfattning. Det var avväpnande för patienten när fokus låg på något annat än under ett samtal där det är fokus på att bara samtala. Deltagaren menade att den psykiatriska omvårdnaden alltid ligger i grunden även när hen utför somatiska åtgärder.

"Alltså rent allmänt har jag tänkt mycket på det att som sjuksköterska har man ju liksom lite guldläge… Ger mig möjlighet att plocka upp andra saker som kommer. Jag tycker att jag får mycket bra information när jag gör mina undersökningar, EKG och blodtryck och det här för då bubblar det liksom" (Deltagare 7).

Kompetens

De intervjuade specialistsjuksköterskorna beskriver nedan sin kompetens inom området, utifrån att ha kunskap, uppleva starka känslor i sitt yrkesutövande och samverka i team.

Kunskap

Flera deltagare menade att det fanns behov av mer kunskap om ätstörning och kroppsuppfattning. Det fanns behov av att personalen i större utsträckning kunde lära av och stötta varandra, för ökad trygghet i yrkesrollen. Ett öppet samtalsklimat på arbetsplatsen, för att delge varandra erfarenheter, upplevdes viktigt. Arbetet ansågs oftast mycket krävande då patienterna inte var verklighetsförankrade i sin kroppsuppfattning och hade svårt att ta till sig det sjuksköterskan förmedlar. Flera efterfrågade mer introduktion och utbildning när man började arbeta inom den specialiserade ätstörningsvården. En deltagare menade att det är bra att använda sig själv som redskap inom psykiatrin, att använda sig av sina egna erfarenheter.

"Mer utbildning behövs då det känns svårt att prata om kroppsuppfattningen av rädsla att säga något fel som gör det ännu värre" (Deltagare 5).

En deltagare menade att hen jobbat mycket med KBT-E och fokuserat mycket på strategier kring ångesthantering, svåra känslor kring kroppshat och självkänsla, men att hur man ser på kroppsuppfattningen kände sig hen ganska dålig på. Hälften av deltagarna uttryckte en osäkerhet i samtal och i bemötande av patienten vilket oftast ansågs bero på brist på kunskap och färdigheter. Att det är brister i kompetensen då man inte hunnit skaffa sig färdigheter inom arbetet.

"*För det är en komplex sjukdom och jag kan tycka att det är helt galet faktiskt att man ens får jobba med detta utan att ha gått någon utbildning kring ätstörningar" (Deltagare 5).*

Känsloupplevelser i yrkesrollen

Hälften av deltagarna upplevde en osäkerhet i samtalet med patienten om kroppsuppfattningen. Det fanns en rädsla för att göra skada istället för nytta. Att svara på patientens frågor om viktuppgång ansågs svårt då man ville vara ärlig men inte skada patientens självkänsla ytterligare. En känsla av att bli svarslös, att känna sig otillräcklig och känslor av hopplöshet infann sig hos en av deltagarna då det ansågs så svårt att förändra patientens kroppsuppfattning.

"Det är ju lite av ett minfält. För de flesta patienterna reagerar ju väldigt mycket på alltså vilka ord man använder så man får verkligen väga sina ord" (Deltagare 5).

Några deltagare menade att det kändes viktigt att få visa sig sårbar när man känner osäkerhet i yrkesrollen, att våga blotta sin osäkerhet eller okunskap. Att våga uttrycka sina känslor för sina kollegor och att det ska finnas vilja att stötta varandra vid osäkerhet med ett öppet arbetsklimat på arbetsplatsen.

En deltagare beskrev känslan av otillräcklighet och osäkerhet då man som sjuksköterska är van att inta den problemlösande rollen där man lyckas hjälpa och lindra det mesta som

besvärar patienten. Men i arbetet med patientens kroppsuppfattning blev istället känslan att inte alls veta hur man skulle lösa svårigheterna.

"Jag har aldrig hört en patient säga att de känner att de har förbättrats gällande att hantera kroppsuppfattningen måste jag säga, det känns sorgligt" (Deltagare 5).

En annan deltagare menade att man pratar alldeles för lite om kroppsuppfattning, att fokus läggs på annat då man inte känner sig trygg att prata om det. Att man blir så fokuserad på mat och vikt att arbetet kring kroppsuppfattningen glöms bort. Tanken på att patienten gör så gott den kan utifrån sina förutsättningar är hjälpsam.

"Jag tänker aldrig att någon är elak eller dum, det tror jag inte så många gör men jag tror att folk kan hetsa upp sig i många situationer" (Deltagare 4).

Flera deltagare kände sig dock trygga i mötet med patienten och upplevde inte någon rädsla i hur patienten skulle reagera på sjuksköterskans ärlighet i mötet. En deltagare ansåg att om man lyckas skapa en allians var det lättare att uttrycka sig ärligt i samtalet och att patienten oftast hanterar det som sägs väl.

"Ställer du frågan kommer du få ärliga svar för det är det som du och jag jobbar med att jobba med ärligheter och jag finns här, jag tröstar dig" (Deltagare 8).

Samverkan i team

Glädjen och tryggheten i att jobba i team beskrevs endast av en deltagare. Ingen av deltagarna uttryckte dock något negativt om teamarbete.

"Jag förlitar mig på mitt team och den kunskapen jag har kring svält och ätstörningar" (Deltagare 1).

Några deltagare uttryckte att på deras arbetsplatser arbetar fysioterapeuten med kroppsuppfattning. Ingen såg det som ofördelaktigt men menade att arbetet med kroppsuppfattningen borde utföras mer av sjuksköterskor än vad som görs. Mer samverkan i teamet där man lär av varandra kan öka möjligheterna till professionsöverskridande arbete.

En deltagare menade att fysioterapeuten arbetar både enskilt och i grupp med kroppsuppfattningen vilket gör att patienten exponeras mycket. Att det är viktigt med balansgång så det inte blir för mycket för patienten som också ska klara av att hantera alla känslor.

"Åh jag känner en trygghet i att jag jobbar i ett team där jag vet att händer det någonting som jag inte kan lösa själv och behöver plocka in psykolog, läkare eller någon som kan göra en suicidriskbedömning på patienten och ta ett beslut om vi kan skicka hem patienten eller om vi behöver några andra insatser, där känner jag en trygghet i att faktiskt arbeta i team"(Deltagare 1).

En deltagare konstaterade att vissa patienter skickas vidare till fysioterapin då fysioterapeuten jobbar mer med kroppsuppfattning.

Diskussion

Metoddiskussion

Valet av kvalitativ tematisk analys med en induktiv ansats syftade till att få en fördjupad förståelse utifrån ett objektivt synsätt för det som var avsikten att studera i studien samt att skapa en helhetssyn av deltagarnas erfarenheter (Henricson & Billhult, 2012; Polit & Beck, 2017). Åtta specialistsjuksköterskor från fyra olika ätstörningskliniker i Västra Götalandsregionen och i Stockholm som arbetade i öppenvård, slutenvård eller dagsjukvård deltog i studien. Att några av deltagarna hade erfarenhet från olika vårdformer gav troligen ett mer fylligt och innehållsrikt resultat. Flera sjuksköterskor hade arbetat i många år och hade gått olika fördjupningskurser i ämnet. Då flera deltagare gav liknande svar kunde resultatet anses trovärdigt. En eventuell svaghet kan vara att vårdtid, vårdrelation och allvarlighetsgrad skiljde sig åt mellan slutenvård och öppenvård, och detta kan ha påverkat deltagarnas erfarenhet av omvårdnad kring kroppsuppfattning. Det strategiska urvalet av deltagare var medvetet, för att få en rimlig variation utifrån erfarenhet av det studerade fenomenet (Henricson, 2017). Om urvalet riktat sig endast mot specialistsjuksköterskor i exempelvis slutenvården hade resultatet troligen kommit att se annorlunda ut. Studien fick detaljerade beskrivningar genom den semistrukturerade intervjumetoden, eftersom det fanns en öppenhet för följdfrågor. Det medförde att deltagarna kunde ge mer utförliga beskrivningar och svaren ofta innehållsrika (Henricson, 2017).

Då vi inte tidigare gjort en intervjustudie sågs det fördelaktigt med att välja en tematisk analysmetod. Braun & Clarke (2006) menar att metoden är lätt att använda då de sex analysstegen är väl beskrivna och därför bra för ovana forskare. Utifrån systematisk kodning av insamlade data utforskade vi mönster, likheter och olikheter i intervjumaterialet. Om en aspekt av ett fenomen återkom ofta diskuterade vi hur de kunde kopplas samman. Att analysprocessens sex faser följdes noggrant ökar trovärdigheten i resultatet. Studiens trovärdighet ökar av att all data noggrant lästes före kodningen påbörjades, materialet kodades enskilt och sedan utvärderades gemensamt.

En svaghet kan vara att vi aldrig tidigare utfört en intervjustudie men anser ändå att vår medvetenhet om detta medförde att alla steg i analysprocessen studerades mycket noggrant (Braun & Clarke, 2006). Under en intervju utlöstes ett larm på avdelningen och medförde ett oväntat avbrott i intervjun. Utifrån vår följsamhet och medvetenhet om att det kan ske oväntade händelser upplevdes det inte som ett hinder för uppsatsförfattarna eller deltagaren utan det fick ta den tid som behövdes (Danielson, 2012).

Redan vid planeringsstadiet av studien diskuterades våra tidigare erfarenheter och förförståelse av ätstörningsvård där vi kom fram till att våra olika erfarenheter kunde

komplettera varandra väl. Det ökade vår medvetenhet om att resultatet inte tolkades utifrån tidigare erfarenheter utan diskuterades sinsemellan då vissa svar upplevdes svårtolkade. Henricson & Billhult (2012) menar att det är ett sätt för att öka medvetenheten om hur förförståelsen indirekt skulle kunna påverka resultatet. Egna antaganden har försökt undvikas då det kan leda till negativ inverkan på resultatet. Viss förförståelse fanns då ena uppsatsförfattaren arbetar inom den specialiserade ätstörningsvården samt att vi studerat litteratur om ämnet vilket ökade intresset för att studera kroppsuppfattning. Förförståelse fanns för de svårigheter det innebar att möta och behandla patienter med en så komplex psykisk sjukdom men att kroppsuppfattningen ansågs så svårarbetad var inget vi förväntat oss. Förförståelsen har använts på ett positivt sätt, ett förutsättningslöst förhållningssätt i intervjuerna samt med en kritisk självmedvetenhet (Kvale m.fl., 2014).

Resultatdiskussion

Huvudfynden i resultatet presenterades i tre huvudteman; *Tolkning av kroppsuppfattning, Behandlande åtgärder och Kompetens,* med tillhörande subteman.

Tolkning av kroppsuppfattning

Deltagarna gav rikliga beskrivningar kring fenomenet kroppsuppfattning och hur patienterna uttryckte sig nedvärderande om sin kropp och att de ofta värderar sig själva utifrån sin vikt och kropp (Isomaa & Clinton 2022; Fairburns, 2019). Sjuksköterskorna hade en god förmåga att iaktta och tolka patientens signaler och beteende kring patienternas kroppsuppfattning. De återkom ofta till den skeva kroppsuppfattningen och hur svårbehandlad den är (Lock & Grange, 2019).

Det framkom att patienterna verkade lida av något mer än bara ett kroppsmissnöje, något som verkade gå bortom att enbart tycka illa om sin egen kropp. Ingen av deltagarna nämnde dock begreppet anosognosi. Anosognosi handlar inte om att förneka sin sjukdom, utan upplevelsen av att en person, med exempelvis anorexia, är ointresserad av behandling beror troligen på att patienten inte förstår behovet. Anosognosin kan i detta fall bero på näringsbrist, som medför att hjärnan inte fungerar optimalt (Collins, 2016). Tidigare forskning har funnit ett område i hjärnan som inte används i samma omfattning hos personer med Anorexia Nervosa som brukar kopplas till att bearbeta bilder av mänskliga kroppar och självbild (Karjalainen, 2016). När en person återhämtar sig från Anorexia Nervosa avtar även anosognosin (Karjalainen, 2016). I dessa fall kan specialistsjuksköterskan använda sig av LEAP-metoden (Lyssna, känna empati, hålla med och samarbeta) i omvårdnadsarbetet. Amador (2019) menar att utgångspunkten i metoden är att som vårdpersonal sluta med att försöka övertyga patienten om att vara sjuk och istället acceptera sin oförmåga, sluta argumentera och börja lyssna. Detta innebär inte att man som behandlare håller med om patientens upplevelse men den måste respekteras (Amador, 2019). “Att vara överens om det ni är oense om och överens om det ni är ense om” (Borell, 2021).

Det var endast ett fåtal deltagare som beskrev skillnader i att arbeta med patienter som var gravt underviktiga jämfört med överviktiga personer och hur de beskrev sin kropp. De

menade att ju högre vikt desto mer skam och äckelkänslor samt att patienterna var smärtsamt medvetna om viktstigmat i samhället (Fairburns, 2019).

Flera deltagare hade olika uppfattningar om hur kroppsuppfattningen skilde sig åt mellan de olika ätstörningsdiagnoserna. Några menade att det varierar från person till person och är oberoende av ätstörningsdiagnos medan andra hade uppfattat skillnader bland diagnoserna. Enligt DSM-5 krävs det att patienter med Anorexia nervosa har en störd kroppsupplevelse vilket inte behöver vara gällande för de andra ätstörningsdiagnoserna (American Psychiatric Association, 2013). Tidigare forskning utifrån omvårdnadsperspektivet saknas vilket har gjort att vi inte kan jämföra detta resultat med andra studier. Enligt Stuart är det viktigt att specialistsjuksköterskan genomför bedömningar om det är en störd kroppsuppfattning eller ett kroppsmissnöje, vilket har betydelse i behandlingen (Stuart, 2013). Deltagarna i vår studie saknade i de flesta fall tydliga rutiner och kunskap kring bedömning av kroppsuppfattning.

Skattningsskalan ’body shape questionnaire’ kan användas för att bedöma grad av kroppsmissnöje (Cooper m.fl., 1987, Ghaderi & Scott, 2004). Ingen av deltagarna i vår studie använde denna och endast ett fåtal deltagare använde sig av skattningsskalor som EDE-Q, vilken är relevant för kroppsuppfattningen. De som använde denna tyckte dock att det var hjälpsamt att använda EDE-Q vid början av behandlingen, samt vid slutet, för att kunna visa patienten vad som hade hänt under behandlingen och att kroppsuppfattningen blivit lite bättre. De beskrev även att de ställde specifika frågor om kroppsuppfattningen.

Behandlande åtgärder

Resultatet visar att grunden till framgångsrik behandling var att ha en allians och terapeutisk relation med patienten, vilket stöds av tidigare forskning (Isomaa & Clinton 2022). Det var återkommande hur viktigt partnerskapet var och att det fanns en öppenhet och ärlighet mellan patienten och sjuksköterskan (Wright & Hacking (2012). Tidigare forskning har till och med visat att en god relation är viktigare för en ökad funktionsförmåga och psykiskt välbefinnande än själva behandlingsmetoden (Isomaa & Clinton 2022; Van Ommen m.fl., 2009). Peplaus teori om mellanmänskliga relationer kan också användas här, exempelvis kring hur patienten oftast själv vet vad som är bäst för hen, att sjuksköterskan och patienten tillsammans kan utforska de svårigheter som kommit fram (Pokorny, 2010). För att en vårdrelation ska uppstå kan specialistsjuksköterskan använda sig av humor och att visa värme (Van Ommen m.fl., 2009).

De intervjuade specialistsjuksköterskorna beskrev omvårdnaden utifrån psykoedukation, exponering och en kombination av psykiatrisk och somatisk omvårdnad. Deltagarna sade att patientens kroppsuppfattning kunde vara svår att påverka och att det skilde sig mellan olika enheter, om de använde några strukturerade metoder för att patienterna skulle få en mer realistisk kroppsuppfattning. De flesta upplevde att patienterna inte hade fått en ökad kroppsacceptans efter sin behandling vilket stödjer tidigare forskning (Fogelqvist, 2016). En minoritet nämnde att de använder sig av KBT-E, vilket är en behandlingsmetod som är utvecklad för olika typer av ätstörningar (Fairburn, 2019). Det var framför allt modulen om övervärdering av kroppsform, vikt och eller/kontroll som användes (Linder & Nyman

Carlsson, 2019; Fairburns, 2019). Inom KBT är det dessutom vanligt med exponering (Wiklund Gustin 2012) vilket även framkom i vår studie, och som väckte hög ångest hos patienterna, framförallt vid vägning och pedagogiska måltider.

Patienternas kroppshat beskrevs som en vidmakthållande faktor av ätstörningen. Enligt objektifieringsteorin kan kunskap om självobjektifiering användas i omvårdnaden (Tiggemann, 2013). Genom psykoedukation kan patienterna medvetandegöras angående sitt nedvärderande språk om sin kropp eller att försöka minska det yttre perspektivet (Tiggemann, 2013). Det framkom även att mindfulness skulle kunna vara något att förbättra inom omvårdnadsarbetet. Mindfulness-terapier har visat positiva resultat i behandlingen för ätstörningar, framförallt för hetsätningsstörning och bulimia nervosa (Kristeller m.fl., 2006). Vilket även stödjer Socialstyrelsens riktlinjer för behandling av depression och ångest där mindfulness finns med som en evidensbaserad metod (Socialstyrelsen, 2021).

Kompetens

Det framkom att deltagare var mer eller mindre trygga i sin yrkesroll i arbetet med patienters kroppsuppfattning. Längre erfarenhet och färdigheter i arbetet där de även gått fler utbildningar inom ätstörningar ökade kompetensen. De hade då fler verktyg att använda sig av utifrån erfarenheter (Davey m.fl., 2014). Sjuksköterskor som hade längre erfarenhet kunde lättare känna in och fånga upp det som inte uttrycktes verbalt av patienten och att de använde sig av den färdigheten i omvårdnaden.

Flera deltagare uttryckte sin osäkerhet och hade en önskan att känna sig mer trygga i arbetet med kroppsuppfattning. Tidigare undersökningar har funnit att vårdpersonal upplever osäkerhet när patienter uttrycker viktfobi, vanföreställningar om kroppen eller rädsla över vad som kan ske vid tillfrisknande (Socialstyrelsen, 2019; SBU, 2019). Mötet mellan patient och behandlare kan starkt präglas av rädsla och det är inte ovanligt att vårdpersonal blir skräckslagna inför att säga eller göra fel (Isomaa & Clinton, 2022). Det försvårar ett öppet samtal då sjuksköterskan kan känna sig sårbar och känner att man vill skydda sig själv. Det kan finnas en ängslan i att avslöja brister i sin egen kompetens, kunskap och erfarenheter fram för allt om man är ny i sin yrkesroll. Det kan då vara lätt att möta patienten med tystnad och patienten kan känna sig övergiven och ensam (Isomaa & Clinton, 2022).

Deltagarna önskade mer utbildning om kroppsuppfattning. Svårigheter att bemöta patientens frågor om negativ kroppsbild medförde önskemål om exempelvis webbaserade utbildningar, handledning, och att kunna stötta sina kollegor och lära av varandra. Vikten av utbildning bekräftas av tidigare studier (SBU, 2019). Viljan att arbeta med kroppsuppfattning fanns men deltagarna upplevde att resurserna inte räckte till. Resursbrist kan vara en anledning till att man inte arbetar med kroppsuppfattning i större utsträckning trots att behovet är stort. Då den skeva kroppsuppfattningen är så stor del av diagnosen borde det vara ett prioriterat arbetsområde och diskuteras mer på arbetsplatserna (Rossi m.fl., 2021). En deltagare menade dock att det på hens arbetsplats hela tiden utvecklades förbättringsåtgärder med hur patienten upplever sin kropp utifrån samhällets förändringar.

De intervjuade specialistsjuksköterskorna beskrev hur de kunde uppleva starka känslor i sitt yrkesutövande, och att patienternas kroppshat kunde vara svårt att bemöta. Dessa känslomässiga reaktioner har tidigare forskning också beskrivit bland annat genom en intervjustudie med sjuksköterskor som arbetar med patienter med Anorexia Nervosa inom psykiatrisk slutenvård där sjuksköterskornas känsloupplevelser beskrivs som en berg och dalbana (Davén m.fl., 2022). De flesta specialistsjuksköterskor upplevde sig dock relativt säkra i sin yrkesroll att bemöta projiceringar. De uttryckte att de kunde känna en sorg över patientens kroppsförakt och att de satte livet på vänt men de var även duktiga på att sätta gränser mellan yrkesliv och privatliv. Även om vissa kände sig osäkra i arbetet med just kroppsuppfattning kändes de säkra i behandlingen av ätstörningar.

En fråga som uppkom var hur ärlig specialistsjuksköterskan skall vara gentemot patienten när denne går upp i vikt eller frågor som berör sin egen kroppsuppfattning. Det var endast en deltagare som nämnde att relationen till specialistsjuksköterskans egen kropp har betydelse. Isomaa & Clinton (2022) menar att varje behandlare inte behöver ha en problemfri inställning till sig själv, sin kropp eller sitt ätande. Det är dock viktigt att våga se sina egna sårbarheter. Det centrala för en specialistsjuksköterska är att inse att bemötande av personer med ätstörningar innebär att två kroppar möter varandra. Det kan väcka frågor hos en patient vad behandlaren har för kropp och matvanor som behandlaren behöver vara öppen för att möta. Förmågan att bemöta detta och att våga prata om kropparna i rummet kan hjälpa en person med ätstörning att tala om tabubelagda ämnen och utveckla en mer accepterande syn på mat och kropp (Isomaa & Clinton, 2022).

En av specialistsjuksköterskans sex kärnkompetenser är teamsamverkan som anses nödvändiga för vårdens professioner (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Det framkom i resultatet att man upplevde trygghet i teamet. Då inga frågor i intervjuguiden specifikt riktades till teamarbete är det troligtvis fler som upplever en trygghetskänsla i teamet än det som uttrycktes. Att man skickade vidare patienten till fysioterapeuten för arbete med kroppsuppfattningen ansåg uppsatsförfattarna kunde bero på att problematiken kring kroppsuppfattningen är så stor att man inte kommer vidare i behandlingen, resursbrist eller okunskap om vilken behandling som kan användas. Att ta del av varandras kunskaper och färdigheter i teamet skulle kunna leda till en känsla av mindre osäkerhet. Egna erfarenheter av tvärprofessionell teamsamverkan är att det ofta leder till god sammanhållning mellan kollegorna vilket medför att det blir lättare att våga fråga vid osäkerhet och att det ökar lärandet. Utvecklandet av vården kring kroppsuppfattningen i teamet anser uppsatsförfattarna skulle vara hjälpsamt för specialistsjuksköterskans känsla av trygghet i yrkesrollen och utvecklande av behandlingen för patienterna. Davey m.fl., (2014) skriver hur värdefullt sjuksköterskor ansåg det var att de fick stöd från kollegor efter behandling med en patient eller vid speciellt svåra situationer där de kände behov av att få uttrycka känslor.

Slutsatser, kliniska implikationer och framtida forskning

Arbetet med kroppsuppfattningen beskrevs som mycket komplex. Kroppsmissnöje är ett kärnsymtom inom ätstörningar och specialistsjuksköterskan var medveten om den vidmakthållande faktorn. Specialistsjuksköterskorna medverkade i behandlingen till

patientens kroppsacceptans. Det framkom i studien att många deltagarna saknade verktyg för att arbeta med kroppsuppfattning då andra delar av omvårdnadsarbetet prioriterades. Det saknades kunskap kring bedömning och behandlande åtgärder. I den psykiatriska omvårdnaden behöver specialistsjuksköterskan utbildning för att kunna arbeta med patientens kroppsuppfattning utifrån evidensbaserade metoder som saknas i dagsläget. Den interpersonella relationen är viktig för att bygga allians. Omvårdnaden för patienter med ätstörning är allmänt beskriven i litteratur och kan utföras av olika yrkeskategorier men vore önskvärt att fler studier utförs för att ta reda på hur specialistsjuksköterskor inom psykiatri arbetar med kroppsuppfattning. Ytterligare forskning både ur patientens och specialistsjuksköterskans perspektiv behövs. Resultatet kan användas för att ge inspiration till förbättringsarbete för all vårdpersonal inom behandlingen för ätstörningar.

Referenslista

Abbate-Daga, G., Amianto, F., Delsedime, N., De-Bacco, C., Fassino, S. (2013). Resistance to treatment and change in anorexia nervosa: a clinical overview. *BMC Psychiatry*, 13-294

Amador, X., (2019) *Jag är inte sjuk och behöver ingen hjälp.* Stockholm: Borell förlag.

American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington, DC: Author

Bakker, R., Van Meijel, B., Beukers, L., Van Ommen, J., Meerwij, E., Van Elburg., A. (2011) Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions. *Journal of child and adolescent Psychiatric Nursing* 24 (2011) 16-22. doi: 10.1111/j.1744-6171.2010.00263.

Borell, M (2021) Ätstörningar och födorelaterade syndrom I Abrams, D., Borell, E-L., Borell., M & Wikeby, M. *Att förstå inom psykiatri och socialpsykiatri* (s. 167-175). Polen: Borell förlag.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology,* 3, 77-101. doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Clinton, D. N., & Norring, C. (2012). *Ätstörningar: bakgrund och aktuella behandlingsmetoder.* Natur & kultur.

Cooper, P. J., Taylor, M., Cooper, Z., & Fairburn, C. G.(1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders, 6,* 807-812.

Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (s. 163-174). Studentlitteratur.

Danielsen, M., Ro, O., (2012) Changes in body image during inpatient treatment for eating disorders. Predict outcome. *Eating Disorders*, 20:261-275, 2012. Doi: 10.1080/10640266.2012.689205

Davey, A., Arcelus, J. and Munir, F.,(2014) Work demands, social support, and job satisfaction in eating disorder inpatient settings: A qualitative study. *International Journal of mental health nursing*, 23(1), pp. 60-68.

Fogelqvist, M., Parling, T., Kjellin, L. & Gustafsson, S.A. (2016) A qualitative analysis of participants reflections on body image during participation in a randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy. *Journal of Eating Disorders.* 2016, 4:29.

Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of women quarterly*, *21*(2), 173-206.

Ghaderi, A. & Scott, B. (2004). The reliability and validity of the Swedish version of the Body Shape Questionnaire. *Scandinavian Journal of Psychology, 45,* 319–324.

Helsingforsdeklarationen (2013). World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad 2021-05-20 från: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-
medical-research-involving-human-subjects/

Henricson, M. (Red). (2017). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad. Lund*: Studentlitteratur.

Henricsson, M., Billhult, (2012) Kvalitativ metod I Henricsson, M. (red), *Vetenskaplig teori och metodik. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 111-119). Lund: Studentlitteratur

Karjalainen, L., & Göteborgs universitet. Gillbergcentrum. (2016). *Eating disorders, eating pathology and ESSENCE*. Gothenburg: Gillberg Neuropsychiatric Centre, Institute of Neuroscience and Physiology at Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg.Hämtad 2022-11-20 från: https://www.gu.se/gnc/spegel-spegel-pa-vaggen-dar-kan-beroring-paverka-vad-jag-ser-har

Kling, J., Wängqvist, M,. Frisén, A. (2018). This body is me: Discovering the ways in which the body is salient in people's identities. *Body Image* 24 (2018) 102-110

Kristeller, J. L., Baer, R. A., & Quillian-Wolever, R. (2006). Mindfulness-based approaches to eating disorders. In R. A.Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's*
guide to evidence base and applications (pp. 75–91). San Diego, CA: Academic Press.

Kvale, S., Brinkmann, S., & Torhell, S. E. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur, Lund

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460). Hämtad 2021-05-20 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-
2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Linder, E., Nyman Carlsson, E. (2019) *När det hälsosamma blir ohälsosamt. Hjälp när tankar om kropp, mat och ätande tagit över ditt liv.* Estland: Natur & Kultur

Lindner, D., Tantleff-dunn, S., & Jentsch, F. (2012). *Social comparison and the 'circle of objectification'*. Sex Roles, 67, 222–235. doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/s11199-012-0175-x.

Lock, J., & Le Grange, D. (2019). Family based treatment: Where are we and where should we be going to improve recovery in child and adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(4), 481-487.

Peplau, H. E. (1988). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Bloomsbury Publishing.

Pokorny, M. E. (2010). Nursing theorists of historical significance. *Raile alligood M. Nursing theorists and their work*, *9*, 11-47.

Polit, D.F, Tantano Beck, C. (2021), *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins.

Ramklint, M (2016) Ätstörningar I Herlofsson, J. Ekselius, L., Lundin, A., Mårtensson, B., & Åsberg, M. (Red) *Psykiatri* (s.443–452). Lund: Studentlitteratur.

Rossi, E,. Castellini, G,. Cassioli, E, Sensi, C., Mancini, M., Stranghellini, G., Ricca, V. (2021) The role of embodiment in the treatment of patients with anorexia and bulimia nervosa: a 2 year follow-up study proposing an integration between enhanced cognitive behavioral therapy and a phenomenological model of eating disorders. Springer: doi:org/10.1007/s40519-021-01118-3. Publicerad online 03 februari 2021.

SFS 1998:204. Personuppgiftslagen. Stockholm. Justitiedepartementet. Hämtad 2022-05-15 från:https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204

Socialstyrelsen (2019). Vård av ätstörningar - Aktuellt kunskapsläge och behov av kunskapsstöd hos hälso- och sjukvården. s. 26 Hämtad 2022-12-20 från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6439.pdf

Socialstyrelsen (2021). Vård vid depression och ångestsyndrom. Hämtad 2022-12-20 från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf

Stanghellini, G., Castellini, G., Brogna, P., Faravelli, C., & Ricca, V. (2012). Identity and eating disorders (IDEA): a questionnaire evaluating identity and embodiment in eating disorder patients. *Psychopathology,* 45(3), 147-158. Stice

Statens beredning för medicinsk social utvärdering (SBU) (2019). *Ätstörningar. En sammanställning av systematiska översikter av kvalitativ forskning utifrån patientens, närståendes och hälso- och sjukvårdens perspektiv.* Statens beredning för medicinsk och social utvärdering: Stockholm.

Tiggemann, M. (2013) Objectification Theory: Of relevance for eating disorder researchers and clinicians?, *Clinical Psychologist,* 17:2, 35-45, DOI: 10.1111/cp.12010

Van Ommen, J., Meerwijk, E. L., Kars, M., van Elburg, A., & van Meijel, B. (2009). Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients perspective. *Journal of clinical nursing*, 18, 2801-2808.

Watson, H.J.& Bulik.C.M. (2013) Update on the treatment of anorexia nervosa:review of clinical trials , practice guidelines and emerging interventions. *Psychological Medicine*, 43(12), 2477-2500. doi: https://doi.org/10.1017/S0033291712002620

Wiklund Gustin, L. (2012). *KBT i omvårdnadsarbetet: om meningsskapande i gemenskap*. Studentlitteratur AB, Lund.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet.* Studentlitteratur AB.

Wright, K. M., & Hacking, S. (2012). An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing,* 19(2): 107-115. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01760.x

Wentz, E (2019) Ätstörningar I Skärsäter, I & Wiklund Gustin, L (Red). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa på grundnivå* (s.388-411). Lund. Studentlitteratur

Zugaj, J., Stein-Parbury, J., Roche, M.A. (2018). The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing,* 27 (1-2), 416-426.

Bilagor

SAHLGRENSKA AKADEMIN,
Institutionen för vårdvetenskap

Bilaga 1: Till berörda verksamhetschefer.

Vi är två sjuksköterskor, Lina Holmberg och Pernilla Setteskog, som läser till specialistsjuksköterskor i psykiatrisk vård vid Göteborgs universitet. Vi skriver nu vårt empiriska examensarbete på magisternivå. Godkännande till studien har givits av etikprövningsgrupp på institutionen. Vi skriver till dig då vi vill fråga specialistsjuksköterskor inom ätstörningsvård om deltagande i vårt examensarbete. Uppsatsen handlar om specialistsjuksköterskors erfarenheter av sitt arbete med kroppsuppfattning. För det behöver vi godkännande från er.

Tidigare har det inte genomförts några studier om hur specialistsjuksköterskor arbetar med patientens kroppsuppfattning vid ätstörning dock tror vi att specialistsjuksköterskor har värdefull kunskap om detta fenomen. Resultatet av uppsatsen kan även ha stort värde för er verksamhet.

Intervjun kommer att ske fysiskt eller digitalt och ta 30-45 minuter av specialistsjuksköterskans tid. Redovisningen av resultatet kommer att vara avidentifierat. All inhämtad data förvaras inlåst och allt material kommer raderas när uppsatsen blivit godkänd. Deltagarna kommer vara anonyma och intervjuerna bygger helt på frivillighet från specialistsjuksköterskans sida. När uppsatsen är godkänd finns det möjlighet att ta del av resultatet.

För att underlätta för oss att börja med intervjuerna önskas svar om godkänt deltagande så snart som möjligt. Godkännande kan gärna göras via svar på denna e-post.

Ni är välkomna att kontakta oss eller vår handledare vid ytterligare frågor eller funderingar.

Med vänliga hälsningar
Lina Holmberg, Leg Sjuksköterska gusholliu@student.gu Tel.0709-214209
Pernilla Setteskog, Leg Sjuksköterska gussettpe@student.gu Tel. 0705-245796

Handledare
Karin Melin, Leg Sjuksköterska, adjungerad universitetslektor

Inst Vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet:
Karin.melin@gu.se

Bilaga 2: Intervjuguide

Inledning demografi
Kort presentation av studien och FPI
Muntligt samtycke
Hur länge har du arbetat som legitimerad sjuksköterska?
Har du specialistsjuksköterskeexamen, hur länge har du arbetat som specialistsjuksköterska?
Hur många år har du arbetat inom specialiserad ätstörningsvård?
Har du gått andra utbildningar eller kurser relevant inom ätstörningsvård?
ex. (Steg 1 Psykoterapi, ätstörningar hos barn och vuxna – teori och praktik.7,5p, KBT-E),
I vilken region arbetar du?
Vilken typ av ätstörning har de patienter du möter i ditt arbete?

Den här uppsatsen handlar ju om specialistsjuksköterskans erfarenheter om patienter med ätstörning och deras kroppsuppfattning. Hur brukar du prata om eller beskriva begreppet för kollegor och patienter?

ERFARENHETER

1.Hur upplever du att patienten ser på sin kroppsuppfattning i ditt arbete?
På vilket sätt uttrycker patienterna olika tankar, känslor eller beteenden kring sin kroppsuppfattning?
(Ex -äckel, tjockkänsla, självhat, skuld och skamkänsla)
Hur medveten verkar patienten vara kring sin egen kroppsuppfattning?
-Hur kommunicerar ni kring detta?

2. Har du upplevt någon skillnad om hur patienten uttrycker sin kroppsuppfattning beroende på vilken ätstörningsdiagnos patienten har? Om ja; på vilket sätt?

3. Uttrycker patienten något kring sin kroppsuppfattning vid särskilda omvårdnadsåtgärder? (Ex vägning, samtal och pedagogiska måltider)? Om ja; på vilket sätt?

4. Upplever du någon förändring gällande patientens syn på sin kroppsbild efter en tids behandling och hur i så fall? (Förbättrad, försämrad, hinder av något slag)
Hur upplever du patientens kroppsuppfattning när patienterna är färdigbehandlade hos dig/ditt team?

5. Upplever du att ni fokuserar på patientens kroppsuppfattning i omvårdnaden på enheten du arbetar? Om ja; beskriv hur ni gör. Om nej; tror du att det går att utveckla på något sätt? Ja; hur då? Nej; varför inte, vad hindrar?

6. Använder du dig av skattningsformulär för att bedöma patientens kroppsuppfattning?
Om ja : Vilka formulär använder du? Vilket syfte har skattningsformulären? När används det? Är det något som följs upp under eller efter behandling? ?

7. Är det något du vill tillägga innan intervjun avslutas?

Göteborg, den 6 sep, 2022

Bilaga 3: Förfrågan om deltagande till intervju

Bästa kollega!

Härmed inbjuds Du som arbetar som sjuksköterska med vuxna personer med ätstörningar inom sluten och öppenvård att deltaga i vår studie på magisternivå. Syftet med studien är att undersöka hur sjuksköterskor arbetar med kroppsuppfattning hos vuxna personer med ätstörningar.

Vi som genomför intervjustudien är legitimerade sjuksköterskor som utbildar oss till specialistsjuksköterskor i psykiatrisk vård på Göteborgs Universitet.

Bakgrunden till att vi valde detta ämne är att personer som lider av ätstörning oftast har ett uttalat kroppsmissnöje och kan vara en stark vidmakthållande faktor. Vanligen uppstår starka känslor hos patienten som ibland till och med hindrar behandling. Vi hoppas att svaren ska kunna ge värdefull kunskap om hur sjuksköterskan arbetar med patientens kroppsuppfattning, i förhoppning att bidra till positiva förändringar i behandlingen.

Att deltaga i studien är helt frivilligt, även om vi självklart hoppas att så många som möjligt vill delta. Du har all rätt att avbryta din medverkan om Du så önskar. När Du väljer att tacka ja till en intervju innebär det att Du samtycker till ett deltagande i studien. Uppsatsförfattarna har full sekretess vilket säkerställer att ingen annan vet att Du medverkar eller vad Du har sagt under intervjun. Intervjun beräknas ta ca 30 minuter.

Vi använder oss av Diktafon för inspelning av intervjun. Allt material som spelats in förvaras på ett oåtkomligt sätt för att skydda din integritet och dina personuppgifter. Endast uppsatsförfattarna har tillgång till det inspelade materialet vilket raderas när uppsatsen är klar. Resultatet av studien kommer att presenteras i en magisteruppsats samt publiceras på Göteborgs Universitets hemsida som alla studenter har tillgång till. Vi tror och hoppas att just din medverkan i studien gör stor skillnad för personer med negativ kroppsuppfattning vid ätstörningsproblematik.

Data och personuppgifter i examensarbetet hanteras i enlighet med EU;s dataskyddsförordning, General Data Protection Regulation (GDPR) och Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679".
Göteborgs Universitet har ett dataskyddsombud som kan nås via e-post: dataskydd@gu.se eller telefon: 031-786 00 00

Vid eventuella frågor om studien är du varmt välkommen att höra av dig på antingen telefon eller e-post. Intervjuerna startar upp inom kort och därför vore vi mycket tacksamma för återkoppling

snarast, dock senast 7 oktober 2022. Vi är mycket flexibla gällande plats och tidpunkt för intervjun, allt för att göra det så smidigt som möjligt för dig som medverkar.

Med vänlig hälsning
Lina Holmberg och Pernilla Setteskog, Specialistutbildning psykiatri

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Lina Holmberg, Leg. Sjuksköterska
lina.holmberg@gmail.com
Tel.0709-214209

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Pernilla Setteskog, Leg Sjuksköterska
pernillasetteskog@gmail.com
Tel. 0705-245796