



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Omvårdnadsåtgärder kring måltiden som främjar hälsan för personer med anorexia nervosa.

En litteraturstudie

Författare: Tina Malm och Madeleine Olsson

Handledare: Jimmie Kristensson

Kandidatuppsats

Hösten 2017

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Omvårdnadsåtgärder kring måltiden som främjar hälsan för personer med anorexia nervosa.

En litteraturstudie

Författare: Tina Malm och Madeleine Olsson

Handledare: Jimmie Kristensson

Kandidatuppsats

Hösten 2017

Abstrakt

Bakgrund: Anorexia nervosa är en psykisk sjukdom som påverkar både den fysiska och psykiska hälsan och minst 10% av patientgruppen dör i sjukdomen på lång sikt. Måltiden är en viktig del av behandlingen inom slutenvården och sjuksköterskan har en viktig roll i att hjälpa patienterna mot en god hälsa.

Syfte: Syftet med litteraturstudien var att beskriva vilka omvårdnadsåtgärder i anslutning till måltiden som kan främja hälsan för personer med anorexia nervosa inom slutenvården.

Resultat: En god terapeutisk relation är en förutsättning för att normalisera ätbeteendet hos patienterna. Tydliga rutiner är viktiga för att återfå ett normalt ätmönster och främja hälsan. Under måltiden bör sjuksköterskan sitta med för att handleda, agera förebild och använda olika metoder för att distrahera patienten, såsom musik och videoklipp. När patienterna får agera förebild för varandra kan deras utveckling i behandlingen bli positivt påverkad.

Diskussion: Litteraturstudien har en mindre omfattning. Eftersom en större litteraturstudie aldrig gjorts på ämnet skulle en sådan behövas för att sammanställa kunskap som kan vara användbar i den kliniska sjuksköterskans arbete.

Nyckelord

Anorexia nervosa, omvårdnad, hälsa, omvårdnadsåtgärder

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Introduktion.....	3
Problemområde	3
Bakgrund	4
Perspektiv och utgångspunkter	4
Anorexia nervosa.....	5
Måltiden	6
Omvårdnadsåtgärder kring måltiden	7
Det aktuella forskningsläget	8
Syfte	9
Metod	9
Urval	9
Datainsamling.....	10
Dataanalys.....	12
Forskningsetiska avvägningar	13
Resultat	14
Att skapa en relation.....	14
Att ha tydliga rutiner.....	17
Att äta tillsammans	19
Att använda tekniska hjälpmedel.....	21
Att låta andra patienter agera förebild	22
Diskussion	23
Diskussion av vald metod.....	23
Diskussion av framtaget resultat	26
Att skapa en relation.....	26
Att ha tydliga rutiner.....	28
Att äta tillsammans	29
Slutsats och kliniska implikationer	31
Författarnas arbetsfördelning	32
Referenser.....	33

Introduktion

Problemområde

Ätstörningar är ett samlingsbegrepp för tillstånd där personen har problem med ätande, aptit och vikt (Ottosson, 2015). Anorexia nervosa (AN) är en ätstörning som innebär att personen är rädd att gå upp i vikt trots att hen redan är underviktig (Wentz, 2014). AN förekommer främst hos flickor i tonåren (Ottosson, 2015) och ungefär 0,4% av alla unga kvinnor beräknas lida av sjukdomen, medan prevalensen för män inte är känd (American Psychiatric Association, 2013). Svälttillståndet som AN leder till, kan ha negativa och allvarliga effekter på personens fysiska hälsa genom att bland annat påverka kardiovaskulära systemet, mag- och tarmsystemet, hormonsystemet och skelettet. Minst tio procent av patientgruppen dör i sjukdomen på lång sikt (Herlofson & Ekselius, 2009; Obadina, 2014). AN kan även ha negativa effekter på den psykiska hälsan, såsom koncentrationssvårigheter, ångest, oro och panikattacker (Obadina, 2014). Viktiga delar av omvårdnaden för patienter med AN är att uppnå ett normalt ätbeteende och viktuppgång (George, 1997). Oftast upplever patienterna ångest i samband med måltid och att de är rädda att gå upp i vikt gör det svårt att få dem att medverka i behandling (Wentz, 2014). Därav kan det vara mycket utmanande för omvårdnadspersonalen att underlätta måltidssituationen för dessa patienter. Sjuksköterskan har en viktig roll i att hjälpa patienterna med AN att byta ut de anorektiska ätvanorna mot ett normalt ätmönster, vilket är ett steg mot god hälsa för patienterna (Beukers, Berends, Manvan Ginkel, Elburg, & Meijel, 2015). Det saknas aktuella litteratursammanställningar som undersöker vilka omvårdnadsåtgärder i anslutning till måltidssituationer som främjar hälsa för patienter med AN inom slutenvården. De enda litteratursammanställningar som berör omvårdnad kring måltidssituationen är två artiklar skrivna av Grothaus (1998) respektive Wolfe, Dunne och Kells (2016), dessa har dock fokus på alla delar av omvårdnaden vid AN, omvårdnaden kring måltidssituationen är en mycket liten del av resultaten. Med detta i åtanke skulle en sammanställning av kunskapsläget behövas.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Sjuksköterskan har fyra grundläggande ansvarsområden: att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (International Council of Nurses, 2014).

Omvårdnadsteoretikern Katie Eriksson (1994) påtalar att sjuksköterskan ska sträva efter att eliminera allt onödigt lidande och lindra det lidande som inte kan elimineras. Att ge patienten den vård hen behöver är grunden för att lindra lidande. I teorin beskrivs tre former av lidande: livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande (ibid).

Livslidandet innebär att människan står inför ett lidande som omfattar hela livssituationen (Eriksson, 1994). De som insjuknar i AN är oftast tonåringar, vilket är samma period som många börjar frigöra sig från sina föräldrar. Vikten av att vara framgångsrik och uppskattad bland jämnåriga blir allt viktigare (Wentz, 2014). Rädsla över att bli övergiven och inte duga, kan orsaka stort lidande (Wiklund Gustin, 2014). Att behöva vårdas inom den psykiatriska slutenvården för sin ätstörning kan troligen upplevas som att livet rubbas och plötsligt rycks ifrån en, vilket enligt Eriksson (1994) kan upplevas som ett lidande. Patienterna kan också uppleva en förlust av möjligheten att fullfölja olika sociala uppdrag, vilket kan uppfattas som ett livslidande (ibid).

Sjukdomslidandet kan både vara kroppsligt och själsligt och upplevs i relation till sjukdom eller behandling. Vid sjukdom kan skuld och skam upplevas kring diagnosen eller behandlingen. Det ses som en form av sjukdomslidande, vilket också kan uppkomma om patienten känner sig misslyckad för att hen inte har förmåga att medverka i behandlingen (Eriksson, 1994). AN är en sjukdom som ger både psykiska och somatiska symtom (Glant, 2000), vilket innebär ett lidande för patienten.

Vårdlidandet är det lidande som upplevs i relation till vårdssituationen, och som också beskrivs som det onödiga lidandet (Eriksson, 1994). Genom att tvinga personer att göra handlingar som de inte skulle gjort av fri vilja så kan de utsättas för lidande orsakat av vården (ibid). Inom slutenvården för personer med ätstörningar är tvångsvård ett exempel på en situation då patienten tvingas göra handlingar som hen inte hade gjort av fri vilja. Eftersom många personer med AN saknar sjukdomsinsikt (Ottosson, 2015), så kan tvångsvård vara nödvändigt (Wentz, 2014). Förutsättningarna för sluten psykiatrisk tvångsvård är att patienten lider av en

allvarlig psykisk störning, har ett oundgängligt behov av psykiatrisk dygnetruntvård samt att patienten motsätter sig vård eller inte anses kunna ta ett autonomt beslut på grund av sitt psykiska tillstånd (Lag om psykiatrisk tvångsvård [LPT], SFS 1991:1128, 3 §). Inom slutenvården för personer med ätstörningar kan tvångsvård till exempel innebära behandling med enteral eller parenteral nutrition mot patientens vilja, i syfte att häva näringsbristen (Ottosson, 2015). Ofta är självsvälten ett av de största projekten hittills i personens liv och hen kan ta mycket illa upp när vården jobbar emot detta (Glant, 2000).

Eriksson (1994) anser att hälsa är förenligt med uthärdligt lidande. Genom att lindra lidandet så att det blir uthärdligt uppnås alltså hälsa. Hälsa är ett mångdimensionellt begrepp som inte bara relaterar till frånvaro av sjukdom, utan även till livskvalitet och välbefinnande (Hedelin, Jormfeldt & Svedberg, 2014). Hälsa kan för personer med AN främjas genom ett tillfrisknande eller en förbättring av sjukdomstillståndet, men också genom att den upplevda livskvalitén och välbefinnandet förbättras. Sjukdomstillståndet kan innebära fysiska följder som till exempel avmagring och amenorré (Ottosson, 2015), men även beteendemässiga tecken såsom isärplockning av maten (Gianini et al., 2015), medan livskvalitén och välbefinnandet kan vara negativt påverkat av bland annat den ångest som ofta upplevs i samband med måltid, eller av dålig självkänsla (Wentz, 2014). Om personen med AN får hjälp med att nå en förbättring i sjukdomstillståndet samt att uppleva bättre livskvalitet och välbefinnande så främjas hälsan, det vill säga, lidandet blir uthärdligt.

Anorexia nervosa

Diagnoskriterierna för AN är enligt DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 5) att personens kroppsvikt ligger under den nedre normalgränsen för sin ålder och längd på BMI-skalan (<18,5 kg/kvm). Personen lider av en intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock trots att hen är underviktig, och har en störd kroppsupplevelse gällande vikt och form, där självkänslan påverkas överdrivet av kroppens formen eller vikten (American Psychiatric Association, 2013). Det finns två typer av AN, den ena innebär att personen utsätter sig för självsvält. Den andra typen innebär att personen regelmässigt hetsäter och/eller använder självrensade åtgärder, såsom laxering, kräkning eller liknande (Ottosson, 2015). Ett förändrat ätmönster kan ses hos patienter med AN, de stirrar på maten, plockar isär maten och använder olämpliga bestick (Gianini et al., 2015).

AN är en gammal diagnos som beskrevs redan under medeltiden, och sjukdomen har ökat de senaste decennierna (Wentz, 2014). Sjukdomen förekommer framför allt hos tonårsflickor (ibid) och det är tio gånger fler flickor som drabbas än pojkar (Ottosson, 2015). Idag behandlas patienter med AN i Sverige inom öppenvård, dagvård eller slutenvård, beroende på sjukdomens svårighetsgrad. Indikationer för behandling i slutenvården är att patienten har ett BMI-värde under 13,5 kg/kvm, en viktnedgång på mer än 1kg per vecka eller bradykardi med en hjärtfrekvens på under 40 slag per minut. En femtedel söker aldrig hjälp för sjukdomen (Wentz, 2014). Ofta kommer personer med AN i kontakt med sjukvården på familjemedlemmars initiativ. Söker de själva kontakt är det främst för att de börjat uppleva somatiska symtom (American Psychiatric Association, 2013). Somatiska symtom som kan bli en följd av sjukdomen är amenorré (utebliven menstruation minst tre gånger i följd), hypotoni, akrocyanos (blå missfärgning av t.ex. fingrar), förstoppning, dålig sårhäkning, underbensödem, håravfall och ökad kroppsbehåring (Wentz, 2014). AN kan påverka så gott som alla organ i kroppen. I längden kan allvarliga tillstånd uppstå såsom osteoporos och rubbning av elektrolytsbalansen, vilket i värsta fall kan leda till plötsligt hjärtstopp (Ottosson, 2015).

Behandlingen inom slutenvården består av flera delar. Ibland är näringsbristen livshotande så att enteral eller parenteral nutrition måste ges. Svälttillståndet i kroppen ger ett toxiskt tillstånd som kan leda till koncentrationssvårigheter, ökad ljudkänslighet och depersonalisation, även psykotiska inslag kan förekomma. Det toxiska tillståndet måste behandlas innan psykoterapi kan ha effekt. I svårare fall av sjukdomen delas behandlingen upp i en viktkorrigerande del och en del där behandling av den underliggande störningen är i fokus. I dessa svåra fall kan tvångsvård bli nödvändigt. I mindre svåra fall behandlas den underliggande störningen redan från start (Wentz, 2014).

Måltiden

Måltiden utgör en viktig del av en människas liv (Westergren, 2014). Dels innehåller maten näringsämnen som är nödvändiga för att kroppen ska fungera (Berman, Snyder, & Frandsen, 2016), men måltiden är ofta även förenad med trevligt umgänge (Ringsberg, 2014). Personer med AN har ofta ett litet matintag och hoppar över måltider (Wentz, 2014) och det är lätt att tro att detta beror på aptitlöshet, som även ordet anorexi betyder, men i själva verket handlar det om en avsiktlig självsvält (Ottosson, 2015) och en rädsla för att äta (Eriksson & Carlsson,

2001). Personer med AN kan ljuga för familj och anhöriga och säga att de ätit på annat håll, för att inte bli påkomna med att hoppa över måltider (Wentz, 2014). De undviker alltså att äta tillsammans med andra och kan då missa den sociala delen av måltiden som är en stor del av de flesta människors liv.

Måltiden är en viktig del av behandlingen av AN inom den psykiatriska slutenvården i Sverige. Det finns både nationella och regionala riktlinjer i Sverige. De nationella samt flera av de regionala riktlinjerna tar upp att måltiden ska utföras i sällskap med sjukvårdspersonal som kan ha en pedagogisk eller stödjande roll (Af Sandeberg et al., 2009; Radziewinska & Westman, u.å.; Rosander, 2016; Stein et al., u.å.; Svedjehäll, 2012; Västra Götalandsregionen, 2017; Wallin, Sandeberg, Nilsson & Linné, 2015). I både de nationella och flera regionala riktlinjer anges att ett specifikt antal måltider bör ätas per dag (Af Sandeberg et al., 2009; Radziewinska & Westman, u.å.; Stein et al., u.å.; Svedjehäll, 2012; Västra Götalandsregionen, 2017; Wallin et al., 2015; Örebro läns landsting, 2012) och alla huvudmål skall konsumeras inom en begränsad tid på 30–45 minuter (Af Sandeberg et al., 2009; Radziewinska & Westman, u.å.; Västra Götalandsregionen, 2017; Wallin et al., 2015; Örebro läns landsting, 2012).

Omvårdnadsåtgärder kring måltiden

En omvårdnadsåtgärd definieras som en enskild handling - behandling, procedur eller aktivitet - som avser att uppnå det förväntade målet för en omvårdnadsdiagnos som sjuksköterskan är ansvarig för (Björvell & Thorell-Ekstrand, 2014). Målet vid behandlingen av patienter med AN är dels att korrigera vikten och dels att behandla den underliggande störningen. Sjuksköterskans roll i behandlingen av patienter med AN inom slutenvården är dels att ha en viss kontroll över patienten eftersom sjuksköterskan ansvarar för att patienten äter, inte framkallar kräkningar eller ägnar sig åt överdriven träning (Ottosson, 2015). Sjuksköterskan bör även hjälpa patienten och familjen att hantera den höga ångestnivån som ofta uppstår (Wentz, 2014) och uppmuntra patienten till att ta större ansvar för sitt tillfrisknande, samt att sätta sond om detta ordinerats (Ottosson, 2015). Inom omvårdnaden för personer med AN kan omvårdnadspersonal tillämpa omvårdnadsåtgärder i anslutning till måltiden. Tiden före, under och efter måltiden är det som avses med "kring måltiden". Exempel på sådana åtgärder är att vårdpersonalen sitter med under måltiden för att instruera, motivera och utbilda patienten (Beukers, Berends, Man-van Ginkel, Elburg, & Meijel, 2015).

Det som kan vara utmanande för sjuksköterskan vid behandling av personer med AN är att vissa patienter saknar insikt i sin sjukdom och därmed inte lyssnar på sjuksköterskans rådgivning och ljuger om sina självrensande beteenden. De kan även vara manipulativa och spela ut personalen mot varandra, vilket kan skapa oro på avdelningen (Wentz, 2014). När det gäller måltidssituationen kan det vara en stor utmaning att få patienterna att äta på grund av att, såsom Wentz (2014) skriver, personer med AN är rädda att gå upp i vikt.

Det aktuella forskningsläget

Det finns mycket forskning publicerad inom ämnet AN. En stor del av dessa vetenskapliga artiklar har som syfte att beskriva upplevelser som patienter eller sjukvårdspersonal har av vården vid AN. Ett exempel är en vetenskaplig studie utförd av Karpowicz, Skärsäter, & Nevenon (2009) där självkänslan undersöktes hos patienter före och efter att ha behandlats på en specialistavdelning för ätstörningar. Det visade sig att patienternas självkänsla hade förbättrats efter behandlingen (ibid), dock sätts inte studiens resultat i relation till måltidsinterventioner. En annan studie skriven av Beukers, Berends, Man-van Ginkel, Elburg, och Meijel (2015) undersökte vilka omvårdnadsinterventioner som finns, dock utan att studera hur patienternas hälsa påverkades av interventionerna. Vancampfort et. al (2014) undersökte effekten av åtgärder som ligger inom fysioterapeutens kunskapsområde, såsom fysisk aktivitet, massage och yoga. Resultatet av översikten visade viss fysisk aktivitet, som massage och yoga, kan ha fördelaktiga effekter på ätstörningar (ibid). Däremot undersöker ingen av ovanstående litteraturstudier vilka omvårdnadsåtgärder i samband med måltid som kan främja hälsan hos patienter med AN.

Flera systematiska översikter har gjorts angående omvårdnad vid AN. Dessa har dock fokus på helheten av omvårdnaden, och ofta fler ätstörningar än AN. Ett exempel är en artikel skriven av Grothaus (1998), som är publicerad för 19 år sedan och är en systematisk översikt som syftar till att ge en samlad bild av AN och Bulimia Nervosa. Flera aspekter tas upp i artikeln, främst diagnoskriterier, behandling, etiologi, komplikationer, sjuklighet och dödlighet. Resultatet visade bland annat att måltidsterapi kan vara fördelaktigt för att normalisera ätmönstret hos patienter med ätstörningar, samt att behandlingstiden kan minskas om måltidsterapi utförs i hemmet tillsammans med familjen och en sjuksköterska (ibid). En nyare översikt har gjorts av Wolfe, Dunne och Kells (2016), vilken är en uppdaterad version av artikeln av Wolfe och Gimby (2003), i den beskrivs omvårdnadsdiagnoser vid flertalet

ätstörningar, däribland AN, samt ger förslag på möjliga omvårdnadsinterventioner för patienter inom sjukhusvården. Interventionerna kopplade till måltid är inte särskilt specifika eller djupgående, men några exempel är att erbjuda mindre måltider ofta, ge enteral nutrition vid behov, undersöka de känslor som associeras med måltiden samt att ge positiv feedback vid förbättrat ätbeteende (Wolfe et al., 2016).

Med bakgrund av att AN-patienters hälsa kan vara påverkad på flera olika sätt, samt att det i dagsläget inte finns några litteratursammanställningar som undersöker vilka omvårdnadsåtgärder som kan främja hälsa, behövs således en översikt av kunskapsläget.

Syfte

Syftet var att beskriva vilka omvårdnadsåtgärder i anslutning till måltiden som kan främja hälsan för personer med anorexia nervosa inom slutenvården.

Metod

Studien genomfördes som en litteraturstudie med en systematisk struktur. Detta innebär att vetenskaplig litteratur kritiskt har granskats och sedan sammanställts inom det valda problemområdet (Kristensson, 2014). Denna studie avser inte att identifiera alla forskningsstudier som kan besvara syftet, utan endast en del av forskningsunderlaget har valts ut. Därför uppfyller studien inte kraven för att få kallas systematisk litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2008).

Urval

De databaser som användes för datainsamling var PubMed, Cinahl och PsycINFO. PubMed täcker medicin- och omvårdnadsstudier, Cinahl innefattar omvårdnadsrelaterade studier och PsycINFO innefattar studier om psykiatrisk vård.

Datainsamling

Inklusionskriterier var att artiklarna skulle beröra omvårdnadsåtgärder kring måltidssituationer inom slutenvård för personer med anorexia nervosa, samt att de skulle undersöka vilken påverkan interventionerna har på patienternas hälsa, vilket ansågs kunna innebära mätbara effekter i kvantitativa studier eller upplevda effekter i kvalitativa studier. De upplevda effekterna ansågs kunna innefatta både patienternas och sjukvårdspersonalens perspektiv. Ett ytterligare inklusionskriterie var att studiernas deltagare skulle ha en ålder på minst 13 år, samt att artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller svenska och att de skulle vara publicerade de senaste 10 åren. I sökningarna i databaserna sattes ett filter med tidsspänn på 15 år för att minska risken att exkludera artiklar som var mycket relevanta för att besvara syftet men ändå låg nära det krav på de publiceringsår som angivits. Sökningen begränsades inte till något specifikt kön.

Vid litteratursökningen användes bärande begrepp ur syftet. Målet var att följande termer skulle tas med i sökningen: omvårdnad/omvårdnadsåtgärder, anorexia nervosa, samt måltider/måltidssituationer. Testsökningar med olika kombinationer av ämnesord och fritextord gjordes i samtliga databaser. De slutliga sökningarna beslutades efter en överskådlig genomläsning av de titlar som kom upp.

I PubMed (Tabell 1) användes söktermerna “nursing etc” [MeSH], “meals etc” [fritext] och “anorexia etc” [MeSH]. I Cinahl (Tabell 2) användes söktermerna “Anorexia etc” [fritext] och “Meals” [fritext]. I PsycINFO (Tabell 3) användes söktermerna “anorexia nervosa” [fritext] och “meals” [fritext].

Selektionen av artiklar gjordes enligt Forsberg och Wengströms (2008) rekommendationer. Titlar som verkade relevanta för att besvara syftet valdes ut för abstractläsning. Genom läsning av artiklarnas abstract valdes ett första urval av litteratur ut som blev föremål för fortsatt granskning. De utvalda artiklarna lästes sedan i fulltext (ibid). Detta genomfördes enskilt av båda författarna. Därefter kvalitetsgranskades de utvalda artiklarna (Forsberg & Wengström, 2008). De åtta artiklar som ansågs vara mest relevanta för att kunna besvara frågeställningen samt var av god kvalitet inkluderades i litteraturstudiens material. Dessutom återfanns en artikel genom granskning av referenslistan i en av de utvalda artiklarna.

Tabell 1: Sökschema i PubMed

	Sökord	Antar träffar	Antal lästa abstracts	Antal lästa i fulltext	Antal utvalda till resultatet
#1	Anorexia[MeSH]) OR Anorexia Nervosa[MeSH]	6465			
#2	meals OR eating OR "feeding behavior"	112 080			
#3	(Nursing[MeSH]) OR Nursing Care[MeSH]) OR Nurse's Role[MeSH]) OR Nurse Patient Relations[MeSH] OR Professional Patient Relations[MeSH]) NOT breast feeding	152 506			
#6	#1 AND #2 AND #3	68	39	18	3

Limits: engelska, publicerade 2002–2017

Tabell 2: Sökschema i Cinahl

	Sökord	Antar träffar	Antal lästa abstracts	Antal lästa i fulltext	Antal utvalda till resultat
#1	“Anorexia” OR “Anorexia Nervosa”	6107			
#2	“Meals”	11363			
#3	#1 AND #2	95	28	13	3

Limits: engelska eller svenska, publicerade 2002–2017

Tabell 3: Sökschema i PsycINFO

	Sökord	Antar träffar	Antal lästa abstracts	Antal lästa i fulltext	Antal utvalda till resultatet
#1	“Anorexia Nervosa”	6752			
#2	“meals”	5336			
#3	#1 AND #2	131	36	10	2

Limits: engelska, publicerade 2002–2017

Kvalitetsgranskningen gjordes gemensamt av författarna. Två olika granskningsmallar användes. Granskningsmallen *Checklista för kvantitativa artiklar - kvasi-experimentella studier* (Forsberg & Wengström, 2008) användes för de kvantitativa studierna och granskningsmallen *Checklista för kvalitativa artiklar* (Forsberg & Wengström, 2008) användes för granskning av de kvalitativa studierna. Varje delfråga i granskningsmallarna gav ett poäng om kvalitén ansågs vara god. För att artiklarna skulle uppfylla kvalitetskraven så krävdes det att minst 70% av frågorna skulle svara för god kvalitet. Vissa punkter ansågs ha en större betydelse för kvalitén än de andra punkterna. Om tveksamheter upptäcktes så diskuterades allvarlighetsgraden av kvalitetsbristen mellan författarna. Samtliga artiklar ansågs vara av god kvalitet och användes därför i resultatet.

Dataanalys

Dataanalysen gjordes gemensamt av författarna och metoden som användes var en integrerad analys med induktiv ansats enligt det tillvägagångssätt som beskrivs av Kristensson (2014). Artiklarna lästes igenom och övergripande likheter och skillnader i artiklarnas innehåll identifierades. Därefter kategoriserades likheterna mellan artiklarna. Sedan sammanställdes resultatet under kategorierna.

Forskningsetiska avvägningar

De etiska avvägningar som detta arbete utgick ifrån var att artiklarna som togs med i studien skulle vara granskade och godkända av en etisk kommitté. I Helsingforsdeklarationen skriven av World Medical Association (2013) står det tydligt att alla studier som involverar människor ska vara under observation av en etisk kommitté. Den etiska kommittén ska vara i en oberoende ställning till forskningsprojektet (ibid). Artiklarna granskades även utifrån de fyra etiska principerna. Kristensson (2014) skriver att de fyra etiska principerna består av autonomiprincipen, nyttoprincipen, icke skada-principen och rättvisepincipen. Autonomiprincipen innebär att individens självbestämmande ska respekteras (ibid). Detta innebar i den aktuella studien att det var särskilt viktigt att det framgick att deltagandet var frivilligt, eftersom ineliggande AN-patienter kan vara under tvångsvård och därför kan tro att även deltagandet i studien är ett tvång. Nyttoprincipen säger att nyttan med forskningen måste överväga risken för eventuella skador eller obehag för deltagarna (Kristensson, 2014). Personer med AN har ofta mycket ångest i samband med behandling, speciellt vid måltid (Wentz, 2014), vilket gjorde det extra viktigt att det i artiklarna som togs med i arbetet skulle finnas ett tydligt mål med studien och ett resonemang om vilken nytta den kommer ha för vården. Detta för att försäkra att studien gjort mer nytta än skada. Vidare beskriver Kristensson (2014) att icke skada-principen innebär att studiens tillvägagångssätt ska genomföras så att risken för skada minimeras. Han skriver även att rättvisepincipen syftar till att poängtera att samtliga deltagare ska behandlas rättvist och att deras medverkan sker på lika villkor (ibid). För att uppnå det granskades artiklarnas metod för att säkerställa minimal skaderisk och en rättvis behandling. Eftersom en andel av deltagarna i de artiklar som använts i resultatet var minderåriga och dessutom kan ha drabbats av kognitiva nedsättningar på grund av sjukdomen, kunde det i vissa fall vara svårt att avgöra om deras samtycke var tillförlitligt. Detta var något som fanns i åtanke då de vetenskapliga artiklarna valdes ut, och det är också en anledning till att det var av stor vikt att studierna hade blivit granskade av en etisk kommitté.

Resultat

Efter genomläsning och kategorisering av artiklarna kunde fem övergripande teman urskiljas : “Att skapa en relation”, “Att ha tydliga rutiner”, “Att äta tillsammans”, “Att använda tekniska hjälpmedel” samt “Att låta andra patienter agera förebild”, vilka presenteras nedan.

Att skapa en relation

Enligt van Ommen, Meerwijk, Kars, van Elburg och van Meijel (2009) är en god terapeutisk relation mellan sjuksköterskan och patienten nödvändig för att normala ätmönster ska kunna återfås. Detta eftersom den terapeutiska relationen gör det möjligt för sjuksköterskan att vara empatisk och stöttande samtidigt som hen sätter den press som krävs på patienten för att ändra ätstörningsbeteendena (ibid).

Det finns en mängd faktorer som kan påverka hur bra relationen blir mellan sjuksköterskan och patienten (van Ommen et al., 2009; Gulliksen et al., 2012; Sly et al., 2014). Redan vid det första mötet anser patienterna att prägelns sätts för hur relationen kommer att bli. Det är viktigt att patienten får vara i fokus vid det första mötet med sjuksköterskan. Genom att ställa frågor för att försöka förstå patientens förflutna och vad hen har för svårigheter visar sjuksköterskan att patienten är viktig (Sly et al., 2014).

Gulliksen et al. (2012) beskriver att sådant som kan gynna den terapeutiska relationen mellan sjuksköterskan och patienten är att sjuksköterskan tar sig tid för patienten, anstränger sig för att förstå patienten, samt förklarar (ibid), och har en diskussion om varför patienten ska göra eller inte göra vissa saker (Sly et al., 2014). Relationen kan också gynnas av att sjuksköterskan agerar självsäkert, auktoritativt och professionellt, samt visar tålmod genom att inte försöka stressa fram en förändring eftersom patienterna då kunde känna sig trygga och lugna. När sjuksköterskan har humor i sitt arbete, inte tar sig själv på för stort allvar, samt vågar vara sig själva, känner patienterna sig avslappnade och på bra humör. Det är viktigt att sjuksköterskan pratar *med* personen istället för *till* den, samt tar in patientens perspektiv genom att lyssna på ett icke-dömande sätt. Om sjuksköterskan antar att alla patienter med AN känner på ett visst sätt, eller inte lyssnar eller bryr sig, anser patienterna att skapandet av en

god terapeutisk relation försvåras (Gulliksen et al., 2012). Att som sjuksköterska kunna vara engagerad, tillförlitlig, tillgänglig, tydlig och insisterande anses vara andra viktiga egenskaper för att kunna skapa en god terapeutisk relation. När sjuksköterskan visar engagemang genom att vara öppen och ta initiativ gynnas relationen (van Ommen et al., 2009), men om hen istället uppträder passivt, inaktivt eller oengagerat kan patienten känna sig ensam (Gulliksen et al., 2012).

Sly et al. (2014) och van Ommen et al. (2009) understryker vikten av att sjuksköterskan visar att hen finns där för patienten i alla lägen. Sjuksköterskans tillgänglighet värderas högt av patienterna med AN, det upplevs vara viktigt att sjuksköterskan visar att hen har tid för patienterna samt uppmärksammar när patienterna går igenom något svårt (ibid). Även Gulliksen et al. (2012) anser att det är viktigt att sjuksköterskan finns där för att stötta patienten när hen går igenom något extra svårt i behandlingen. Det anses också vara viktigt att sjuksköterskan och patienten tillsammans försöker lösa de problem som finns just i stunden (ibid).

Sly et al. (2014) framför att relationen mellan sjuksköterskan och patienten, enligt patienterna, bör vara jämställd, eller åtminstone upplevas som jämställd. Det är viktigt att som patient få känna sig aktivt involverad i behandlingen, snarare än en passiv mottagare. Detta kan t.ex. innebära att få vara med och bestämma vilka problem man vill jobba med först, eller att man gör upp en behandlingsplan som baseras på en gemensam diskussion. När patienten får vara delaktig kan det motivera hen till att jobba hårdare i behandlingen. Även i början av behandlingen, när patienten inte får ta särskilt många beslut själv, kan det vara till stor hjälp om sjuksköterskan åtminstone kan få patienten att *känna* sig involverad. Det är viktigt att sjuksköterskan samtidigt som hen är bestämd är stöttande och försöker hålla relationen jämlik. Vissa patienter upplever ibland att sjuksköterskan är för dominerande. Detta kan innebära att sjuksköterskan säger åt patienten vad hen ska göra, vad hen behöver göra, och säger det på ett sätt som inte ger patienten något val. Då kan patientens reaktion bli att hen vägrar samarbeta och istället jobbar emot sjuksköterskan. Sjuksköterskan bör inte heller vara för passiv. Även om hen bara försöker vara snäll och vänlig, kan det resultera i att patienten blir den som dominerar och sjuksköterskan har då ingen kontroll över patienten och ätstörningen (ibid). Om vårdpersonalen är för sympatiska och tycker för mycket synd om sina patienter, kan det leda till att patienten vill fortsätta vara sjuk för att få den uppmärksamheten. Då kan de känna att de istället hade behövt bli utmanade, men påpekar även behovet av att

sjuusköterskan finns som stöd i utmaningen (Gulliksen et al., 2012). Att jobba tillsammans med de svårigheter som uppstår under behandlingen gynnar enligt patienterna den terapeutiska relationen. Då dominerar ingen av parterna, utan båda respekterar och accepterar varandra. Det krävs att båda parterna ger och tar i relationen, att patienten får möjlighet att uttrycka vad hen vill ha ut av behandlingen samtidigt som sjuusköterskan förklarar vad som förväntas av patienten (Sly et al., 2014).

Sly et al. (2014) och Bakker et al. (2011) anser att det är viktigt att sjuusköterskan har en öppen dialog om patienternas ätstörningsbeteenden, samt inre rädslor och hinder. När sjuusköterskan väljer att prata om de tabubelagda ätstörningsbeteendena så blir den terapeutiska relationen starkare. Om sjuusköterskan varje gång hen pratar med patienten frågar vilka beteenden som är svåra att hantera just nu, så kan det kännas lättare för patienten att prata om svårigheterna. Det blir då även lättare för patienten att vara ärlig med när hen börjar förlora kontrollen över något beteende. Patienten upplever ofta en ökad trygghet när sjuusköterskan är "rakt på sak" och bestämd under konversationer och aktiviteter (Sly et al., 2014). Bakker et al. (2011) menar att en öppenhet skapas genom att sjuusköterskan tar upp och diskuterar patientens ovanor. Då blir sjukdomen mindre dold och samtidigt hjälper det patienten att ta sig ur sin känslomässiga isolering. När patienterna inte längre behöver hålla sin sjukdom hemlig så blir det möjligt att förändra ätstörningsbeteendena (ibid). Patienterna anser även att sjuusköterskans klädsel kan påverka huruvida de vågar öppna upp sig i konversationen. När sjuusköterskan är mer vardagligt klädd upplevs det lättare att vara öppen eftersom hen då känns mindre som personal (Sly et al., 2014).

För en god terapeutisk relation anser patienterna även att det är viktigt att sjuusköterskan kan fokusera på personens resurser (Gulliksen et al., 2012). I praktiken kan detta innebära att sjuusköterskan inte endast ser och försöker lösa det som är sjukt, utan också ser den friska delen av personen och har inställningen att personen kan leva sitt liv och göra saker hen tycker om trots ätstörningen (ibid). Sjuusköterskor anser att det är viktigt att vara tydlig med att det är ätstörningen man jobbar mot, inte patienten (Bakker et al., 2011). För att skapa en god relation till den yngre patienten kan det vara fördelaktigt att ha en dialog med föräldrarna eftersom det är de som känner sitt barn bäst och därmed är en värdefull informationskälla för hur man kan nå fram till patienten (Bakker et al., 2011).

Den terapeutiska relationen kan även gynnas av att sjuksköterskan visar att hen har kunskap och expertis inom området ätstörningar (Gulliksen et al., 2012; van Ommen et al., 2009). När patienten märker att sjuksköterskan har kunskap om hur personer med AN kan tänka, känna och agera, så kan de känna igen sig vilket gör att de dels känner mindre skam över sjukdomen, men det hjälper dem också att förstå och acceptera sig själva. Det kan kännas skönt för en person med AN att personalen på enheten har stött på många med samma problem, eftersom de då inte behöver oroa sig för att saker de känner eller gör verkar konstigt (Gulliksen et al., 2012). När sjuksköterskan visar att hen har expertis inom ätstörningar så blir det även, enligt patienterna, lättare att skapa en förtroendefull relation. När det finns ett förtroende blir det också lättare för patienterna att prata om sådant som känns jobbigt och pinsamt, såsom synen på den egna kroppen (van Ommen et al., 2009). En annan fördel när personalen upplevs ha mycket kunskap om ätstörningar är att patienten kan lära sig mycket av personalen, om sjukdomen och om sig själva (Gulliksen et al., 2012).

Att ha tydliga rutiner

Både patienter och sjuksköterskor anser att det är viktigt att sjuksköterskan tar över full kontroll och ansvar från patienten från början. Behandlingen bör vara tydlig och strukturerad och sjuksköterskan bör vara direkt i sitt agerande. Detta är nödvändigt för att patienterna ska kunna lära om hur man äter och återfår ett normalt ätmönster (Bakker et al., 2011; van Ommen et al., 2009). Samtidigt som sjuksköterskan är direkt i sitt agerande anses det viktigt att hen förklarar orsaken till sitt agerande samt försöker inge trygghet och ha medkänsla. Det är viktigt att vara tydlig med måltidsreglerna redan från början, då det sätter tonen för hela behandlingsprocessen enligt sjuksköterskorna (Bakker et al., 2011). Sjuksköterskan påminner patienterna kontinuerligt om vad som förväntas av dem (ibid), och de förväntas följa sjuksköterskans instruktioner under måltiden (van Ommen et al., 2009). Detta hjälper patienterna att bryta sina tvångsmässiga ätmönster (Bakker et al., 2011; van Ommen et al., 2009). Om personalen har olika behandlingsstrategier kan dock svårigheter upplevas av patienterna (Long, Wallis, Leung, & Meyer, 2012). I början av behandlingen finns sjuksköterskan konstant närvarande, vilket patienterna anser är avgörande för att kunna återfå normala beteendemönster. De känner sig starkt beroende av sjuksköterskans närvaro (van Ommen et al., 2009).

När patienten har återfått en viss del kroppsvikt och visar på förändringar i sitt ätbeteende så får hen gradvis tillbaka ansvaret (Bakker et al., 2011). En individuell plan kan uppföras tillsammans med en sjuksköterska och i denna plan beskrivs detaljer om vilket ansvar, steg för steg, som patienten ska få vid olika stadier i förbättringsprocessen. Genom att börja med små steg lär sig patienterna att känna sig positiva till sig själva, vilket kan öka deras självförtroende (van Ommen et al., 2009). Ansvaret för maten ges tillbaka genom att patienten till en början får välja sina egna mellanmål, därefter har sjuksköterskan och patienten ett samtal om dennes val. Om det fungerar bra får patienten successivt välja smörgåspålägg och senare huvudrätter. När patienten visar att hen kan göra ansvarsfulla matbeslut, drar sjuksköterskan sig undan och uppmuntrar patienten att göra självständiga val (Bakker et al., 2011). Mot slutet av patienternas tid på avdelningen är de i stora drag ansvariga för sitt matintag (van Ommen et al., 2009). Sjuksköterskan går från att i början av behandlingen ha en styrande roll till att släppa mer och mer på kontrollen och bli mer övervakande, till att i slutet av behandlingen ha en mer rådgivande och stödjande roll (Bakker et al., 2011; van Ommen et al., 2009). Ibland behöver sjuksköterskan ta ett steg tillbaka i hur styrande hen är, om det visar sig att patienten inte var kapabel att hantera ansvaret som givits ännu (Bakker et al., 2011). När patienten närmar sig utskrivning får hen ta ansvar för olika måltidssituationer utanför avdelningen, såsom middagar med familjen eller att äta lunch i skolan. Efteråt diskuteras de svårigheter som upplevts tillsammans med sjuksköterskan (Bakker et al., 2011; van Ommen et al., 2009). När patienterna spenderar mer tid hemma och känner att de kan hantera vardagen så kan deras självförtroende och självsäkerhet, i att ta ansvar för sitt eget ätande, öka (van Ommen et al., 2009). Det är nödvändigt att det finns en balans mellan sjuksköterskans distans och närvaro den sista tiden innan utskrivning, för att patienterna ska kunna återta kontrollen över ätbeteendet (van Ommen et al., 2009). Det är dock viktigt att patienterna får vara tillräckligt autonoma, eftersom de annars kan känna sig oförberedda för vardagen utanför avdelningen (Long et al., 2012).

Även om patienterna upplever att en tydlig struktur där sjuksköterskan tar besluten är viktig (Bakker et al., 2011; van Ommen et al., 2009), så finns det situationer där patienterna hade velat ha mer ansvar. Enligt Long et al. (2012) kan patienterna känna att de skulle vilja ha en mer aktiv roll i valet av maträtter och kunna välja mat efter vad som de hade lust att äta just då. De upplever att om maten varit trevligare, hade det känts mer okej att äta. På vissa avdelningar kan det förekomma ett litet urval av maträtter med dåligt kvalitet, otillfredsställande temperaturer och opaptilig uppläggning, samt konstiga matkombinationer.

Patienter menar att det hade varit hjälpsamt för dem att delta i att designa menyn med stöd av en dietist och även att delta i matlagningen hade varit välgörande för dem (ibid).

Att äta tillsammans

Om sjuksköterskan inte är aktiv under måltiden kan patienterna uppleva att de förlorar sin identitet eftersom allt känns inövat och opersonligt (Long et al., 2012). Att ha sjuksköterskan med vid bordet under måltiden, som en förebild för att visa normalt ätbeteende, upplevs som viktigt och lugnande för patienterna (van Ommen et al., 2009). Även att se sjuksköterskan äta samma mat som dem, på ett normalt sätt, anses vara till stor hjälp (Long et al., 2012).

Genom att sitta med vid bordet kan sjuksköterskan observera patientens ätmönster, och kan direkt diskutera och ge instruktioner på hur ovanorna kan bytas ut (Bakker et al., 2011). Patienterna kan uppleva att när sjuksköterskan sitter med och uppmanar dem till att äta så känns det okej, men när sjuksköterskan går så upplever de att de inte är lika starka längre och känner sig förvirrade över att de har ätit. För att minska ångesten under måltiden kan det underlätta att ha en konversation igång eftersom fokuset då inte hamnar lika mycket på ätandet (Long et al., 2012). En studie skriven av Couturier och Mahmood (2009) visar att en viss typ av stöd under och efter måltiden resulterar i att användningen av nasogastrisk sond sjunker från 67% till 11% hos patienterna. Man har även kunnat se tendenser till att patienterna går upp mer i vikt per vecka när de får detta måltidsstöd. Stödet under måltiden innefattar att sjuksköterskan sitter tillsammans med en eller flera patienter till bords och distraherar patienterna från måltiden genom samtal, eller lekar för de yngre. Samtalsämnen som är ätstörningsrelaterade såsom dieter, kalorier och kommentarer gällande maten undviks. Istället ger sjuksköterskan empati och förståelse för patienternas besvär samtidigt som hen uppmanar till fortsatt konsumtion av mat och är tydlig med vad som förväntas vara uppätet inom en viss tid. Sjuksköterskan sitter även med patienterna efter måltiden. De patienter som får nasogastrisk sond, relaterat till sondmatning, kan uppleva illamående, ledsnad, ångest och kan få både näsblod och halssmärta (ibid). Sjuksköterskor menar att om patienterna inte lyckas följa de råd de får eller inte går upp i vikt som förväntat, så bör de erbjudas näringstillskott eller, om inte det räcker, näringsdropp. Detta för att de ska kunna gå upp i vikt (Bakker et al., 2011).

När patienterna har kommit så långt i sin utveckling att de tillåts göra egna val vid måltiden så kan irrationella ätstörningsbeteenden orsakade av specifika tankemönster, som rädsla för vissa specifika livsmedel upptäckas om patienten får utvärdera sina val tillsammans med sjuksköterskan. Då blir det möjligt att åtgärda dessa rädslor och tankemönster genom att erbjuda andra alternativ för att bryta ovanorna (Bakker et al., 2011; van Ommen et al., 2009). När patienten senare tillåts vara ännu mer självständiga behöver sjuksköterskan inte sitta med patienten vid bordet längre, utan det räcker att hen håller koll på distans (Bakker et al., 2011). Något som har en ångestreducerande effekt när patienten gör självständiga val är information. Djupgående information om de negativa kroppsliga effekterna orsakade av AN kan ge en medvetenhet om vad sjukdomen kan orsaka deras hälsa och framtid, så att de kan se mer än den "positiva" effekten - att ha en smal kropp. Det finns ett behov hos patienterna av att få kontinuerlig information om AN oavsett hur långt patienten kommit i sin behandling (van Ommen et al., 2009).

När sjuksköterskan och patienterna sitter tillsammans för att äta upplever patienterna att fokus borde vara på att få måltiden att bli en social och trevlig tillställning. Om sjuksköterskan försöker kontrollera måltidssituationen kan patienterna uppleva stress och ångest, eftersom de vill behålla känslan av kontroll (Long et al., 2012). Sjuksköterskan bör sträva efter att ge patienten ett självförtroende när det gäller att välja sin mat på egen hand (Bakker et al., 2011). Patienter kan känna att vårdpersonal ibland inte verkar förstå hur de känner i samband med måltid. När de försöker förklara det obehag som de upplever får de ibland till svar att det bara är psykologiskt, vilket får patienterna att känna att det inte är lönt att försöka förklara (Long et al., 2012). För att patienten ska kunna förändra sina matvanor anser Bakker et al. (2011) att det är hjälpsamt om sjuksköterskan är empatisk och förstående, men samtidigt tydlig och fokuserad på målet med behandlingen.

Sjuksköterskorna anser att det är omöjligt att vårda ungdomar med AN om deras föräldrar inte är involverade i behandlingen. Att hålla föräldrarna informerade under behandlingstiden underlättar för att ungdomen ska kunna få stöd hemma, speciellt när föräldrarna känner sig okapabla till att få sitt barn att äta (Bakker et al., 2011). Många av patienterna upplever att de går ned i vikt under permission då de saknar den strukturella ordningen kring måltiden (van Ommen et al., 2009). För minderåriga patienter kan sjuksköterskan erbjuda föräldrarna att delta i en måltid på avdelningen. Syftet är att föräldrarna ska lära sig hur de kan uppmuntra och hjälpa sitt barn genom måltid på samma vis om sjuksköterskan gör (van Ommen et al.,

2009). Sjuksköterskan agerar därmed förebild till föräldrarna genom att undervisa dem i måltidsregler, normalt ätbeteende och normal äthastighet, för att lära föräldrarna att återta kontroll över deras barns ätbeteende om nödvändigt (Bakker et al., 2011). Patienter har uttryckt att det är viktigt att reglerna är samma hemma som på avdelningen, eftersom detta minskar risken för måltidsrelaterade konflikter hemma, och för viktnedgång under permissionerna (van Ommen et al., 2009).

Att använda tekniska hjälpmedel

En podcast är ett kort videoklipp med ljud och bild. I en studie av Cardi, Esposito, Clarke, Schifano & Treasure (2015) jämfördes två typer av podcast:s under testmåltider. Vid ett tillfälle fick deltagarna med AN se en "positiv" podcast, innehållande upplyftande klassisk musik, positiva påståenden såsom "om din attityd är bra, är allt bra" samt positiva bilder av till exempel landskap och små djur. Den positiva podcasten jämfördes mot en "neutral" podcast, innehållande neutrala påståenden, instrumentalmusik och en blå statisk bakgrund. I jämförelsen sågs det att patienterna konsumerade nästan dubbelt så mycket av testmåltiden till den positiva podcasten än den neutrala. Patienterna rapporterade en mer positiv känsla efter testmåltiden till den positiva podcasten. Resultatet visade också att den negativa känslan efter måltid minskade oavsett positiv eller neutral podcast (ibid). I en studie av Cardi, Lounes, Kan & Treasure (2013), undersöktes en podcast med syfte att bryta den negativa matassociationen, en så kallad "mönsterbrytande podcast", användes lugnande och avslappnande musik som bakgrund med psykologiskt lärande innehåll. Det kan till exempel vara beskrivningar om hur man återställer en normal aptit, eller motiverande uttryck för att inge hopp och stöttning för förändring. Skärmbilden visar bilder som förstärker budskapet, såsom frågetecken, ansiktsuttryck, djur och landskap. I studien jämfördes den mönsterbrytande podcasten med modern klassisk musik. Hälften av patienterna som deltog i studien upplevde den mönsterbrytande podcasten som ohjälpsam medan de försökte konsumera testmåltiden. Den upplevdes som för fokuserad på ätstörningsproblematik, därav kunde det ses ett större konsumerande av testmåltiden när de fick lyssna på musiken. Studiens deltagare rapporterade minskade nivåer av stress efter att ha lyssnat på musiken, och mer än hälften upplevde musiken som avslappnande, fridfull och hjälpsam under måltiden (ibid). Ytterligare ett sätt att minska ångesten under måltiden är att ha radion igång, eftersom patienterna då kan uppleva att det känns mindre läskigt och att fokus inte hamnar på ätandet (Long et al., 2012).

Bibb, Castle och Newton (2016) har undersökt vilken effekt musikterapi kan ha på måltidsrelaterad ångest efter måltiden. Musikterapi innebär i detta sammanhang att patienterna sitter tillsammans i en grupp på två till fem deltagare under en timme efter måltiden. Patienterna uppmuntras till att sjunga, lyssna på sånger, prata om sånger, dela med sig av sånger och skriva låtar ihop. Patienterna får vara med och bestämma hur musikterapi mötena ska utformas och aktiviteterna fokuserar på styrkor och resurser hos patienterna. Nästan alla patienter anser att musikterapi är ett bra sätt att distrahera sig från måltiden de nyss ätit, samt att den är avslappnande och minskar den måltidsrelaterade oron. En del av patienterna anser även att musikterapin ger möjlighet att träffa och lära känna andra personer med AN. Eftersom alla har fokus på musiken under musikterapin kan vissa patienter känna sig mindre övervakade, och därmed mer avslappnade (ibid).

Att låta andra patienter agera förebild

I studien av van Ommen et al. (2009) beskrivs hur patienterna ser upp till de som kommit längre i behandlingen och har som mål att bli som dem. Genom att sjuksköterskorna uppmanar patienterna som kommit längre i sin behandling att dela med sig av sina erfarenheter så kan de agera förebilder för de som är i början av sin behandling. Genom att sjuksköterskorna ställer frågor till patienterna under samlingar, som hur de nått sina mål, vad de gjorde för att få sitt ätbeteende åt rätt håll eller hur de tog sig igenom svåra perioder, så blir gruppdeltagarna mer involverade i varandra. Detta skapar även en trygghet om att det kommer att ordna sig för de nyare patienterna. Sjuksköterskorna ser till att patienter i olika stadier i sin behandling kommer i kontakt med varandra under dagliga aktiviteter. På så sätt kan de nyare patienterna få stöttning av de mer erfarna patienterna, eftersom de varit i deras situation. Patienterna kan uppleva att återkoppling från andra patienter hjälper dem att fortsätta behandlingen (ibid).

Patienter kan uppleva att ha andra patienter omkring sig med samma ätstörning, är en faktor som bidrar i processen att lära sig äta igen (van Ommen et al., 2009). Under måltiden kan sjuksköterskan involvera äldre patienter som kommit längre i sin behandling så att de kan agera förebilder, då detta hjälper de nyare patienterna att överkomma sina rädslor. Sjuksköterskor upplever att när de mer erfarna patienterna delar sina erfarenheter, av hur de

överkommit svårigheterna med att börja äta igen, så börjar de nyare patienterna fundera över vad som kan, och inte kan, fungera för dem (Bakker et al., 2011). Även att se andra äta sin mat snabbt och med lätthet kan upplevas som hjälpande och de nyare patienterna kan känna mindre ångest när de ser att andra också äter under måltiden (van Ommen et al., 2009).

Diskussion

Diskussion av vald metod

De databaser som användes för datainsamling var PubMed, Cinahl och PsycINFO. Kristensson (2014) skriver att PubMed täcker in vetenskaplig litteratur från framför allt de medicinska vetenskaperna, Cinahl omfattar vårdvetenskapliga artiklar, medan PsycINFO täcker in artiklar inom psykologi och beteendevetenskap. Vidare skriver Kristensson (2014) att valet av databas ska utgöras av syftet. Eftersom syftet i den aktuella litteraturstudien innefattar vård, omvårdnad samt psykiatrisk ohälsa ansågs de ovanstående databaserna vara lämpliga. I Pubmed användes söktermen “NOT Breast Feeding” för att ordet “nursing” förutom omvårdnad betyder amning. PubMed är en bred databas, därför användes “nursing etc” i form av MeSH-term för att reducera antalet icke-omvårdnadsrelaterade artiklar. “Anorexia etc” användes som MeSH-term av anledningen att det bör vara en så pass stor del av artikelns innehåll att det valts som ämnesord. Meals etc söktes i fritext då antalet träffar annars blev väldigt få (åtta stycken), det är även möjligt att det finns artiklar som rör måltidssituationerna även om det inte har ansetts vara ett huvudtema i artikeln och valts som ämnesord. I Cinahl användes inte några sökord för “omvårdnad”, detta då Cinahl är en databas för omvårdnadsvetenskapliga artiklar, samt att de flesta träffarna i sökningen visade sig vara omvårdnadsvetenskapliga. Då sökningen gjordes med Cinahl-headings-termer blev antalet träffar få (nio st), därför gjordes sökningen med fritextord. I PsycINFO var “anorexia nervosa” den enda termen för anorexia nervosa för att fler termer gav för många träffar. Användningen av ämnesord för “anorexia nervosa” och “meals” resulterade i för få träffar (tio st). Då termen “nurs*” adderades till den fritextsökning som användes blev antalet träffar

väldigt få (två st). Ett beslut togs om att en term för omvårdnad inte behövdes efter att översiktligt ha skådat titlarna som verkade vara relevanta för att besvara syftet.

Ordet “slutenvård” användes inte i sökningarna eftersom det var svårt att hitta alla olika termer som används för att beskriva slutenvård. Ett begrepp för “hälsa” eller “hälsofrämjande” användes inte för att hälsoeffekter kan ta sig uttryck på många olika sätt, det kan vara mätbara värden såsom vikt eller BMI, men också en mer subjektiv effekt i form av exempelvis normaliserat ätbeteende, minskad ångest eller en förbättrad självkänsla. Dessa val innebar att sökningen fick fler träffar med artiklar som inte var aktuella än den hade gjort om ett begrepp för slutenvård eller hälsa tagits med. Det resulterade i att författarna manuellt fick välja ut de artiklar som inkluderade patienter inom slutenvården samt undersökte någon typ av hälsoeffekter. Detta tillvägagångssätt minskade risken för att relevanta artiklar skulle försvinna på grund av en för smal sökning.

Ingen åldersgräns sattes för deltagarna i denna litteraturstudie. Detta beror på att ingen fakta kunde finnas angående hur vården skiljer sig för patienter med AN i olika åldrar. Sökningen begränsades inte heller till något specifikt kön. AN är mycket vanligare bland flickor/kvinnor (Ottosson, 2015) och av den anledningen är en stor andel av deltagarna i studier rörande AN av kvinnligt kön. Det ansågs osannolikt att omvårdnaden skulle skilja sig mycket åt mellan kvinnor och män. Dessutom hade artiklar relevanta för att besvara syftet riskerat att sällas bort om manliga deltagare uteslutits. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar ansågs kunna svara på syftet och därför togs båda typerna av studier med vid selektionen. En nackdel av detta beslut är att det kan vara svårt att jämföra resultaten i de olika studierna. Som Kristensson (2014) skriver så är en kvantitativ design lämplig för att undersöka en mätbar effekt, medan en kvalitativ design passar bättre för att beskriva personers upplevelser eller uppfattningar. Föreliggande litteraturstudie avser att undersöka hälsa, vilket, som nämnts tidigare, både kan innebära en mätbar effekt och en upplevd hälsa. För att fånga alla aspekter av hälsa samt få en gynnsam bredd i resultatet ansåg författarna att en kombination av artiklar med de båda studiedesignerna var lämplig. Studien har med artiklar med både sjuksköterskeperspektiv och patientperspektiv. Att ha med sjuksköterskans perspektiv kan ge en bild som inte motsvarar hur patienten upplever ökad hälsa vilket kan förvränga resultatet, å andra sidan så kan även patientens perspektiv vara missvisande då det finns en risk att patienterna inte talar sanning relaterat till en önskan om att inte gå upp i vikt. I retrospektiva studier finns det även en risk att patienterna har glömt eller kommer ihåg fel, vilket också kan förvränga resultatet. Att

sjuusköterskans perspektiv inkluderats motiveras av att sjuusköterskornas och patienternas perspektiv tillsammans ger en mer samlad bild av vården och omvårdnadsåtgärdernas påverkan på hälsan. Det är möjligt att sjuusköterskan ser hälsoeffekter som patienten inte själv reflekterar över, vilket anses vara en fördel då studien avser att undersöka omvårdnadsåtgärder som har någon som helst effekt genom att främja hälsa. Detta innebar att inga omvårdnadsåtgärder utesluts på grund av att relevanta perspektiv på främjad hälsa valdes bort.

Alla artiklar som tagits med i denna litteraturstudie är skrivna på engelska. Översättningen av texten till svenska innebär en ökad risk för felaktiga tolkningar av texten och kan därför innebära en svaghet. Ytterligare en svaghet är att litteraturstudien inte var systematisk vilket kan ha orsakat att relevant forskning inom området missats. I artiklarna som utgör resultatet för litteraturstudien var samtliga deltagare 13 år eller äldre, det gör att litteraturstudien inte kan uttala sig om huruvida de beskrivna omvårdnadsåtgärderna kan öka hälsan för personer under 13 år. Då begränsningar görs vid sökningar i databaser för vetenskapliga artiklar, finns det alltid en risk att relevanta artiklar faller bort. Eftersom denna litteraturstudie inte var en systematisk litteraturstudie, det vill säga den avsåg inte att undersöka all tillgänglig forskning som är relevant för att besvara syftet, så ställs inte lika stora krav på att sökningarna ska innefatta allt relevant. Studiens omfattning var inte av sådan storlek att det var möjligt att göra en selektion av sökningar med större antal träffar. De sökningar som användes resulterade i flera artiklar som svarade på studiens syfte.

Granskningsmallen som användes för de kvalitetsgranskningen av de kvalitativa studierna är hämtad från Forsberg och Wengström (2008), och är skapad av bokens författare till utgåvan 2003. Den har inte blivit modifierad de senaste 13 åren, men författarna av boken ansåg troligen att den var relevant eftersom de valde att ta med den i utgåvan 2008. Mallen ansågs vara omfattande och fungerade bra för bedömning av de kvalitativa studierna. Även granskningsmallen som användes för de kvantitativa studierna har hämtats från Forsberg och Wengströms (2008) bok och är baserad på en granskningsmall från 1998, men har modifierats efter Royal Collage of Nursing (RCN) som är världens största vårdförening och yrkesorganisation för omvårdnadsprofessioner och som bland annat jobbar för högkvalitativ omvårdnadsforskning. Det kan anses vara en brist att mallen ursprungligen är från 1998 och att den uppdaterades senast för 9 år sedan. Den bedömdes dock vara heltäckande och relevant

för att bedöma kvalitén av de kvantitativa studier som valts ut till denna litteratursammanställning.

Diskussion av framtaget resultat

I litteratursammanställningen framkom att sjuksköterskan behöver ha vissa egenskaper, samt mycket kunskap och rätt inställning till patienterna för att kunna skapa en god terapeutisk relation (Bakker et al., 2011; Gulliksen et al., 2012; Sly et al., 2014; van Ommen et al., 2009). Tydliga rutiner och strukturer där patienten gradvis får tillbaka ansvaret över sitt matintag visar på att omvårdnadsåtgärder kring måltiden främjar hälsan (Bakker et al., 2011; van Ommen et al., 2009). Hälsan ökade även när sjuksköterskan satt med vid måltiden för att handleda, agera förebild och distrahera patienterna från det obehag de känner i samband med måltiden (Bakker et al., 2011; Couturier och Mahmood, 2009; Long et al., 2012; van Ommen et al., 2009). Vidare så har det visat sig att olika tekniska hjälpmedel i samband med måltiden kan vara hälsofrämjande, i form av videor och musik (Bibb et al., 2016; Cardi et al., 2013; Cardi et al., 2015; Long et al., 2012), samt att hälsan kan främjas då patienterna agerar förebilder för varandra (Bakker et al., 2011; van Ommen et al., 2009).

När en person har hälsa är lidandet uthärdligt, enligt Eriksson (1994). Genom de hälsofrämjande åtgärder som tas upp i denna litteraturstudie är det alltså möjligt att både främja hälsa och lindra lidandet. De omvårdnadsåtgärder som tas upp i denna studie skulle kunna lindra främst sjukdomslidande, men även vårdlidande och livslidande.

Att skapa en relation

I litteraturstudien framkom att en god relation mellan sjuksköterskan och patienten är en förutsättning för att patienten ska kunna återfå normala ätmönster (van Ommen et al., 2009). För att kunna skapa en god relation behöver sjuksköterskan vara engagerad, finnas där för patienten och få patienten att känna sig involverad. Sjuksköterskan behöver även besitta relevant kunskap om ätstörningar och hur dessa kan påverka patienterna (Bakker et al., 2011; Gulliksen et al., 2012; Sly et al., 2014; van Ommen et al., 2009).

Flera litteraturstudier har visat att relationen mellan vårdaren och patienten har en avgörande betydelse för omvårdnaden och behandlingsresultatet vid AN. Wolfe et al. (2016) påtalar att en terapeutisk relation har stor betydelse för omvårdnad i slutenvården för patienterna med AN, samt för resultatet av patienternas behandling. Att kunna visa empati, respekt och acceptans, samt inge förtroende och ha förmåga att vara icke dömande är ytterst väsentligt (ibid). Wolfe et al. (2016) lyfter även upp sjuksköterskans förmåga att inge hopp för patienterna, vilket inte är något som identifierades i denna litteraturstudie. Zaitsoff, Pullmer, Cyr och Aime (2015) visade i en litteraturoversikt att ett samband finns mellan den terapeutiska relationen och behandlingsresultat för patienter med AN. Även Salzmänn-Erikson och Dahlén (2017) visade att en personcentrerad relation med patienter kunde leda till bättre behandlingssvar på omvårdnaden. Att relationen kännetecknas av känslor såsom solidaritet, deltagande, jämlikhet, öppenhet och förtroende var viktigt, även behovet av en kunnig sjuksköterska för en god relation uppmärksammades (ibid). Även Westwood och Kendal (2012) påtalade att det är viktigt för patienterna att känna att vårdpersonalen är kunnig inom AN. I en studie av King och Turner (2000) undersöks sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med AN, och en av slutsatserna blev att det fanns ett stort behov av utbildning för sjuksköterskorna som jobbar med patienter med AN. I en litteraturstudie av Seah, Tham, Kamaruzaman och Yobas (2017) undersöktes kunskap, attityder och utmaningar som upplevs av vårdpersonal som vårdar patienter med ätstörningar, där resultatet visade att vårdpersonalen mycket ofta har bristande kunskap om ätstörningar, och en slutsats blev att det behövs mer utbildning för att öka kunskapen.

I Sverige finns det både nationella och regionala riktlinjer för behandling i slutenvård vid AN. Både de nationella och flera regionala riktlinjer tar upp att skapandet av en förtroendefull relation är själva grunden för ett förändringsarbete eller för kontakten med patienter och närstående (Af Sandeberg et al., 2009; Radziewinska & Westman, u.å.; Stein et al., u.å.; Svedjehäll, 2012; Wallin et al., 2015; Örebro läns landsting, 2012). De nationella samt flera regionala riktlinjer tar också upp att behandlaren behöver ha mycket tålamod då en relation byggs med patienterna, samt att patienten måste mötas med respekt för de svårigheter som de upplever (Af Sandeberg et al., 2009; Stein et al., u.å.; Svedjehäll, 2012; Wallin et al., 2015; Örebro läns landsting, 2012).

Att inte bli sedd är enligt Eriksson (1994) ett sätt att förintas, vilket innebär ett stort lidande, ett livslidande. Även kärlekslöshet kan upplevas som förintande och är en de djupaste

formerna av livslidande (ibid). Att få patienten att känna sig sedd är något som återkommer i resultatet i denna litteratursammanställning, då det underlättar skapandet av en terapeutisk relation. Även att som sjuksköterska vara empatisk, stöttande, förstående och öppen anses vara viktigt i relationen, och skulle kunna ses som sätt visa "kärlek" för patienterna. Genom att skapa en terapeutisk relation kan alltså patientens livslidande lindras genom att hen får känna sig sedd och omtyckt. Även ett vårdlidande kan förekomma till följd av att patienten inte känner sig sedd av personalen (Eriksson, 1994). Eftersom den terapeutiska relationen är en förutsättning för att patienten ska kunna återfå normala ätmönster så bidrar relationen till en förbättring i sjukdomen och därmed ökad hälsa samt ett lindrat sjukdomslidande. Att sjuksköterskan finns där för patienten, samt ser till att patienten känner sig respekterad, förstådd, informerad och delaktig är enligt den aktuella litteratursammanställningen viktigt för relationen mellan sjuksköterskan och patienten (Sly et al., 2014; van Ommen et al., 2009; Gullisken et al., 2012), men samma bemötande kan enligt Eriksson (1994) också lindra lidandet för patienten.

Att ha tydliga rutiner

I litteratursammanställningen framkom att en tydlig behandlingsstruktur värderas högt av både sjuksköterskor och patienter för att uppnå bra behandlingsresultat. Att sjuksköterskan i början är kontrollerande för att sedan steg för steg låta patienten ta mer ansvar för sitt ätande och tillfrisknande, samtidigt som sjuksköterskan alltid finns där för stöttning (Bakker et al., 2011; van Ommen et al., 2009).

Wolfe et al. (2016) beskriver att slutna vård oftast tillämpas för att patienten behöver en strukturerad miljö för att kunna behandla symtomen. Att ha en struktur kring måltiden med bestämmelser med patienten och vårdteamet, såsom duration, miljö och konsekvens om det inte genomförs som planerat, är nödvändigt för behandlingen (ibid). Salzmann-Erikson och Dahlén (2017) beskriver också hur patienter kan uppleva att struktur är nödvändigt för att uppnå normalitet. Detta stämmer överens med fynden i denna litteraturstudie då en strukturerad omgivning anses vara nödvändigt för att återfå normala ätvanor.

Resultatet i denna litteraturstudie visade att en tydlig struktur samt att initialt ta över ansvaret för patientens ätande är viktigt. Detta är dock inget som nämns i de nationella riktlinjerna (Wallin et al., 2015). Bland de sju regionala riktlinjer som granskats tar endast en region upp

något om hur tydlig strukturen bör vara, i allmänhet eller kring måltiden (Örebro läns landsting, 2012), medan ungefär hälften av landstingen tar upp vikten av att sjukvårdspersonalen sätter krav på att patienten ska ta mer och mer ansvar för sitt tillfrisknande (Af Sandeberg et al., 2009; Stein et al., u.å.; Svedjehäll, 2012).

Att patienten får den vård som individen och sjukdomen behöver är enligt Eriksson (1994) viktigt för att lindra lidande. De omvårdnadsåtgärder som tas upp under temat "att ha tydliga rutiner" främjar hälsan för patienterna, men bidrar också till ett minskat sjukdomslidande. Sjukdomslidandet lindras genom att ätmönstren normaliseras och patienten går upp i vikt, samt att välmåendet ökar till följd av ett förbättrat självförtroende (Bakker et al., 2011; van Ommen et al., 2009). Inom temat är det centralt att sjuksköterskan tar över allt ansvar för patientens ätande i början av behandlingen (ibid), oavsett om patienten är under tvångsvård eller inte. Även om patienterna inte är tvingade till vården enligt lagen, så kan de troligen känna sig tvingade genom att behandlingen bygger på att ansvaret tas ifrån dem. Tvingande åtgärder kan enligt Eriksson (1994) leda till ett ökat vårdlidande. Genom att lindra sjukdomslidandet kan alltså ett vårdlidande skapas, och det är sannolikt svårt att som sjuksköterska finna en balans där lidandet kan lindras så mycket som möjligt. Vissa patienter behandlas enligt LPT (Ottosson, 2015), vilket uppenbarligen innebär att patienterna blir tvingade och därmed kan uppleva ett vårdlidande. Eriksson (1994) menar att grunden för att kunna lindra lidande är att inte kränka personens värdighet, döma eller missbruka makt. Sjuksköterskan behöver ha förmåga till helhetssyn, för att kunna ge den vård som krävs och samtidigt orsaka så lite vårdlidande som möjligt.

Att äta tillsammans

När sjuksköterskan sitter med vid måltiden för att handleda, agera förebild, samt genom olika metoder distrahera patienterna från det obehag de känner i samband med måltiden, kan hälsan öka hos patienterna genom att de känner sig mer lugna och upplever minskad ångest. Det blir även enklare att bryta olika ovanor relaterade till ätstörningen när sjuksköterskan sitter med vid måltiden, samt att sondmatning då behövs mer sällan (Bakker et al., 2011; Couturier och Mahmood, 2009; Long et al., 2012; van Ommen et al., 2009). När patienterna är ungdomar är det viktigt att föräldrarna involveras i behandlingen, till exempel genom att de får sitta med vid en måltid på avdelningen för att kunna lära sig av sjuksköterskan hur de kan stötta sitt

barn genom måltiden. På så sätt minskar risken för konflikter inom familjen, samt att patienten går ned i vikt när hen är hemma (Bakker et al., 2011; van Ommen et al., 2009).

Både Wolfe et al. (2016) och Grothaus (1998) presenterar resultat som överensstämmer med fynden i den aktuella studien. Wolfe et al. (2016) anser att måltidsövervakning kan vara en omvårdnadsåtgärd som kan användas för att häva obalanserad nutritionsstatus. Hur det ska genomföras framgår ej. Grothaus (1998) beskriver måltidsterapi som att sjuksköterskan sitter med vid en familjemåltid och hjälper patienten när problem dyker upp under måltiden. Måltidsterapi anses vara gynnsam för att normalisera ätmönster (ibid). Detta ligger i linje med resultatet i studien, då det både tagits upp att äta tillsammans, att stödjande sitta med samt att involvera familjen i måltiden.

Måltidsstöd är något som rekommenderas i de nationella riktlinjerna (Wallin et al., 2015), de går dock inte in på vad detta stöd innebär. Flera regionala riktlinjer som granskats tar upp måltidsstöd, individuellt eller i grupp, som en del av behandlingen. De tar även upp delar av måltidsstöd såsom handledning, pedagogik och hjälp med ångesthantering (Af Sandeberg et al., 2009; Radziewinska & Westman, u.å.; Rosander, 2016; Stein et al, u.å.; Svedjehäll, 2012; Västra Götalandsregionen, 2017; Örebro läns landsting, 2012). Region Halland tar även upp sjuksköterskans agerande som förebild som ett viktigt inslag i måltidsstödet (Stein et al, u.å.). Örebro läns landsting (2012) skriver att personalen ska finnas med som stöd före, under och efter måltider, samt att samtalet under måltiden inte bör fokusera på måltiden.

Genom de omvårdnadsåtgärder som tagits upp i denna litteraturstudie, kopplat till "att sitta tillsammans" kan sjukdomslidande lindras eftersom hälsan främjas. Rent konkret lindras sjukdomslidandet genom att ätmönstret normaliseras, ångesten lindras, samt att patienten går upp i vikt snabbare. Eriksson (1994) framför att uppmuntran och stöd är viktigt för att lindra lidande, vilket också enligt denna litteraturstudie kan vara viktigt under måltiden (Couturier & Mahmood, 2009). Eriksson (1994) påstår att vårdlidande är lidande som upplevs i relation till vårdssituationen. Genom måltidsstöd kan användningen av nasogastrisk sond minskas (Couturier & Mahmood, 2009), vilket innebär ett minskat vårdlidande för patienten eftersom nasogastrisk sond kan ha bieffekter såsom illamående, ångest, näsblod och halssmärta. Även att inte missbruka makt är enligt Eriksson (1994) viktigt för att lindra lidande, vilket stämmer överens med resultatet i denna studie, som visade att patienterna kan uppleva stress och ångest

när sjuksköterskan försöker kontrollera måltidssituationen istället för att försöka göra den till en så trevlig tillställning som möjligt (Long et al., 2012).

Musikterapi tas upp i två av de sju regionala riktlinjer som granskats (Af Sandeberg et al., 2009; Svedjehäll, 2012). De anser att musikterapi kan användas som ett komplement till behandlingen med syfte att hitta lusten och våga släppa på kontrollen (ibid). Denna litteraturstudie har visat på att musikterapi istället bör användas för att lindra ångesten efter måltid (Bibb, Castle & Newton, 2016) samt för distraktion från det obehag som kan upplevas i samband med måltiden (Cardi et al., 2013; Long et al., 2012). Mycket av det som tas upp i resultatet i denna litteraturstudie stämmer överens med de regionala riktlinjer som granskats, emellertid finns det omvårdnadsåtgärder kring måltidssituationen, som tas upp i den aktuella litteraturstudien, men som inte nämns i varken de nationella eller regionala riktlinjerna. Sådant som inte tas upp är exempelvis användandet av vodcasts, samt uppmuntrande av patienterna till att agera förebild för varandra. De nationella riktlinjerna har inte särskilt stort fokus på omvårdnadsåtgärder utan är mer inriktade på medicinska och psykologiska behandlingsmetoder, vilket gör det svårt att jämföra med den aktuella studiens resultat.

Eftersom de studier som inkluderats i denna litteratursammanställning är genomförda i andra länder än Sverige så kan överförbarheten av resultatet till den svenska vården diskuteras. Studierna är dock utförda i västerländska länder (Storbritannien, Nederländerna, Norge, Canada och Australien), vilket författarna tror gynnar överförbarheten. Att resultatet till stor del stämmer överens med de nationella och regionala riktlinjer som finns i Sverige anses också tyda på att resultatet är applicerbart på den svenska sjukvården.

Slutsats och kliniska implikationer

En god terapeutisk relation är en förutsättning för att sjuksköterskan ska kunna främja hälsa för patienter med AN inom slutenvården. För att kunna skapa en god relation med patienten är det viktigt att sjuksköterskan är engagerad, finns där för patienten, samt får patienten att känna sig involverad. Det framkom även att sjuksköterskan behöver besitta relevant kunskap om ätstörningar och hur dessa kan påverka patienterna, och andra studier visar på att det finns ett behov av utbildning för att öka personalens kompetens. Det finns flera olika omvårdnadsåtgärder kring måltiden som kan främja hälsa. En tydlig struktur med tydliga

regler är viktig i början av behandlingen, samtidigt som det är viktigt att patienten i takt med sin utveckling får ta mer och mer ansvar för sitt ätande. Måltiden kan underlättas för patienterna om sjuksköterskan sitter med för att handleda, agera förebild och använda olika metoder för att distrahera patienterna från det obehag de känner i samband med måltiden. Olika typer av videoklipp och musik kan vara användbara för att avleda fokuset från måltiden. Sjuksköterskan kan även uppmuntra patienterna till att dela sina erfarenheter med varandra, så att de kan bli förebilder för varandra och hjälpas åt att utvecklas framåt. Resultatet i denna litteraturstudie stämmer till stor del överens med flera regionala riktlinjer för behandling vid AN i Sverige.

Den aktuella litteraturstudien lyfter fram omvårdnadsåtgärder specifikt kring måltiden, vilket är en vinkel som inte varit i fokus i tidigare litteratursammanställningar. En större systematisk litteratursammanställning som täcker in samtlig forskning inom ämnet skulle kunna ge en mer samlad bild. En större sammanställning kan ytterligare öka kunskapen om vilka omvårdnadsåtgärder kring måltiden som kan främja hälsa för personer med anorexia nervosa och på så sätt förbättra vården för dessa patienter.

Författarnas arbetsfördelning

Författarna har varit delaktiga i arbetet i samma omfattning. Alla delar av arbetet har gjorts gemensamt, förutom titelläsning, abstractläsning och fulltextläsning som gjordes individuellt, för att sedan granskas gemensamt.

Referenser

- Af Sandeberg, A-M., Birgegård, A., Mohlin, L., Nordlander Ström, C., Norring, C. & Siverstrand, M-L. (2009). *Regionalt vårdprogram: Ätstörningar* [Broschyr]. Från http://www1.psykiatristod.se/Global/vardprogram_fulltext/RV_Atstoringar_2009_updat2010.pdf
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5th ed.). Arlington, VA.: American Psychiatric Publishing.
- Bakker, R., van Meijel, B., Beukers, L., van Ommen, J., Meerwijk, E., & van Elburg, A. (2011). Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: The nurses' perspective on effective interventions. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(1), 16-22. doi:10.1111/j.1744-6171.2010.00263.x
- Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2016). *Kozier & erb's fundamentals of nursing : Concepts, process and practice* (10. uppl.). Boston: Pearson.
- Beukers, L., Berends, T., Man-van Ginkel, J. M., Elburg, A. A., & Meijel, B. (2015). Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(6), 519-526. doi:10.1111/inm.12150
- Bibb, J., Castle, D., & Newton, R. (2016). 'Circuit breaking' the anxiety: Experiences of group music therapy during supported post-meal time for adults with anorexia nervosa. *Australian Journal of Music Therapy*, 27, 1-11.
- Björvell, C., & Thorell-Ekstrand, I. (2014). Omvårdnadsåtgärder. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: ansvar och utveckling* (u s. 113-133). Lund: Studentlitteratur.
- Cardi, V., Esposito, M., Clarke, A., Schifano, S., & Treasure, J. (2015). The impact of induced positive mood on symptomatic behaviour in eating disorders. an experimental, AB/BA crossover design testing a multimodal presentation during a test-meal. *Appetite*, 87, 192-198. doi:10.1016/j.appet.2014.12.224
- Cardi, V., Lounes, N., Kan, C., Treasure, J., (2013). Meal support using mobile technology in anorexia nervosa. contextual differences between inpatient and outpatient settings. *Appetite*, 60, 33-39. doi:10.1016/j.appet.2012.10.004
- Couturier, J., & Mahmood, A. (2009). Meal support therapy reduces the use of nasogastric feeding for adolescents hospitalized with anorexia nervosa. *Eating Disorders*, 17(4), 327-332. doi:10.1080/10640260902991236

- Eriksson, B., & Carlsson, G. (2001). *Ätstörningar : En strategisk behandlingsmodell*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan* (1. uppl.). Stockholm: Liber utbildning.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier : Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- George, L. (1997). The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 26(5), 899-908. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.00421.x
- Gianini, L., Liu, Y., Wang, Y., Attia, E., Walsh, T & Steinglass, J. (2015). Abnormal eating behavior in video-recorded meals in anorexia nervosa. *Elsevier science*, (19), 28-32.
- Glant, H. (2000). *Så här kan man förebygga och behandla ätstörningar : Handbok för behandlare, skolpersonal, föräldrar och vänner*. Stockholm: Natur och kultur.
- Grothaus, K. L. (1998). Eating disorders and adolescents: An overview of a maladaptive behavior. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 11(4), 146-156.
- Gulliksen, K. S., Espeset, E. M., Nordbo, R. H., Skarderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2012). Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: The patient's perspective. *The International Journal of Eating Disorders*, 45(8), 932-941. doi:10.1002/eat.22033
- Hedelin, B., Jormfeldt, H. & Svedberg, P. (2014). Hälsobegreppet - synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2. uppl., s. 361-386). Lund: Studentlitteratur.
- Herlofson, J., & Ekselius, L. (2009). *Psykiatri* (1. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- International Council of Nurses. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Svensk sjuksköterskeförening, övers.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. (Originalarbetet publicerat 2012) Från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- Karpowicz, E., Skärsäter, I., & Nevonon, L. (2009). Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(5), 318-325. doi:10.1111/j.1447-0349.2009.00621.x [doi]
- King, S., & Turner, D. (2000). Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective. *Journal Of Advanced Nursing*, 32(1), 139-147. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01451.x
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

- Long, S., Wallis, D., Leung, N., & Meyer, C. (2012). 'All eyes are on you': Anorexia nervosa patient perspectives of in-patient mealtimes. *Journal of Health Psychology, 17*(3), 419-428. doi:10.1177/1359105311419270
- LPT 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Liber. Hämtad 20 november, 2017, från Riksdagen https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128
- Obadina, S. (2014). An overview of anorexia nervosa, bulimia and binge eating disorder. *British Journal of School Nursing, 9*(9), 441-446.
- Ottosson, J. (2015). *Psykiatri* (8. uppl.). Stockholm: Liber.
- Radziewinska, A. & Westman, A. (u.å.). *Riktlinjer vid ätstörningar* [Broschyr]. Från <https://nllplus.se/upload/IB/vp/stvp/Psykiatri%20Norr/Riktlinjer%20vid%20ätstörningar%20Sollefteå-Kramfors.pdf>
- Ringsberg, K. (2014). Livsstil och hälsa. I J. Friberg (red.), I F. Friberg & J. Öhlén. (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2. uppl., s. 387-418). Lund: Studentlitteratur.
- Rosander, J. (2016). *Allmänna riktlinjer vid behandling av anorexia nervosa*. Hämtad 14 dec, 2017, från Region Jönköpings län, <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=39803&childId=18292>
- Salzmann-Erikson, M., & Dahlén, J. (2017). Nurses' establishment of health promoting relationships: A descriptive synthesis of anorexia nervosa research. *Journal of Child and Family Studies, 26*(1), 1-13. doi:10.1007/s10826-016-0534-2
- Seah, X. Y., Tham, X. C., Kamaruzaman, N. R., & Yobas, P. (. (2017). Knowledge, Attitudes and Challenges of Healthcare Professionals Managing People With Eating Disorders: A Literature Review. *Archives Of Psychiatric Nursing, 31*125-136. doi:10.1016/j.apnu.2016.09.002
- Sly, R., Morgan, J. F., Mountford, V. A., Sawyer, F., Evans, C., & Lacey, J. H. (2014). Rules of engagement: Qualitative experiences of therapeutic alliance when receiving in-patient treatment for anorexia nervosa. *Eating Disorders, 22*(3), 233-243. doi:10.1080/10640266.2013.867742
- Stein, N., Ahlström-Hansson, A., Vravossinou, A., Molander, Å., Blomberg, A., Lundman, P. & Ryberg, M. (u.å.). *Vårdprogram: Ätstörningar* [Broschyr]. Från <http://www.regionhalland.se/politiskahandlingar/2011/554772e4285f4fdb9f66be51ba0d208/>

%C2%A7%2094%20V%C3%A5rdprogram%20f%C3%B6r%20barn,%20ungdomar%20och
%20vuxna%20med%20%C3%A4tst%C3%B6rning.pdf

Svedjehäll, D. (2012). *Behandlingsriktlinjer för ätstörningar* [Broschyr].

Från <http://ltblekinge.se/globalassets/for-vardgivare/vardprogram/psykiatrisk-varld/2---behandlingsriktlinjer-for-atstorningar.pdf>

Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Soundy, A., Admkova, M., Skjaerven, L. H., Probst, M. (2014). A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disability & Rehabilitation*, 36(8), 628-634.

doi:10.3109/09638288.2013.808271

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(20), 2801-2808. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02821.x

Västra Götalandsregionen (2017). *Ätstörning - bedömning och behandling* [Broschyr]. Från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/29821/Ätstörning%20-%20bedömning%20och%20behandling.pdf?a=false&guest=true>

Wallin, U., Sandeberg, A. a., Nilsson, K., & Linné, Y. (2015). *Ätstörningar: kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Sundsvall : Svenska psykiatriska föreningen; Stockholm: Gothia fortbildning, 2015 (Litauen).

Wiklund Gustin, L. (2014). Lidande - en del av människans liv. I J. Friberg & J. Öhlén (reRed.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s2. uppl., s. 269-296). Lund: Studentlitteratur.

Wentz, E. (2014). Ätstörning. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: På grundläggande nivå* (2. uppl., 283-306). Lund: Studentlitteratur.

Westergren, A. (2014). Nutrition och ätande. I A. Edberg & H. Wijk (reRed.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s2. uppl., s. 265-300). Lund: Studentlitteratur.

Westwood, L. M., & Kendal, S. E. (2012). Adolescent client views towards the treatment of anorexia nervosa: A review of the literature. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 19(6), 500-508. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01819.x

Wolfe, B. E., Dunne, J. P., & Kells, M. R. (2016). Nursing care considerations for the hospitalized patient with an eating disorder. *The Nursing Clinics of North America*, 51(2), 213-235. doi:10.1016/j.cnur.2016.01.006

Wolfe, B. E., & Gimby, L. B. (2003). Caring for the hospitalized patient with an eating disorder. *The Nursing Clinics of North America*, 38(1), 75-99.

World Medical Association. (2013). *WMA declaration of helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 20 november, 2017, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Zaitsoff, S., Pullmer, R., Cyr, M., & Aime, H. (2015). The role of the therapeutic alliance in eating disorder treatment outcomes: A systematic review. *Eating Disorders*, 23(2), 99-114. doi:10.1080/10640266.2014.964623

Örebro läns landsting (2012). *Vårdprogram för ätstörningsbehandling* [Broschyr]. Från <https://www.regionorebrolan.se/files-sv/Örebro%20läns%20landsting/Vård%20och%20hälsa/Psykiatri/Barn-%20och%20ungdomspsykiatri/Vårdprogram/Vårdprogram%20för%20ätstörningsbehandling.pdf>