

Tone Skomakerstuen

Behandling av spiseforstyrrelser med fysisk aktivitet og kostholdsveiledning

En kvalitativ studie om kvinner med spiseforstyrrelser sine forventninger til
behandling

Masteroppgave i idrettsvitenskap

Seksjon for idrettsmedisinske fag

Norges idrettshøgskole, 2015

Sammendrag

Bakgrunn og formål: Bakgrunnen for denne undersøkelsen er et nytt og utprøvende behandlingsopplegg for kvinner med spiseforstyrrelser, som benytter en kombinasjon av fysisk aktivitet og kostholdsterapi. Studien som presenteres her, har til hensikt å belyse kvinnenes behandlingsforventninger. Innsyn i behandlingsforventninger kan gi økt forståelse for motiver og motivasjon bak deltakelse i behandling, øke forståelsen hos terapeuter som anvender denne type behandlingsform, og bidra til kvalitetssikring av behandlingen. Sist, men ikke minst, kan innsyn i behandlingsforventninger bidra til at terapeuter etterstreber forventningsinnfrielse, da det er vist at innfridde forventninger kan heve brukertilfredshet med behandling.

Forskningsspørsmål: Hvilke forventninger hadde kvinner med spiseforstyrrelser til deltakelse i behandlingstilbudet fysisk aktivitet og kostholdsterapi?

Metode og datainnsamling: Kvalitativ metode, nærmere bestemt individuelle dybdeintervjuer, er benyttet for innsamling av informasjon som kan belyse studiens forskningsspørsmål. Intervjuene tok utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide, og informasjonen som ble innhentet ble analysert ved hjelp av Malteruds systematiske tekstkondensering.

Funn: Det fremkom tre kategorier relatert til kvinner med spiseforstyrrelser sine forventninger til behandlingsalternativet fysisk aktivitet og kostholdsterapi; *Forventning om kunnskapstilegnelse*, knyttet til redusert frykt for mat og økt forståelse av fysisk aktivitet som et redskap til økt overskudd og forbedret livskvalitet. *Forventning om symptomendring*, både knyttet til å redusere fysiske symptomer som overspising – og oppkasthyppighet, og å redusere psykiske utfordringer knyttet til spiseforstyrrelsen. *Forventning om terapeutisk kompetanse*, en forventning som hadde bakgrunn i terapeutenes og behandlingsinstitusjonens omdømme.

Konklusjon: Funnene i denne studien viser at kvinner med spiseforstyrrelser som behandles med fysisk aktivitet og kostholdsterapi, forventer behandling med mulighet for kunnskapstilegnelse om ernæring og fysisk aktivitet, samt fysisk og psykisk symptomreduksjon i forbindelse med et behandlingsmiljø med kompetente terapeuter.

Forord

Denne oppgaven ble skrevet på seksjon for idrettsmedisinske fag på Norges idrettshøgskole. Denne seksjonen er i utgangspunktet kjent for å ha kvantitative tilnærminger, noe jeg har vært en stor tilhenger av med min forkjærlighet for struktur og systematikk. Men denne gangen bega jeg meg ut på en kvalitativ reise, noe som var nytt, lærerikt og spennende. Analyseteknikken jeg benyttet, gjorde at jeg kunne kombinere struktur med det som faktisk interesserer meg aller mest; mennesket! I tillegg fikk jeg studere *mennesket* innenfor et svært interessant og aktuelt tema; *Behandling av spiseforstyrrelser med fysisk aktivitet og kostholdsterapi*. I den anledning må det rettes en takk til doktorgradsstipendiat, Therese Mathisen, for tillitten jeg har fått i F.A.K.T.

Når man ferdigstiller en masteroppgave, er det mange personer som fortjener takk og ære for små og store bidrag i arbeidet. Først og fremst vil jeg derfor gi en takk til de beundringsverdige deltakerne som stilte til intervju, for at dere gjorde denne studien mulig og for alt dere har lært meg!

Takk til mine to veiledere for motivasjon og mestring. Jorunn Sundgot-Borgen, med sin entusiasme, kunnskap og lidenskap for behandling av spiseforstyrrelser, og Gunn Pettersen for sine konstruktive tilbakemeldinger og tyngdekunnskap om kvalitativ metode.

På seksjonen for idrettsmedisin, har medstudenter bidratt til viktige diskusjoner og *alt-for-lange* matpauser, og på hjemmebane har familie, venner og onsdagsklubben bidratt til et sosialt liv utenfor studiene. Dette har vært viktige tilskudd i mine to år som masterstudent.

Til slutt en takk til min bestefar, Leif Skomakerstuen for å være et forbilde som skribent, arbeidsjern og person.

Oslo, mai 2015

Tone Skomakerstuen

Innhold

Sammendrag	3
Forord	4
Innhold	5
1. Bakgrunn	7
1.1 Forskningsspørsmål	8
1.2 Avklaring av begreper	9
1.3 Forkortelser	9
2. Teori	10
2.1 Hva er spiseforstyrrelser?	10
2.1.1 Bulimia nervosa	10
2.1.2 Overspisingslidelse	10
2.1.3 Forekomst.....	11
2.1.4 Årsaksforhold.....	11
2.2 Ulike behandlingstilnæringer ved spiseforstyrrelser.....	12
2.2.1 Psykoterapi.....	13
2.2.2 Ernæringsveiledning	13
2.2.3 Fysisk aktivitet.....	14
2.3 Brukertilfredshet; forventninger.....	15
2.3.1 Opplevelse av symptomendring.....	16
2.3.2 Opplevelse av behandling og behandlingens ulike elementer	16
2.3.3 Terapeutisk allianse.....	17
2.3.4 Forventning og forventningsinnfrielse.....	18
3. Metode	20
3.1 Metodisk tilnærming.....	20
3.1.1 Utvalg.....	20
3.1.2 Rekruttering	21
3.1.3 Utarbeiding av intervjuguide	21
3.1.4 Gjennomføring av intervju.....	22
3.1.5 Avklaring av egen forforståelse	23
3.2 Etske betraktninger	23
3.2.1 Grunnlagsbetingelser for vitenskapelig forskning	24
3.3 Analyse	25
3.3.1 Transkripsjon	25
3.3.2 Analyse: Systematisk tekstkondensering.....	25
4. Resultat	29

4.1	Forventning om kunnskapstilegnelse	29
4.1.1	Forventning om å redusere frykten for mat	30
4.1.2	Forventning om økt overskudd ved hjelp av trening	30
4.2	Forventning om symptomendring	31
4.2.1	Forventning om å redusere fysiske og psykiske symptomer	32
4.2.2	Forventning om redusert negativt kroppsfokus	32
4.3	Forventning om terapeutisk ekspertise	33
4.3.1	Forventning om seriøsitet og kompetanse	33
4.3.2	Forventning om å bli dømt, men ønske om å bli ivaretatt	34
5.	Diskusjon	35
5.1	Helhetlig forståelse av resultatene	35
5.1.1	Forventning om kunnskapstilegnelse.....	36
5.1.2	Forventning om symptomendring.....	37
5.1.3	Forventning om terapeutisk ekspertise	38
5.2	Metodediskusjon	39
5.2.1	Refleksivitet	39
5.2.2	Relevans	40
5.2.3	Validitet.....	40
5.2.4	Andre etiske overveielser.....	41
6.	Oppsummering og implikasjoner.....	42
6.1	Videre forskning.....	43
6.2	Konklusjon.....	43
	Referanser	44
	Vedlegg 1 - DSM-5 kriterier for BN og BED	51
	Vedlegg 2 – Intervjuguide	52
	Vedlegg 3 – Søknad REK.....	53
	Vedlegg 4 – Informasjonsskriv	55
	Vedlegg 5 – Informert samtykke	57

1. Bakgrunn

Denne studien har som mål å belyse hvilke forventninger kvinner med spiseforstyrrelser hadde til behandling med fysisk aktivitet og kostholdsterapi. Ved å studere forventninger til behandling, kan det avdekkes motiv for deltakelse, gi innsyn og forståelse rundt behandlingens ulike elementer, samt bidra til kvalitetssikring og ivaretagelse under behandling (Clinton, 2001; Prakash, 2010; Williams, Weinman, Dale, & Newman, 1995). Det vil også være av betydning å utforske kvinnes behandlingsforventninger, da studier viser at innfridde forventninger er en viktig faktor til økt brukertilfredshet (De la Rie, Noordenbos, Donker, & van Furth, 2006; Williams et al., 1995).

Spiseforstyrrelser omfatter flere diagnoser av ulik alvorlighetsgrad (APA, 2013), og har fått et omfang som krever offentlig og faglig oppmerksomhet (Rosenvinge, 2008). Studien som presenteres her vil omhandle kvinner som har bulimia nervosa (BN) eller overspisingslidelse (BED), to diagnoser som kjennetegnes ved et svært anstrengt forhold til mat, kropp og trening som kan gå ut over fysisk – og psykisk helse (Fairburn, 2008). Både personer med BN og BED karakteriseres ved å ha ukontrollerte matinntak i avgrensede episoder, og personer med BN oppveier matinntaket med påfølgende kompenserende atferd som eksempelvis tømming (Beals, 2004). Ved begge tilstander kan man ofte finne depresjon, angst og personlighetsforstyrrelser, samt økt risiko for ulike fysiske komplikasjoner (Rosenvinge & Gotestam, 2002; Smink, van Hoeken, & Hoek, 2012). Det er oftest unge kvinner og kvinner i tenårene som utvikler spiseforstyrrelser (Bratland-Sanda, 2010; Lemberg, 1999; Rosenvinge & Gotestam, 2002; Smink et al., 2012), og i Norge har ca. 50.000 kvinner mellom 15-54 år en alvorlig, behandlingstrengende spiseforstyrrelse (Rosenvinge & Gotestam, 2002).

I de senere årene har det vært et økt forskningsbasert fokus på ulike behandlingsmetoder for spiseforstyrrelser. Kognitiv atferdsterapi (CBT) er det behandlingsalternativet som har vært best dokumentert, men forskningsresultater viser at 20-50% av pasienter med spiseforstyrrelser ikke nyttiggjør seg av denne behandlingsformen (NICE, 2004). Ubehandlet, eller behandlet med uvirksomme metoder kan spiseforstyrrelsene vedvare. Siden sykdomsvarighet er den sterkeste prediktoren for et dårligere totalt sykdomsforløp (Rosenvinge & Pettersen, 2014), er det nødvendig og utforske og

evaluere andre behandlingsalternativer (Hay, Bacaltchuk, Stefano, & Kashyap, 2009; Poulsen et al., 2014; Rosenvinge, Frostad, & Andreassen, 2012). I den anledning har Norges idrettshøgskole startet opp et nytt og forskningsbasert behandlingstiltak med fysisk aktivitet og kostholdsterapi, som et nytt behandlingstilbud for spiseforstyrrelser. Det forskningsbaserte behandlingstilbudet har tittelen ”*Behandling av spiseforstyrrelser – en randomisert, kontrollert, prospektiv studie*”, men vil her bli omtalt som FAKT (Fysisk Aktivitet og Kosthold Terapi) (Mathisen, 2014). Bakgrunnen for FAKT er en tidligere studie som viste at fysisk aktivitet endret symptomnivå i like stor grad som CBT (Sundgot-Borgen, Rosenvinge, Bahr, & Schneider, 2002), men at kostholdsrådgivning viste dårligere effekt. FAKT har derfor til hensikt å måle effekten av behandling med kombinert fysisk aktivitet og kostholdsterapi.

Studien som presenteres her vil belyse brukertilfredsheten til behandling med fysisk aktivitet og kostholdsterapi, henholdsvis ved å studere kvinner med spiseforstyrrelser sine forventninger til behandling. Det er generelt lite forskning rundt behandlingsforventninger til kvinner med BN og BED, og tidligere har det ikke blitt sett på kvinners forventninger knyttet til behandlingsmetoden fysisk aktivitet og kostholdsterapi. Ved å studere kvinnes behandlingsforventninger, kan dette føre til økt forståelse rundt kvinnes situasjon og behandlingens kvalitet (Prakash, 2010), samt gi dypere innsyn i innstillinger, motiver og motivasjon for deltakelse i behandling. Et økt innsyn i forventninger til behandling, kan også gi terapeuter et bedre utgangspunkt for å etterstrebe forventningsinnfrielse. Forventningsinnfrielse vil være av betydning, da innfridde behandlingsforventninger hos kvinner med spiseforstyrrelser kan føre til økt tilfredshet med behandlingen (De la Rie et al., 2006). I forskning som omhandler psykiske lidelser generelt, er det funnet at sammenhengen mellom behandlingsforventninger og behandlingserfaringer er viktig for et positivt behandling utfall (Noble, Douglas, & Newman, 2001; Williams et al., 1995). Med utgangspunkt i dette, har det blitt reist følgende forskningsspørsmål;

1.1 Forskningsspørsmål

Hvilke forventninger hadde kvinner med spiseforstyrrelser til deltakelse i behandlingstilbudet fysisk aktivitet og kostholdsterapi?

1.2 Avklaring av begreper

Forventninger er kognitive innstillinger overfor noe eller noen, og etableres gjennom informasjon og/eller erfaring (SNL, 2015). I denne oppgaven relateres dette til kvinner med spiseforstyrrelser sine kognitive innstillinger til behandling med fysisk aktivitet og kostholdsterapi, og andre elementer tilknyttet behandlingen.

Fysisk aktivitet er ”enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå” (Helsedirektoratet, 2008). Kvinnene som deltok i studien som presenteres her, tok del i 20 behandlingsmøter bestående av styrke – og utholdenhetstrening, samt enkeltaktivitetene *bootcamp, slyngetrening, boksing og dans*.

Kostholdsterapi er en prosess hvor personer med helsefaglig kompetanse i ernæring hjelper mennesker med sunne ernæringsvalg og utvikling av sunne matvaner (NICE, 2004). Kvinnene som deltok i denne studien, gjennomførte tjue behandlingsmøter med kostholdsterapi, hvor det var fokus på identifisering av ernæringsrelaterte problemer, tilrettelegging av realistiske mål for ernæringsutvikling, normalisering av spisemønster og lære om kosthold som dekker kroppen biologiske behov.

1.3 Forkortelser

BN	Bulimia Nervosa
BED	Overspisingslidelse
AN	Anorexia Nervosa
CBT	Kognitiv atferdsterapi
FAKT	Fysisk aktivitet og kostholdsterapi (Mathisen, 2014)
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition

2. Teori

2.1 *Hva er spiseforstyrrelser?*

Spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse for vedvarende forstyrret, spiserelatert atferd, som kan resultere i uhensiktsmessig inntak av mat, som også i vesentlig grad bidrar til redusert fysisk og/eller psykisk helse (APA, 2013; Broussard, 2005; Curtis & Davis, 2014; Hogan & Strasburger, 2008; Wasson, 2003). Karakteristisk for personer med spiseforstyrrelser er tendensen til å vurdere egenverdi opp mot matinntak, kroppsform og kroppsvekt, fremfor det å evaluere egenverdi basert på prestasjonen man har på andre domener (Fairburn & Brownell, 2002). Studien som presenteres her, dreier seg i hovedsak om kvinner som har BN og BED, og disse diagnosene vil bli nærmere beskrevet gjennom diagnoseverktøyet DSM-5 (APA, 2013).

2.1.1 **Bulimia nervosa**

BN kjennetegnes ved tilbakevendte overspisingsepisoder etterfulgt av kompenserende atferd (APA, 2013). Den kompenserende atferden kan eksempelvis være oppkast, bruk av avføringsmidler eller overdreven fysisk aktivitet (Beals, 2004), og er ofte et resultat av frykt for vektoppgang eller lindring av fysisk ubehag (Fairburn, 2008).

Overspisingsepisodene kan blant annet komme av en følelse av å *måtte* spise, følelsen av å konsumere store mengder mat og følelsen av og ikke ha kontroll (Giordano, 2010). I etterkant av overspisingen fremtrer ofte en følelse av skam og skyld, og et behov for å kvitte seg med den inntatte maten så raskt som mulig (Giordano, 2010). Personer med BN har ofte et overdrevent fokus på mat og kropp, hvor kroppsbildet er forstyrret, og selvbildet er knyttet opp mot eget utseende (Fairburn, 2008). I følge DSM-5 (APA, 2013), kan en måte å vurdere alvorlighetsgraden til BN baseres på frekvensen av selvforskyldt kompenserende atferd, samt refleksjoner rundt tilleggssymptomer og grad av funksjonsnedsettelse (Vedlegg 1).

2.1.2 **Overspisingsslidelse**

Overspisingsslidelse kjennetegnes ved ukentlig overdrevent matinntak, som defineres som et inntak av mat som er definitivt større enn hva andre ville inntatt i en lignende tidsperiode under like omstendigheter. BED har likhetstrekk med BN, men personer med BED benytter seg ikke av kompenserende atferd (Giordano, 2010). Personer med BED har en tendens til å være overvektige, i motsetning til de som har bulimi som oftest

er normalvektige eller undervektige (Fairburn & Brownell, 2002; Giordano, 2010). Overspisingsepisodene kan føre til psykisk og fysisk ubehag, og forekommer minst en gang per uke over en tre måneders periode. I følge DSM-5 kriteriene (APA, 2013), er diagnosens alvorlighetsgrad basert på frekvens av overspisingsepisoder, samt evaluering rundt grad av funksjonsnedsettelse og andre tilleggssymptomer (Vedlegg 1).

2.1.3 Forekomst

Forekomsten av BN hos kvinner og menn har tidligere blitt estimert til henholdsvis 1,5% og 0,5 %, og BED for kvinner og menn til henholdsvis 3,5% og 2% (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007). Omsetter vi forekomsttall for kvinner mellom 15 og 45 år til norske forhold, og forutsetter at alle som blir identifisert i befolkningen møter opp til behandling, vil hver poliklinikk i Norge kunne forvente ca. 80 årlige henvisninger for BN og BED, og hvert enkelt sykehus 10-20 pasienter med BN (Rosenvinge & Gotestam, 2002). Det er diskutert om forekomsten kan være høyere, i og med at terskelen for å søke hjelp og behandling er høy (Skarderud, Rosenvinge, & Gotestam, 2004)

2.1.4 Årsaksforhold

Spiseforstyrrelser antas å ha multifaktorielle årsakssammenhenger (Fairburn, 2008). Årsakssammenhengene kan være biologiske, sosiale, personlige, psykologiske og/eller miljørelaterte. Kjente biologiske årsaksforhold er kjønn, genetikk og pubertetsstatus (Lemberg, 1999) mens sosiale årsaksforhold kan være relasjoner til familie, jevnaldrende og venner (Gilbert, 2000). Personlige årsaksforhold som bidrar til å forklare utvikling av spiseforstyrrelser, er lav selvfølelse, usikkerhet, følelsen av ensomhet, misnøye med egen kropp og personlighetsforstyrrelser (Bratland-Sanda, 2012) og psykologiske årsaksforhold kan komme av tidligere fysiske overgrep, seksuelle overgrep, familiær sykdomshistorie og/eller depresjon (Gilbert, 2000; Lemberg, 1999). Miljøfaktorer blir også fremhevet som en bakgrunn for utvikling av spiseforstyrrelser, og da spesielt ved det konstante kroppspresset og tynnhetsidealet vi står ovenfor i dagens samfunn (Gilbert, 2000). APA (2013) fremholder slanking som en risikofaktor for utvikling av både BN og BED. En slank person som trener overdrevent kan bli beundret for sin selvdisciplin, viljestyrke, mestring og suksess, verdier som er høyt verdsatt i den vestlige kultur, og kroppen blir benyttet som et symbol på de egenskaper man vil representere (Abraham, 2001). Dagens sosiale medier, som blant

annet Facebook, Instagram og bloggersamfunnet, er arenaer hvor kropp og livsstil blir satt på utstilling, og disse *utstillingsvinduerne* antas også å ha stor innflytelse på barn og unge (Abraham, 2001). Blant annet kan internett og media være med å skape et unyansert og misvisende bilde på hva som er normalt i forhold til matinntak og treningsrutiner, noe som igjen kan føre til økt kroppspress (Hogan & Strasburger, 2008).

En annen måte å forstå årsakssammenhenger er å dele sykdomsforløpet inn i ulike sykdomsstadier, da ved disponerende, utløsende og vedlikeholdene årsakssammenhenger (Skarderud et al., 2004). De disponerende forholdene omhandler genetiske forhold, personlighetstrekk, psykologisk sårbarhet og familiære forhold, især ved slankepress fra familiemedlemmer og venner. Utløsende forhold kan være knyttet til mobbing, slanking, tap, endret livsvilkår, tidlig pubertet eller store krav til prestasjon. De vedlikeholdende forholdene kan blant annet være familiekonflikter utløst av spiseforstyrrelser, de psykiske og fysiske symptomene som føres med spiseforstyrrelsen (som eksempelvis angst, depresjon og utmattelse) eller en opplevd nytte av spiseforstyrrelsen (som eksempelvis følelsen av å ha kontroll, spiseforstyrrelsen som identitet eller spiseforstyrrelsens utløp for følelser, kaos og ubehag) (Skarderud et al., 2004).

2.2 Ulike behandlingstilnærminger ved spiseforstyrrelser

I de siste 30 årene har det vært en økning i forskningsbasert kunnskap knyttet til behandling av spiseforstyrrelser (Wilson, Wilfley, Agras, & Bryson, 2010). Kognitiv atferdsterapi (CBT) har i nyere tider blitt ansett som et godt behandlingsalternativ for personer med BN og BED, men for en betydelig andel pasienter er ikke dette en effektiv behandlingsmetode (NICE, 2004; Wilson et al., 2010). Statens Helsetilsyn (2000), fremholder at det overordnede målet for behandling av spiseforstyrrelser i Norge må ses i lys av pasientens sykehistorie, ressurser og motivasjon for endring. Målet med behandling er også å korrigere alvorlige, livstruende og psykologiske komplikasjoner, etablere regelmessige spisemønstre med sammensatt kosthold, redusere oppkast- og overspisingshyppighet, og oppnå at pasienten aksepterer seg selv i større grad. Symptomreduksjon er altså et av de viktigste effektmålene når man vurderer et behandlingsalternativ for pasienter med spiseforstyrrelser. I tillegg til symptomreduksjon kan andre kliniske variabler, økonomiske mål, ulike standardiserte

mål om livskvalitet og brukertilfredshet belyses når man vurderer behandlingens effektivitet (Lunnen, Ogles, & Pappas, 2008).

2.2.1 Psykoterapi

Et av de mest benyttede behandlingsalternativene for spiseforstyrrelser, er psykoterapeutiske tilnærminger. Psykoterapi er en samlebetegnelse for ulike former samtalerterapi, hvor personer med spiseforstyrrelser samarbeider med helsepersonell for å få kontroll over spisemønster, selvfølelse og mestring. CBT er en form for psykoterapi, som har gode forskningsresultater relatert til å redusere overspisingsepisoder, redusere kompenserende episoder og forbedre holdninger knyttet til vekt og kropp (Fairburn et al., 2009). I 2008 ble CBT utarbeidet til en forbedret modell for spiseforstyrrelser (CBT-E) (Fairburn, 2008), komponert for å arbeide med de underliggende faktorene som fører til – og opprettholder spiseforstyrrelser. Det å være overopptatt av matinntak, kroppsform og kroppsvekt er, innenfor den kognitive atferdsteorien, fremhevet som den primære faktoren til opprettholdelse av spiseforstyrrelsene (Fairburn, 2008; Fairburn & Brownell, 2002). CBT-E har derfor til hensikt å endre tankegang og atferd relatert til denne overevalueringen, og dermed føre til symptomreduksjon. Andre psykoterapeutiske behandlingsalternativer er blant annet interpersonlig psykoterapi (IPT), som kan redusere overspisings – og oppkastepisoder, og kan ha like gode langtidseffekter som CBT (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson, & Kraemer, 2000), og familiebasert behandling (FBT), som har vist dokumentert effekt relatert til reduserte spiseforstyrrelsessymptomer (le Grange, Crosby, Rathouz, & Leventhal, 2007). Gjeldende for samtlige psykoterapiformer, finnes det pasienter som ikke nyttiggjør seg av slik type behandling, og det er derfor viktig å etablere andre behandlingstilbud (Fairburn & Brownell, 2002; Hay et al., 2009; Poulsen et al., 2014).

2.2.2 Ernæringsveiledning

Et forstyrret spisemønster og spiseforstyrrelser, bidrar ofte til fysiologiske endringer både når det gjelder kardiovaskulære forhold, temperaturregulering, elektrolyttbalanse, nivå av makro – og mikronæringsstoffer i kosten, overdreven trening, menstruasjonsforstyrrelser og dårlig energi – og næringsstatus (Ozier & Henry, 2011). De fysiologiske endringene kan skape negative helsekonsekvenser. De fysiologiske endringene er mulig å forbedre og reversere med veiledning på ernæring. Ernæringsrådgivning, eller kostholdsterapi, kan defineres som en prosess hvor personer

med helsefaglig kompetanse i ernæring, hjelper mennesker til å gjøre sunne ernæringsvalg og utvikle sunne matvaner (NICE, 2004). En ernæringsrådgiver/veileder, skal blant annet identifisere de ernæringsrelaterte problemene og legge til rette for realistiske mål når det gjelder normalisering av spisemønstre som dekker kroppens biologiske behov (Cunningham, 2009; Reiter & Graves, 2010). I tillegg til dette, er det gunstig at ernæringsterapeuten har medmenneskelige kvaliteter som blant annet forståelse rundt det komplekse og sensitive ved å ha en spiseforstyrrelse (Ozier & Henry, 2011). Studier viser at ernæringsterapi kan ha en positiv effekt på symptomreduksjon på spiseforstyrrelser (Beumont et al., 1997; Hsu et al., 2001), men at det fungerer best som et behandlingssupplement til andre behandlingsalternativer, som eksempelvis kognitiv terapi (Hsu et al., 2001), fysisk aktivitet (Sundgot-Borgen et al., 2002) eller medikamentell behandling (Beumont et al., 1997).

2.2.3 Fysisk aktivitet

Det er vel dokumentert at fysisk aktivitet har flere helsebringende effekter, men for personer som har spiseforstyrrelser kan fysisk aktivitet være en del av selve sykdomsbildet. Mange personer med spiseforstyrrelser har en historie med overdreven og tvangspregnet fysisk aktivitet, mens andre kan aneeses som fysisk inaktive. Regulert tilpasset fysisk aktivitet kan være hensiktsmessig for begge tilfeller, så fremt pasientene er medisinsk klarert til å trene (Carei, Fyfe-Johnson, Breuner, & Brown, 2010; Fossati et al., 2004; Sundgot-Borgen et al., 2002). Enkelte former for fysisk aktivitet kan redusere spiseforstyrrelsessymptomer hos kvinner med BN (Sundgot-Borgen et al., 2002; Woodyard, 2011) og bidra til en mer gunstig kroppssammensetning hos personer med kombinert overvekt og BED (Fossati et al., 2004).

Ved spiseforstyrrelser kan det være økt risiko for depresjon, en tilstand som kan redusere livskvaliteten. Fysisk aktivitet kan medføre forbedret livskvalitet hos pasienter med depresjon (Krogh, Nordentoft, Sterne, & Lawlor, 2011; Lawlor & Hopker, 2001; Stammers & Spijker, 2009; Woodyard, 2011), og redusere den generelle symptombelastningen til personer med BED og BN (McIver, O'Halloran, & McGartland, 2009; Vancampfort et al., 2013). I tillegg er fysisk aktivitet et godt behandlingsalternativ eller behandlingssupplement med tanke på de generelle helsegevinstene i bedret hjerte – og lungefunksjon, sterkere skjelett og muskulatur,

reduisert risiko for utvikling av ulike livsstilssykdommer, samt fra et kostnadseffektivt perspektiv (Helsedirektoratet, 2008).

2.3 Brukertilfredshet; forventninger

Forventninger til behandling kan knyttes til brukertilfredshet, i den forstand at innfridde forventninger kan bidra til økt tilfredshet med behandling (Prakash, 2010).

Brukertilfredshet kan også omhandle de erfaringer og opplevelser som personer knytter til behandling eller andre behandlingsfaktorer (Barbosa, Balp, Kulich, Germain, & Rofail, 2012; Prakash, 2010). Dette kan eksempelvis være opplevelser med terapeuter, behandlingsforløpet, tidsaspektet, grad av tilfriskning, behandlingsrutiner, forventninger og forventningsinnfrielse (Hasler et al., 2004). Måling av brukertilfredshet i forbindelse med behandling i helsevesenet, er blant annet inspirert fra næringslivet, hvor man på 1960-tallet begynte å legge vekt på brukerens evaluering av produkter og tjenester. For å tilfredsstille pasienters ønsker og behov, ble lignende evalueringer av behandling og tjenester inkludert i helsesystemet. Interessen for pasienters tilfredshet med behandling har vært særlig økende de siste tiårene (Hasler et al., 2004), og brukertilfredshet har blitt en viktig indikator for å vurdere kvaliteten i helsesektoren (Prakash, 2010).

Verdens helseorganisasjon (2000) ga tidligere ut en publikasjon ved navn *Client Satisfaction Evaluation*, hvor de presiserer viktigheten av pasientens stemme i behandlingens evalueringsprosess. Her beskrives brukertilfredshet som en viktig forsikring til at tjenesten blir utført på en pålitelig måte, imøtekommer kundebehov, blir utført med høflighet, og grad av sikkerheten ved behandlingen. I følge verdens helseorganisasjon kan brukertilfredshet kartlegges ved å utspørre brukeren om deres syn på behandlernes hjelpsomhet, mottatt informasjon, behandlingens relevans, kostnader, tidsaspekt, tilgjengelighet knyttet til behandling og innfrielse av forventninger (WHO, 2000). Det er hevdet at brukerens misnøye med behandling kan ha en negativ effekt på brukerens involvering i behandling, deres holdning til behandling og deres intensjon om å fullføre behandlingen (Barbosa et al., 2012). Motsatt kan positive opplevelser av behandling antas å ha en positiv effekt på disse variablene. Ved å studere pasienters forventninger, opplevelser og erfaringer fra behandling, vil man få økt innsyn i behandlingsmetoden, samt mulighet til å justere, forbedre og kvalitetssikre behandlingsrutinene (Bandura, 1977; Clinton, 2001; Clinton, Bjorck, Sohlberg, & Norring, 2004; Paulson-Karlsson & Nevenon, 2012).

2.3.1 Opplevelse av symptomendring

En forventning som kan foreligge ved inngangen til en behandling hos personer med spiseforstyrrelser, er symptomreduksjon (Paulson-Karlsson & Nevonen, 2012) og opplevelsen av å bli bedre (Hasler et al., 2004). Klinikere og forskere benytter ofte symptomendring som utfallsmål, da dette er en god måte å si noe om behandlingens effekt. Symptomendring kan blant annet måles via kliniske intervjuer, selvrapportering, klinisk graderingsskala, standardiserte spørreskjemaer eller atferdsobservasjon (Fairburn, 2008), hvor overspisingsepisoder, hyppighet av kompenserende atferd, kognitiv atferd og andre faktorer knyttet til spiseforstyrrelsen blir kartlagt. Opplevelsen av bedring hos pasienter som har spiseforstyrrelser, kan også bli forbundet med et mer avslappet forhold til mat, et sunnere forhold til kropp, forbedret selvtillit og økt sosial interaksjon (Bjork & Ahlstrom, 2008). Det er dokumentert en assosiasjon mellom forbedrede fysiske og psykiske spiseforstyrrelsessymptomer og høyere tilfredshet med behandling (Bowling et al., 2012; De la Rie et al., 2006; Noble et al., 2001; Pettersen & Rosenvinge, 2002).

2.3.2 Opplevelse av behandling og behandlingens ulike elementer

Personer som skal behandles for sin spiseforstyrrelse, kan også ha forventninger knyttet til opplevelsen av behandlingen i sin helhet, eller opplevelsen av ulike behandlingselementer som blant annet gjennomførbarhet, opplevd kompetanse hos terapeut, type behandling og opplevd forståelse og tillitt (WHO, 2000). Rosenvinge og Klusmeier (2000), gjorde en replikasjon av en britisk undersøkelse (Newton, Robinson, & Hartley, 1993), hvor det var utarbeidet et kvantitativt spørreskjema om pasienters tilfredshet med behandling av spiseforstyrrelser. I den britiske undersøkelsen kom det frem at polikliniske pasienter var svært fornøyd med individuell- og gruppebasert psykoterapi, men at det var større misnøye med familieterapi. I undersøkelsen som ble gjort på norske pasienter, ble det rapportert høyere brukertilfredshet hos pasienter som opplevde terapeutene som kompetente på spiseforstyrrelser, og det ble funnet en sammenheng mellom brukertilfredshet og hvor raskt behandlingen ble satt i gang (Rosenvinge og Klusmeier, 2000).

En annen studie (Clinton et al., 2004) studerte tilfredshet hos pasienter med spiseforstyrrelser som hadde gjennomført behandling på et svensk behandlingssenter. Brukertilfredsheten ble også her målt via et spørreskjema, som ble utført 36 måneder

etter behandling. Spørreskjemaet fokuserte på førstegangsmøtet på behandlingsenheten, evnen de ansatte hadde til å lytte, forstå og behandle, tilliten til behandlingsenheten, og hvorvidt pasientene og terapeutene jobbet mot et felles behandlingsmål. Ut fra disse faktorene, sa 38% av pasientene seg svært tilfreds med mottatt behandling, 39% var passe tilfreds, og 23% var ikke tilfreds. Høyere brukertilfredshet så ut til å være assosiert med behandlingsintervensjoner som fokuserte på støtte, og økt kontroll over spiseproblematikken. Det ble diskutert hvorvidt de misfornøyde pasientene ikke hadde like stort ønske om å forandre sine spisevaner og hadde lavere forventninger til behandlingen som sådan.

De la Rie (2006), hadde også til hensikt å få et dypere innsyn i behandlingsevalueringen som personer med spiseforstyrrelser rapporterte. Den nederlandske studien benyttet *The Eating Disorder Examination Questionnaire*, og resultatene fra studien påpekte at behandling på spesialiserte sentre for spiseforstyrrelser, selvhjelpsgrupper og behandling med partner ble rapportert som mest nyttig av pasientene. Studien tilsa at pasienters perspektiv på behandling av spiseforstyrrelser kan gi anbefalinger som kan lede til forbedret behandling. Annen litteratur underbygger også betydningen av å inkludere pasienters opplevelser og erfaringer ved behandling av ulike spiseforstyrrelser (Clinton, 2001; WHO, 2000; Williams et al., 1995).

2.3.3 Terapeutisk allianse

Et behandlingselement som det kan foreligge høye forventninger til hos personer med spiseforstyrrelser i forkant av behandling, er relasjonen som skal skapes med terapeut. Relasjonen mellom terapeut og klient, kan være avgjørende for behandlingsutfallet og behandlingens kvalitet (Paulson-Karlsson & Nevonen, 2012). Terapeutisk allianse har blitt oppgitt som en viktig faktor til forbedring av spiseforstyrrelser, og en faktor til økt brukertilfredshet (Bowling et al., 2012; Rosenvinge & Klusmeier, 2000). Terapeutisk allianse innebærer at pasienten har en positiv oppfatning av terapeuten, og at pasienten opplever støtte, forståelse og ekspertise (Gulliksen et al., 2012). I tillegg er empati, oppmuntring og støtte fra terapeutene, samt gjensidig respekt mellom terapeut og pasient betydelig for behandlingsutfallet (Fairburn, 2008).

2.3.4 Forventning og forventningsinnfrielse

Forventninger til behandling, og forventninger til behandlingens ulike elementer kan, som nevnt ovenfor, være en avgjørende faktor for brukertilfredshet (Clinton et al, 2004). I behandling av psykiske lidelser er det funnet at sammenhengen mellom pasientens *forventninger* og *erfaringer* er viktig for et positivt behandlingsutfall (Noble et al., 2001). Hva slags forventninger pasienter har til behandling, kan blant annet være avhengig av type spiseforstyrrelse, tidligere sykdomsforløp, prognose, kjønn, sosiokulturelle aspekter, humør og type behandling. (Prakash, 2010).

Selv om forventninger og erfaringer med behandling har vært et hyppig tema i helsefaglig forskning de siste tiårene, har det vært mindre forskning om hvilke forventninger som ligger til grunn i forkant av behandling hos pasienter med spiseforstyrrelser. Paulson-Karlsson & Nevenon (2012) utforsket behandlingsforventningene til kvinner med AN, hvor det å motta tilstrekkelig terapi, møte erfarne terapeuter, og bli frisk var de overordnede forventningene til behandling. Progresjon på atferdsmessige utfordringer relatert til spising og kontroll, psykiske utfordringer og psykologiske utfordringer relatert til tanker og følelser ble også fremhevet som behandlingsforventninger (Paulson-Karlsson & Nevenon, 2012).

Forventninger er subjektive, og hvorvidt de blir innfridd er relativt. De la Rie et al. (2006) uttrykte at innfridd forventninger hos pasienter med spiseforstyrrelser er viktig for et positivt bilde av behandlingen. Det samme gjelder overensstemmelsen mellom pasientens og terapeutens forventninger, og det kan ved uoverensstemmelse føre til misnøye med behandling, og tidligere drop-out (Clinton et al., 2004). I tillegg til dette, har det også blitt funnet forventninger til *Tilstrekkelig informasjon* og *kompetente spesialister* når personer med spiseforstyrrelser skal inn i behandling (Bowling et al., 2012; Clinton et al., 2004; De la Rie et al., 2006; Paulson-Karlsson & Nevenon, 2012; Rosenvinge & Klusmeier, 2000).

Mangfoldet av forventninger gir et bilde av de individuelle forskjellene ved pasientene som søker behandling, og de ulike forventningene kan også gjenspeile hva pasienten ønsker å oppnå med behandlingen. Eksempelvis kan enkelte ha et ønske om å bli symptomfri, mens for andre er dette ikke et mål. Akkurat denne forventningen, om å bli symptomfri, kan være fraværende for pasienter med spiseforstyrrelser, og noen utvikler

langvarige sykdomsforløp (Rosenvinge, 2011). Den fraværende forventningen om å bli symptomfri kan blant annet komme av sykdomshistorie, tidligere erfaringer med behandling, ønske om kontroll, selvtillit og pasientens motivasjon for endring (Steele, Bergin, & Wade, 2011). Pasientens *motivasjon for endring*, kan forankres i Banduras teori om self-efficacy (mestringstro)(Bandura, 1977). Mestringstro er et nøkkelbegrep innenfor Albert Banduras (1977) sosial-kognitive teori, og handler om troen på at man er kapabel til å kontrollere sin egen utføring av en bestemt oppgave. I følge Banduras sosial-kognitive teori, som prøver og predikere og forklare menneskelig atferd, vil for eksempel troen på å gjennomføre noe øke sjansen for å gjennomføre det. Overført til denne settingen, vil man kunne anta at ved høy motivasjon for endring hos en pasient med spiseforstyrrelser i forkant av behandling, jo større er sjansen for endring. Denne teorien er benyttet i en rekke helserelaterte studier, og har vist at mestringstro kan føre til forbedret helserelatert atferd, som for eksempel vekttap og forbedret ernæringsvaner hos pasienter med overvekt, økt fysisk aktivitet og røykeslutt (Choo & Kang, 2015; Schuck, Otten, Kleinjan, Bricker, & Engels, 2014).

Oppsummert forteller litteraturen at det kan foreligge mange forventninger til behandling, hos personer med spiseforstyrrelser. Blant annet har det blitt funnet forventninger til symptomreduksjon, terapeutisk ekspertise, tilstrekkelig informasjon og forbedring i kognitive utfordringer. Forventningene kan være avhengig av en rekke variabler, som blant annet sykdomshistorie, type behandlingsform, terapeuters kompetanse, pasientens motivasjon for endring. Det har også blitt påvist at forventninger kan ha innvirkning på behandlingsutfall og brukertilfredshet. Ved å få en større innsyn i brukertilfredshet og forventninger til behandling, kan dette være med å øke forståelsen hos terapeuter, og kartlegge eventuelle motiver, forhåpninger, motivasjon og erfaringer hos pasient. I tillegg kan økt forståelse og innsyn i pasienters brukertilfredshet og forventninger bidra til å vurdere behandlingen – og behandlingselementenes kvalitet og betydning.

3. Metode

I denne undersøkelsen var formålet å belyse behandlingsforventninger til fysisk aktivitet og kostholdsterapi hos kvinner med bulimi (BN) og overspisingslidelse (BED).

Det finnes ulike måter å opparbeide seg ny kunnskap om behandling av spiseforstyrrelser. Kunnskap består av mer enn det som kan måles og veies, og medisinsk, helsefaglig kunnskap omfatter blant annet menneskers forventninger, opplevelser og erfaringer med egen sykdom eller behandlingsmetode (Malterud, 2013). Med utgangspunkt i forskningsspørsmålet, var det nødvendig å anvende kvalitativ metode, nærmere bestemt systematiserte dybdeintervjuer. Den kvalitative tilnærmingen var hensiktsmessig, da den ga mulighet for innsyn i kvinnenes forventninger, holdninger, motiver og motivasjon for deltakelse (Thagaard, 2013). Det var også av betydning å få økt innsikt og forståelse i hvordan kvinnene opplevde og reflekterte over sin egen situasjon og hva de forventet av behandlingen og behandlingens ulike elementer. Kvinnene som deltok på intervjuene hadde vært en del av et overordnet studie (FAKT), hvor de hadde gjennomgått tjue gruppebaserte behandlingsmøter fordelt på seksten uker. Møtene inkluderte 45 minutter styrketrening og 45 minutter kostholdsterapi, under veiledning av faglig kompetente idrettspedagoger og ernæringsterapeuter.

3.1 Metodisk tilnærming

3.1.1 Utvalg

Deltakerne til dybdeintervju ble valgt ut i fra de egenskaper og kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til forskningsspørsmålet (Malterud, 2013; Thagaard, 2013). Utvalget av kvinner skulle derfor ha deltatt på over 80% av de totalt tjue behandlingsmøtene med fysisk aktivitet og kostholdsterapi, noe som bidro til at tilgjengelighet preget utvalget. Tilgjengelighetsutvalg blir beskrevet av Thagaard (2013) som en hensiktsmessig måte å rekruttere på, innenfor en setting hvor en kan finne potensielle deltakere. Med bakgrunn i dette ble det utført et strategisk tilgjengelighetsutvalg i deltakerbasen til FAKT (Mathisen, 2014), og det var også et krav at kvinnene ga signert samtykke for deltakelse i dybdeintervjuene. Inklusjonskriteriene for deltakelse i den overordnede studien var som presentert i tabell 1.1.

Tabell 1.1: Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier

- Kvinner mellom 18 og 35 år
- BMI 17.5 til 35
- DSM-5 for bulimia nervosa; mild og moderat alvorlighetsgrad, henholdsvis 1-3 eller 4-7 bulimiske episoder per uke og en sykdomsvarighet i minst 3 mnd.
- DSM-5 for overspisingsslidelse; mild og moderat alvorlighetsgrad, henholdsvis 1-3 eller 4-7 overspisingsepisoder per uke, og en sykdomsvarighet på minst 3 mnd.
- Hjemmeadresse innenfor maksimum 1,5 times kjøredistanse fra Oslo
- Deltatt på >80 % av behandlingsmøter med fysisk aktivitet og kostholdsterapi

Eksklusjonskriterier

- Forsøkspersonene ble ekskludert basert på inklusjonskriterier, samt personer som var gravid eller som planla graviditet under prosjektperioden, idrettsutøvere på nasjonalt eller internasjonalt nivå, pasienter med bakgrunn i kognitiv behandling for spiseforstyrrelser siste to år. Forsøkspersonene ble også ekskludert hvis de var suicidale, og de som var i behandling eller trengte behandling for komorbide tilstander som alvorlig angst og/eller depresjon, en personlighets og/eller rusmisbruk lidelse
-

3.1.2 Rekruttering

Totalt ble fem kvinner, som hadde deltatt i behandling med fysisk aktivitet og kostholdsterapi i det overordnede behandlingsstudiet FAKT, spurt om å delta på intervju. To av kvinnene hadde diagnosen BED og tre av kvinnene hadde diagnosen BN. Aldersvariasjonen var fra 19 til 35 år, og to av kvinnene var ikke av etnisk norsk opprinnelse. Kvinnene fikk en mailforespørsel av prosjektansvarlig i FAKT med informasjon om intervjuets hensikt og opplysning om frivillig deltakelse. Ved positiv respons fikk de tilsendt nærmere informasjon, samt et skjema om informert samtykke og videre avtale om oppmøtetidspunkt. Alle fem ønsket å delta. To av intervjuene fant sted i september 2014 og de resterende tre i januar 2015.

3.1.3 Utarbeiding av intervjuguide

Det er verdifullt å få et rikt, detaljert innsyn i kvinnes forventninger til ulike aspekter av behandlingsstudiet, og med det som utgangspunkt ble individuelle dybdeintervju vurdert som best egnet fremgangsmåte. Det ble i samråd med en medstudent utarbeidet en semistrukturert intervjuguide (Vedlegg 2). Grunnlaget for valg av semistrukturert intervjuguide, var å kunne få muligheten til fleksibilitet og oppfølgingsspørsmål under intervjusituasjonen, men også for å opprettholde en struktur som kunne gi mulighet for sammenligning av materialet. Intervjuguiden bestod av følgende tre temaer, hvor fokuset til oppgaven som presenteres her, først og fremst tok utgangspunkt i første tema. Temaene fra intervjuguide var som følger;

1. Forventninger med behandlingstilbudet fysisk aktivitet og kostholdsrådgivning
2. Individuelle erfaringer
3. Gruppeklima og relasjoner mellom gruppedeltakerne

Spørsmålene i intervjuguiden var nedskrevet i stikkordsform og var utgangspunkt for formuleringene av intervjuspørsmålene. For å kvalitetssikre intervjuguiden, samt være best mulig forberedt til intervjusituasjonen ble det avholdt pilotintervjuer med to medstudenter som var engasjert i FAKT. Erfaringene som ble gjort fra pilotintervjuene gjorde at intervjuguiden ikke ble endret, grunnet enighet om at det var mulig å innhente den informasjonen forskningsspørsmålet var ute etter.

3.1.4 Gjennomføring av intervju

Intervjuer basert på en semistrukturert intervjuguide kan best beskrives som en samtale mellom forsker og respondent, hvor gangen i samtalen er styrt av forskeren (Thagaard, 2013). Intervjuene fant sted ved Norges Idrettshøgskole og varte mellom 45 minutter og en time. I forkant av intervjuene ble kvinnene informert om studiens hensikt, form og varighet, samt opplyst om taushetsplikt og anonymisering. De ble også forespurt om de hadde motforestillinger i forhold til det å gjøre lydopptak, og det ble ved samme anledning signert informert samtykke. Et viktig moment var å skape tillit, slik at kvinnene opplevde at det var greit å være åpne om de temaene som det var ønskelig å fremskaffe informasjon om. Det var viktig å utvikle en god balanse mellom det å spørre og det å lytte, og lage rom for pauser. Spørsmålene som ble stilt var i all hovedsak *åpne spørsmål*, som for eksempel åpningsspørsmålet: *"Jeg vil gjerne åpne med å spørre deg om bakgrunnen din for at du meldte deg på dette behandlingstilbudet, kan du fortelle meg om det?"*. Videre var det også viktig å spørre konkrete, åpne spørsmål som gikk på forventningene til deltakelse, forventningene til de ulike delene av behandlingen og forventninger til ulike behandlingselementer. Dette ga mulighet til å få innsyn i forventningene fra det totale behandlingstilbudet, gruppebasert fysisk trening og gruppebasert ernæringsterapi. Intervjuene ble avsluttet med å spørre kvinnene om det var noe de ville legge til som de ikke hadde fått anledning til å fortelle om, samt takke for deltakelse.

3.1.5 Avklaring av egen forforståelse

Forforståelse handler om den *bagasjen* forskeren har med seg inn i et forskningsprosjekt, og består blant annet av erfaringer og faglig perspektiv (Thagaard, 2013). Forforståelsen kan sette sitt preg på en forskningsprosess, og det er derfor viktig som forsker å identifisere sin utgangsposisjon, da dette vil øke påliteligheten til forskningsprosessen (Malterud, 2013). Forforståelsen kan gi næring og styrke til prosjektet, men den kan også styre forskeren til å overdøve den kunnskapen det empiriske materialet kunne levert.

I forkant av studiet som presenteres her, var min forforståelse preget av forskningstradisjoner og erfaringer fra fem år som student ved Norges Idrettshøgskole (NIH). På NIH har fysisk aktivitet blitt inkludert som en sentral del av forebygging – og behandlingslære for en rekke livsstilssykdommer, blant annet spiseforstyrrelser. Dette bidro til en positiv holdning til behandlingsprosjektet for kvinner med bulimi og overspisingslidelse som tok i bruk fysisk aktivitet og ernæringsterapi som behandlingsverktøy. Under behandlingsprosjektet FAKT, hadde to medstudenter og jeg et delansvar for deltakernes gjennomføring av pre- og posttester, samt styrketrening. Denne relasjonen til intervjudeltakerne kan ha hatt en betydning for datainnsamlingen. Personlig tilknytning underveis i behandlingen, den enkeltes oppfatning av min kompetanse og min bakgrunnsinformasjon om de ulike deltakerne kan være eksempler på faktorer som kan ha hatt innvirkning i intervjusituasjonen.

3.2 Etiske betraktninger

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) er hjemlet i forskningsetikkloven og helseforskningsloven. Dette prosjektet ble inkludert under søknaden til det overordnede behandlingsprosjektet FAKT (Vedlegg 3). FAKT møter kravene til helseforskningsloven og helsinkideklarasjonen, og ble godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (2014/420). Prosjektet ble innmeldt i internasjonal database for kontrollerte studier ved www.clinicaltrials.gov (NCT02079935). Data som ble innhentet under dette kvalitative forskningsprosjektet ble behandlet uten navngivelse, og det var ikke mulig å identifisere enkeltdeltakere tilbake til resultatene. Ved utarbeidelse av intervjuguiden og selve gjennomføringen av intervjuet, ble det etterstrebet at intervjuopplevelsen ikke skulle kunne bidra til komplikasjoner for deltakere under intervjuet eller i etterkant.

Et hvert forskningsprosjekt må ha deltakernes informerte samtykke (Thagaard, 2013). Samtykke skal være informert, uttrykkelig, frivillig og dokumentbart. Som forsker må man sikre reell frivillighet (NESH, 2014). Deltakerne fikk tilsendt informasjon om intervjuets hensikt (Vedlegg 4), samt et vedlegg med informert samtykke (Vedlegg 5) i forkant av intervju.

Etiske utfordringer i intervjusituasjonen er ofte knyttet til forskers respekt ovenfor intervjupersonens grenser (Thagaard, 2013). Som forsker må man være varsom, og ikke utsette deltakerne for nærgående og personlige spørsmål, da dette kan føre til problemer for deltakerne i etterkant av intervjuet. Forskeren har et ansvar i slike situasjoner å skape trygghet og vise hensyn. I tillegg skal anonymisering bli ivaretatt under transkribering, analyse og resultatutvikling, og lydopptak bevares på låst PC og slettet i etterkant av prosjektet.

3.2.1 Grunnlagsbetingelser for vitenskapelig forskning

Vitenskapelig kunnskap skal være et resultat av systematisk, kritisk refleksjon (Malterud, 2013). Et viktig virkemiddel som gir innsikt i forskerens pålitelighet er å dokumentere grunnlagsbetingelser for vitenskapelig forskning. I denne forskningen blir påliteligheten vurdert av følgende tre punkter; refleksivitet, relevans og validitet. Disse punktene blir presentert herunder, og videre omtalt i metodediskusjon (5.2).

Refleksivitet i kvalitativ forskning handler om forskerens forutsetninger og tolkningsramme. Forskeren skal sette spørsmålstegn ved egne fremgangsmåter og konklusjoner, og gjøre rede for sin forforståelse. Refleksivitet er en aktiv holdning som må vedlikeholdes under forskningsprosessen ved å sette spørsmålstegn til det man kommer frem til. Systematiske refleksjoner rundt forskningsmetodens og kunnskapens relevans og validitet, forvalter refleksiviteten (Malterud, 2013)

Begrepet relevans handler om hva kunnskapen kan brukes til. Er forskningen utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte? Kan studien tilføre noe nytt til det vi vet fra før? (Malterud, 2013; Thagaard, 2013). Studiens relevans forsvares ved å dokumentere forskningsstrategi og analysemetoder, men også ved å kvalitetssikre forskningsspørsmålet. En ny problemstilling, kan gi opphav til original

kunnskapsutvikling som endrer vår forståelse av en gammel problemstilling (Malterud, 2013).

Validitet handler om gyldighet; hva forskeren egentlig har funnet ut noe om (Malterud, 2013). I kvalitativ metode knytter vi dette opp mot tolkning av data. Det er viktig å ta stilling til hva materialet fra intervjuene gir anledning til å si noe om, og hvilken rekkevidde og overførbarhet resultatene har (Malterud, 2013). Intern validitet handler om hva forskningen er sant om, og om forskeren har anvendt relevante begreper og analysemetoder rundt fenomenet som studeres. Ekstern validitet stiller spørsmål til overførbarheten. Overførbarheten er knyttet til utvalget, men henger også sammen med spørsmålet om relevans; på hvilken måte resultatene bidrar til å opplyse en lignende problemstilling i en annen sammenheng (Malterud, 2013).

3.3 *Analyse*

3.3.1 Transkripsjon

Under intervjuene ble det benyttet Iphone 4s og SONY IC recorder (ICD-MX20) til lydopptak. Intervjuene ble deretter transkribert, ordrett fra det som ble sagt på lydopptaket, og det ble notert ned pauser, latter, gråt og sukk for å bedre huske intervjusituasjonens naturlige kontekst under analysen av materialet. Dette var en tidkrevende prosess, men viktig å gjøre selv, da dette ga rom for ettertanke og for å starte prosessen med analysen (Malterud, 2013). Under transkriberingen av de to første intervjuene var det mulighet for innblikk i temaer som fantes interessante, men det kunne også erkjennes at det fantes overflødig informasjon, som ikke ga styrke og næring til besvarelsen av forskningsspørsmålet. For en ny forsker er dette et hjelpemiddel til å gjøre ting annerledes i de neste intervjuene, for å kvalitetssikre at man får den informasjonen man er ute etter (Malterud, 2013). Justeringene som ble gjort til de resterende intervjuene var å ha større fokus på forskningsspørsmålet, for å forhindre informasjon som ikke var relevant. Transkriberingen av hvert enkelt intervju ble gjort så fort som mulig etter at intervjuene ble holdt, for å kunne gjenskape intervjusituasjonen så nøyaktig som mulig.

3.3.2 *Analyse: Systematisk tekstkondensering*

Systematisk tekstkondensering er en analyseform som egner seg for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener for utvikling av nye beskrivelser og begreper

(Malterud, 2013). Her var hensikten å anvende systematisk tekstkondensering til å få innsyn i forventninger hos kvinner som deltok på behandling med fysisk aktivitet og kostholdsterapi. Analyseprosedyren bestod av fire trinn; 1. Helhetsinntrykk – ”fra villnis til temaer” 2. Meningsbærende enheter ”fra temaer til koder” 3. Kondensering – ”fra kode til mening” 4. Sammenfatning – ”fra kondensering til beskrivelser og begreper”. Herunder vil jeg presentere hvert trinn i analyseprosessen og redegjøre for hvordan jeg har arbeidet med datamaterialet.

Helhetsinntrykk – ”fra villnis til temaer”

I analyseprosessens første trinn gjorde jeg meg kjent med materialet, leste gjennom de transkriberte sidene fra de fem intervjuene og dannet meg et helhetsinntrykk.

Forforståelse og teoretisk referanseramme ble satt i midlertidig parentes (Malterud, 2013), for å være åpen til inntrykkene materialet formidlet. I denne delen av analysen gikk jeg inn med forskningsspørsmålet; hvilke forventninger hadde kvinnene til fysisk aktivitet – og kostholdsterapi som behandling av deres spiseforstyrrelse. Når alt var lest, framkom foreløpige temaer av ulike detaljer og nyanser. Temaene som utviklet seg på dette stadiet var ikke utviklet som følge av systematisk refleksjon, men var mer et intuitivt materiale. Temaene jeg noterte meg som omhandlet forventninger var; ”bli frisk”, ”skummelt”, ”symptomer”, ”kunnskap”, ”trening”, ”ernæring”, ”støtte” og ”kognitive utfordringer”.

Meningsbærende enheter – ”fra temaer til koder”

I andre trinn av analysen ble materialet som skulle studeres nærmere organisert og sortert etter hva som kunne belyse forskningsspørsmålet. På dette tidspunktet forelå det åtte temaer, relatert til kvinnenes forventninger til fysisk aktivitet og kostholdsterapi. Fulle tekstbiter som bar med seg kunnskap om temaene som utviklet seg i første trinn, ble identifisert. Disse tekstbitene kalles *meningsbærende enheter*. For eksempel kunne en meningsbærende enhet til tema om ”kognitive utfordringer” handle om forventninger en av kvinnene hadde til å slutte å tenke på kropp, eller en tekstbit som omhandlet en annen kvinnes stadige utfordring når det kom til ønsket om å være tynn. Når de meningsbærende enhetene ble identifisert, ble den resterende teksten fra de transkriberte sidene imidlertid lagt til side. Det ble erkjent at enkelte av temaene som oppstod i første analysetrinn ikke var relevante nok til å inkluderes videre i analyseprosessen, eller at noen av temaene omhandlet det samme og derfor kunne slåes sammen. Heretter skulle

de meningsbærende enhetene systematiseres, som også kan kalles *koding*. Kodearbeidet hadde til hensikt å sortere og markere de meningsbærende enhetene, slik at de ble tatt ut av sin opprinnelige sammenheng for å kunne leses i sammenheng med tekstelementer som omhandlet det samme. Kodene kunne sammenlignes med ulike merkelapper som ble plassert ved de meningsbærende enhetene, og hadde utgangspunkt i temaene fra første trinn. Det var viktig å ta stilling til felleskap og forskjeller i de ulike kodene som oppstod, og forstå at det som var utviklet hittil i prosessen ikke representerte de endelige resultatene, men var et ledd som krevde tolkning og sammenfatning til utvikling av mening. De meningsbærende enhetene var nå sortert under fire kodegrupper; ”kunnskapsforventning”, ”kompetanseforventning”, ”symptomforventning” og ”kroppspress”.

Kondensering - ”fra kode til mening”

I analysens tredje trinn forelå de meningsbærende enhetene sortert inn i fire kodegrupper, og på dette stadiet hadde informasjonen fra intervjuene blitt redusert fra 60 til 24 transkriberte sider. Neste steg var deretter å gå inn i hver enkelt kode, for å kartlegge rikt, relevant materiale som omfattet ulike nyanser og meningsaspekter. Her ble det utarbeidet to til tre *subgrupper* for hver enkelt kodegruppe. For eksempel ble kodegruppen kunnskapsforventning sortert inn i subgruppene: ”ufarliggjøring av mat” og ”mer kunnskap om trening”, og kodegruppen ”symptomforventning” ble sortert i subgruppene: ”ønsket om å bli frisk”, ”psykiske symptomer” og ”fysiske symptomer”. Subgruppene som ble utviklet var heretter analyseenheter, og dannet grunnlaget for kondensatene (kunstig sitater). Kondensater er arbeidsnotater som brukes som utgangspunkt for resultatpresentasjonen, og blir utviklet i jeg-form. Deretter ble det valgt ut ulike gullsitater som best mulig illustrerer kondensatene. Gullsitatene er sitater fra kvinnene, som har til hensikt å fargerike kondensatene.

Sammenfatning – ”fra kondensering til beskrivelser og kategorier”

I analysens fjerde trinn re-kontekstualiserte jeg datamaterialet ved å sette sammen bitene igjen. Med utgangspunkt i kondensatene og gullsitatene ble det her utformet en analytisk tekst for hver subgruppe. Her var lojalitet et viktig prinsipp, og det var viktig at resultatene gjenspeilet sammenhengen den opprinnelig ble hentet ut i fra. Kodene om ”symptomforventning” og ”kroppspress” ble i dette stadiet slått sammen, og to av subgruppene ble droppet i denne delen av prosessen, fordi det ikke bar med seg viktig

informasjon om forskningsspørsmålet. På grunn av sammenslåing av subgrupper og fjerning av materiale, endret navnene på subgruppene seg til de navnene som er presentert i resultatet. Den analytiske teksten til hver enkelt subgruppe i resultatdelen er presentert i tredjeperson-form. Her var det viktig at teksten formidlet essensen fra alle deltakernes historier, sammenfattet gjennom analyse. Gullsitater ble inkludert med hensikt å fargerike og utdype det den analytiske teksten representerte. Til slutt utarbeidet jeg kategorier for de ulike subgruppene. Analysen resulterte i tre kategorier med to subgrupper tilknyttet hver kategori.

4. Resultat

Analysen bærer med seg tre kategorier om kvinnenes forventninger til behandling med fysisk aktivitet og kostholdsterapi. Hver kategori, innebefatter to subgrupper med ulike beskrivelser og nyanser relatert til kvinner med spiseforstyrrelser sine behandlingsforventninger. Kvinnenes beskrivelser vil bli presentert i tredjeperson, og er basert på uttalelser i intervjuene, med innslag av gullsitater fra kvinnene, illustrert i førsteperson. De tre overordnede kategoriene, og deres påfølgende subgrupper er;

1. Forventning om kunnskapstilegnelse

- Forventning om å redusere frykten for mat
- Forventning om økt overskudd ved hjelp av trening

2. Forventning om symptomendring

- Forventning om reduserte fysiske og psykiske symptomer
- Forventning om redusert negativt kroppsfokus

3. Forventning om terapeutisk ekspertise

- Forventning om seriøsitet og kompetanse
- Forventning om å bli dømt, men ønske om å bli ivaretatt

4.1 *Forventning om kunnskapstilegnelse*

Det forelå en rekke forventninger knyttet til det å tilegne seg kunnskap. Flere av kvinnene så på behandlingstilbudet som en anledning til å lære seg hvordan kosthold og fysisk aktivitet kunne bidra til økt overskudd - og livskvalitet. Mange av kvinnene meldte seg på dette behandlingsstudiet fordi de i utgangspunktet hadde et svært anstrengt forhold til eget kosthold og kropp, og de hadde benyttet flere ulike dietter for å gå ned i vekt. I den anledning forelå det en forventning om at kunnskap om kosthold ville bidra til å kunne ta klokere ernæringsvalg, og at disse ernæringsvalgene kunne føre til en sunn og frisk kropp. Kvinnene hadde også forventninger om å tilegne seg kunnskap om trening, som kunne hjelpe de å få progresjon og treningslyst. Noen av kvinnene hadde tidligere benyttet treningen som en arena til å kompensere for matinntak, og hadde et treningsregime som var preget av tvang og ork. På den andre siden, var det også kvinner som ikke hadde noe erfaring med fysisk aktivitet. For begge

parter var det forventet at behandlingstilbudet kunne bidra til å implementere fysisk aktivitet som en positiv hverdagsrutine.

4.1.1 Forventning om å redusere frykten for mat

Kvinnene som deltok på intervju oppga at de hadde mye frykt for mat i forkant av behandlingen, og karbohydrater ble dratt frem som skremmende. Det ble utdelt flere historier om angsten for å bli tykk, angst for å ikke vite hva kroppen har tatt til seg, og en angst om å ikke kunne leve normalt. Tidligere hadde kvinnene tilegnet seg kunnskap om mat og trening over internett og sosiale medier, og det ble meddelt at denne kunnskapen var av varierende kvalitet. Samtlige kvinners forventninger til ernæringsterapi bar derfor preg av at de skulle tilegne seg mer pålitelig kunnskap om ernæring, og bli informert om hva som var sunt, hva som var ufarlig og hva som var vanlig. Noen turte å forvente at deres anstrengte forhold til mat skulle ta slutt, men de som hadde år bak seg med *sin faste følgesvenn* (spiseforstyrrelsen), turte ikke forvente såpass. Flere av kvinnene forventet å få veiledning på sitt eget kosthold, og det ble også meddelt forventningen om å kvitte seg med tankene om at mat skader kroppen. Den mest fremtredende forventningen var at veiledning på kosthold og trening skulle gi nok forståelse til å ta klokere ernæringsvalg, oppnå en bedre livsstil og hente seg raskere inn ved eventuelle, fremtidige tilbakefall. Det ble også omtalt forventningen om å tørre å øke energiinntaket, og et ønske om at en slik endring kunne føre til økt overskudd – og livskvalitet. En av kvinnene illustrerte dette på følgende måte;

”Jeg håper at jeg kan spise normal mat i et middagsselskap, eller i et annet sosialt samvær, uten å våkne dagen etter å føle meg tjukk. (...) Jeg hadde lyst til å lære meg å spise vanlig, for det måtte jeg lære meg igjen, for jeg husket ikke sånn.. Jeg husket ikke når jeg startet her hvordan det var å spise et normalt kosthold. Altså, jeg hadde ikke spist en brødkive på tre år!”

4.1.2 Forventning om økt overskudd ved hjelp av trening

Trening var i forkant av behandling sett på som et ork, tvang, lite lystbetont og noe kvinnene måtte gjøre for å kompensere for matinntak og etterstrebe tynnhetsidealet. Enkelte av kvinnene var derfor svært skeptiske til fysisk aktivitet, men de fleste gledet seg til å få økt forståelse av trening. Det ble meddelt forventningen om at treningslære i kombinasjon med kostholdslære fra terapeuter og personlige trenere som kan det de

holder på med, skulle bidra til at kvinnene skulle føle seg bedre og gi struktur og rutine i hverdagen. Noen av kvinnene hadde en frykt for å bli store av styrketreningen, og noen grudde seg til å bli slitne av løpetreningen, og det forelå også en redsel for å gjøre styrkeøvelser feil. I den anledning ble det også forventet å tilegne seg kunnskap om riktig teknikk og utførelse av treningsøvelsene, slik at kvinnene kunne bli trygge alene på treningssenter. Ny kunnskap om trening skulle også bidra til et nytt treningsfokus, og bli en arena hvor man kunne skaffe overskudd og energi. Dans, var en av aktivitetene kvinnene skulle gjennom i løpet av behandling, og spesielt denne aktiviteten ble sett på som en *ut-av-komfortsonen-aktivitet*. Flere av kvinnene gruet seg til å måtte stå foran speilet i en hel time, og ville heller vært foruten. Foruten om dans, var kvinnene svært positive til de andre treningsaktivitetene de gjennomførte i behandlingen, som eksempelvis bootcamp, boksing og slyngetrening. En av kvinnene fortalte om sitt tidligere forhold til fysisk aktivitet, og sine forventninger til behandlingen, på følgende vis;

”Jeg hadde overdreven trening hvor jeg kunne stå opp kl. 8 på morgenen og gå rundt et vann i tolv timer. Så dro jeg hjem, overspiste og kastet opp hele natten, så var det opp igjen dagen etter med samme mønster (...) Jeg har hatt helt feil fokus når det gjelder trening. Jeg har feilet fordi jeg har hatt ønsket om å bli tynn. Ofte når jeg har trent tidligere, så har jeg ikke spist, og da blir man sliten, man får ikke noe energi, man får ingenting. Man gir opp! (...) Jeg håpet på at riktig trening og riktig kosthold kunne hjelpe meg med å ta klokere valg.”

4.2 Forventning om symptomendring

Kvinnene som søkte behandling med fysisk aktivitet og kostholdsterapi, kunne meddele at de hadde et ønske om å bli frisk, og at de forventet at behandling med fysisk aktivitet og kostholdsterapi skulle være et springbrett eller vei til å oppnå dette. Noen forventet at de skulle klare å slutte med overspisings – og oppkastepisoder, og noen ønsket at dette skulle bli betydelig redusert. Et fellestrekk ved kvinnene var ønsket om å være tynn, og dette tok overhånd i deres liv. Forbedret selvbilde og selvtilit var også forventet hos flere av kvinnene, og at dette skulle føre til trivsel i egen kropp.

4.2.1 Forventning om å redusere fysiske og psykiske symptomer

Alle kvinnene hadde en forventning om at behandling med fysisk aktivitet og kostholdsterapi skulle bidra til å få en endring i sin spiseforstyrrelse, og for mange forelå det et ønske om å bli frisk. For enkelte av kvinnene var dette relatert til forandring av symptomene til spiseforstyrrelsen, som for eksempel oppkasthyppighet og overspisingsmønster, og for andre var forventningene mer knyttet til det følelsesmessige og den konstante tanken på kropp, mat og skam. Noen av kvinnene fortalte at de så på denne behandlingen som deres siste sjanse, og at de skulle gå inn i behandlingen med ”hud og hår”, selv om det var nytt og at de var skeptiske. De forventet at fysisk aktivitet og kostholdslære kunne benyttes som ”verktøy” i hverdagen til å forhindre overspising – og oppkastepisoder, få de til å ha det bedre med seg selv, samt få mer forståelse til å kunne ta klokere valg i hverdagen. Noen av kvinnene hadde en forventning om å få tilbake menstruasjon og komme seg på rett kjøll, men for enkelte var det ikke forventet å bli helt frisk. En av kvinnenes forventninger til redusert symptomtrykk, var som følger;

” Jeg forventet at dette skulle hjelpe meg å komme på rett kjøll, for jeg visste at det jeg holdt på med var galt (...) jeg forventet kanskje ikke at jeg skulle bli helt frisk, men jeg ønsket at jeg skulle bli mye bedre (...) Jeg kastet jo opp daglig i forkant av opplegget her, og jeg tror jeg trengte en push eller en påminnelse på at jeg ikke kan leve sånn ”

4.2.2 Forventning om redusert negativt kroppsfokus

Kroppsfokus hadde vært et problem for kvinnene, og flere hadde benyttet drastiske metoder for å oppnå sitt tynnhetsideal. Kvinnene hadde tilegnet seg ekstreme dietter og treningsregimer via instagram, internett og media, som førte til strenge livsstiler og mangel på overskudd. Ved inngangen til behandlingsstudiet forelå det en forventning om å knuse alle myter med kunnskap, og det forelå en forventning om å ikke sammenligne seg selv med andre hele tiden. Alle kvinnene forventet at dette behandlingsstudiet skulle hjelpe til med å gå dager uten å la mat, kropp og trening gå ut over all annen tekning, slik det hadde vært tidligere. Det uforholdsmessige ønsket om å være *altfor tynn*, skulle fjernes gjennom behandlingsforløpet, og kvinnene ønsket å bli fornøyd med å leve i den kroppen de hadde. Det var også et flertall som påpekte at behandlingen skulle hjelpe med å oppnå en sunn og sterk kropp, med sunne rutiner og kroppslig overskudd.

”Jeg har ikke antallet på hvor mange ”spaced out” artikler jeg har lest om det ene og det andre type kostholdet, og ikke spis før da, ikke spise etter da, det er jo så mye regler. Jeg merker jeg blir lett provosert over media generelt, hvor man skaper et vrangbilde av en sunn kropp (...) jeg ønsker jo å være tynn, men jeg ønsker også å bli frisk, og jeg var redd for at jeg ikke kunne være begge deler. (...) I en ideell verden, så hadde jeg vært mye tynnere, men det er ikke verdt den prisen jeg må betale for det. Men jeg synes det er vanskelig å gå rundt med den kroppen jeg har nå”.

4.3 Forventning om terapeutisk ekspertise

Ved inngangen av behandlingen forventet kvinnene å møte eksperthjelp og høy kompetanse. Behandlingen ble sett på som veldig seriøst, og det ble oppfattet som positivt at enkelte av terapeutene var offentlige personer som kvinnene kjente igjen gjennom media. På tross av forventningene om ekspertise, forelå det også en del frykt og redsel for å bli sett ned på av terapeutene, andre deltakere eller andre mennesker som var til stede under behandlingstidene.

4.3.1 Forventning om seriøsitet og kompetanse

Behandlingsterapeutene og behandlingens lokalisering var sentralt for flere av kvinnene. De ble oppmerksomme på studien via sosiale medier, magasiner og bekjente, og flere av kvinnene kjente til de som stod bak behandlingen, og Norges idrettshøgskole. Forventningene var derfor knyttet til å motta tilstrekkelig terapeutisk kompetanse, og de så på behandlingsstudiet som veldig seriøst. Det var forventninger om å møte mennesker som var gode på faget sitt, som kunne forklare hvorfor ting var som det var, og som kunne gi svaret på hva som kunne hjelpe deres situasjon. En kvinne forklarte det slik;

”Jeg har hatt veldig stor tro på å få kostholdsveiledning og trening fra dere som kan det. (...) Dere som kan dette, sier at vi skal få mer energi, mer positivitet, og at vi vil merke det på alt. Både fysisk og psykisk, og det har jeg jo aldri opplevd før. Derfor har jeg veldig stor tro på det her.”

4.3.2 Forventning om å bli dømt, men ønske om å bli ivaretatt

Det at prosjektet var lokalisert på en av Norges mest kjente idrettsinstitusjoner, førte også med seg en frykt for å (sitat); ”bli sett på som en idiot på trening”, ”møte på folk som visste hvorfor vi var der”, og ”trene ved siden av toppidrettsutøvere”. Kvinnene fortalte at det var et stort steg å søke behandling, og det var flere som for første gang innrømmet ovenfor seg selv eller andre at de hadde et problem med mat, kropp og selvfølelse. Forventningene til behandlingsstudiet, særdeles første fremmøte, var preget av redsel, frykt og angst, og noen av kvinnene som så på det som høyst ydmykende å skulle møte noen som visste hva slags problemer de hadde;

”Det er litt skummelt, og jeg tenker veldig mye på hva de andre i treningssalen vet om hvorfor vi er der. Jeg er jo i et veldig konkurransepreget miljø, både med venner og studiet, og hvis folk hadde visst hvordan jeg har hatt det hjemme i min egen leilighet så hadde jeg ikke turt å møte opp i noen som helst setting. Hvis folk hadde visst det, så hadde jeg flyttet fra Norge, jeg opplever det faktisk så sterkt!”

Det forelå en redsel for å bli dømt av andre de møtte i regi av behandlingen, og noen synes det var skummelt å skulle møte andre deltakere. Noen av kvinnene hadde motsatte tanker angående det å møte kvinner i samme situasjon, og så på dette som en positiv faktor. Når det gjelder selve behandlingsopplegget, hadde enkelte av kvinnene frykt og forventninger knyttet til det å bli pushet til å spise masse mat, og noen av kvinnene var redde for å bli pushet av personlige trenere under timene med fysisk aktivitet. Denne frykten var, for de fleste, kombinert med en positiv motivasjon for å gjennomføre behandlingen og føre til en forbedring av egen tilstand. Det var et ønske om å møte støtte fra personalet, vel som å møte støtte og forståelse fra andre deltakere;

”Først syntes jeg det var veldig skummelt å tenke på at alle visste hvordan jeg har det og hva jeg sliter med (...) Men den skammen av å spise i fire dager, hvor du ikke gjør noe annet en å spise, kaste opp og spise, kaste opp det og da få et blikk fra noen i samme situasjon, som bare vet hvor jævlig det er – det betyr alt!”

5. Diskusjon

Diskusjonen starter med en helhetlig forståelse av funnene, og vil videre diskutere funn, nyanser og implikasjoner ved hver enkelt kategori fra resultatene, presentert med følgende overskrifter; *forventning om kunnskapstilegnelse*, *forventning om symptomendring* og *forventning om terapeutisk ekspertise*. Avslutningsvis oppsummeres implikasjonene, og det gjøres rede for metodiske overveielser.

5.1 Helhetlig forståelse av resultatene

Funnene som fremkom i denne studien, viser et mangfold av forventninger til kosthold- og treningsrelatert behandling for kvinner med spiseforstyrrelser. Kvinnenes forventninger er blant annet knyttet til det å tilegne seg kunnskap om mat og trening, forstå bedre hvordan kosthold og trening henger sammen med livskvalitet og overskudd, og å oppnå en sunn og sterk kropp. Forventningene om å få mer kunnskap innebærer blant annet å spise sunnere, få opp treningsaktiviteten, og å implementere trening som en daglig rutine. Resultatene fra denne studien viser også at det foreligger en forventning om at kunnskapstilegnelsen gjennom behandlingen, skal være pålitelig kunnskap fra eksperter på kosthold og fysisk aktivitet, som vil føre til økt overskudd, forbedret livskvalitet og en hjelp til å unngå tilbakefall av spiseforstyrrelsen

Å endre på den enkeltes spiseforstyrrelse, da tilknyttet de fysiske og psykiske symptomene som følger med bulimi og overspisingsslidelse, er også av de mest fremtredende forventningene i denne studien. Kvinnene relaterer de fysiske symptomene til det å redusere overspising- og oppkasthyppighet, mens de psykiske symptomene er relatert til å forbedre selvtillit og kroppsbildet. Det selvbeskrevne, ekstreme tynnhetsidealet foreligger hos flere av kvinnene i forkant av behandling, er også forventet å bli byttet ut med å bli komfortabel i egen kropp, ved deltakelse i behandling med fysisk aktivitet og kostholdsterapi.

Resultatene viser at kvinnene hadde forventninger til ekspertise, seriøsitet og kompetente terapeuter. Å møte andre personer og deltakere i regi av behandlingen, som er klar over kvinnenes situasjon, er derimot forbundet med redsel for å mistrives og ikke bli respektert.

5.1.1 Forventning om kunnskapstilegnelse

Et sentralt funn er kvinnenes forventninger til å kunne tilegne seg kunnskap om mat og trening. Kunnskapstilegning er sett på av kvinnene som et viktig redskap i tilfriskningsprosessen, og det er forventet at økt kunnskap skal kunne føre til en forståelse av at mat ikke skader kroppen. Resultatene viser at det ble forventet å bytte ut ekstreme treningsregimer, dietter og kroppsidealer med pålitelige opplysninger relatert til mat og trening og oppnå økt forståelse for hva som er normalt å spise, gjennom behandling med fysisk aktivitet og kostholdsterapi. Hvis kunnskapstilegnelse har en innvirkning på atferd, vil det fra et forebyggende og behandlende perspektiv, være av betydningen å tilby kunnskapsbasert informasjon om ernæring og trening til kvinner med og uten spiseforstyrrelser. Mulig kan kunnskapsbasert informasjon være med å redusere media og internett sin negative innflytelse på kvinners utfordringer relatert til mat og kropp.

I dagens samfunn er fysisk aktivitet assosiert med en rekke helsegevinster. Kanskje er det med bakgrunn i dette at det foreligger forventninger om økt treningsmotivasjon og energioverskudd ved oppstart av behandling med fysisk aktivitet og kostholdsterapi. Fysisk aktivitet har i flere år vært implementert som et behandlingsalternativ for ulike psykiske lidelser, som blant annet angst og depresjon, og synes å bidra til økt livskvalitet (Craft & Perna, 2004; Vancampfort et al., 2013). Angst og depresjon er to diagnoser som ofte kan forekomme hos personer med spiseforstyrrelser (Fairburn & Brownell, 2002). På bakgrunn av kjente helsegevinster knyttet til fysisk aktivitet (Craft & Perna, 2004; Sundgot-Borgen et al., 2002; Vancampfort et al., 2013), og kvinnenes forventninger til å tilegne seg energioverskudd gjennom fysisk aktivitet, er det rimelig å anta at fysisk aktivitet kan være fordelaktig ved behandling av spiseforstyrrelser.

Dans, et av aktivitetselementene i kvinnenes behandling, er assosiert med skepsis og negative forventninger, og oppleves vanskelig og utfordrende. Utfordringene er spesielt grunnet speilet kvinnene må stå foran over lengre tid. Selv om det i denne studien er funnet skepsis til danseaktivitet, har vi i flere tiår kunnet finne Dans - og Bevegelsesterapi (DMT) som et behandlingsalternativ for spiseforstyrrelser (Riboh, 2009), og det har vist positive behandlingseffekter for kroppsbilde, selvaksept, depresjon og overspisingslidelse (Koch, Kunz, Lykou, & Cruz, 2013). Behandlingsalternativet DMT baseres på at pasienter med BN, som har et anstrengt

selvbilde og lav selvtilit knyttet til egen kropp, skal kunne få mulighet til følelsesutslipp og selvaksept via bevegelse (Stark, Aronow, & McGeehan, 1989). Andre studier underbygger våre funn om de skeptiske forventningene til aktivitet foran speil for personer med spiseforstyrrelser, og det har blitt funnet større negative følelsesmessige – og kognitive reaksjoner ved speilaktivitet hos personer med spiseforstyrrelser i forhold til personer uten spiseforstyrrelser (Vocks, Legenbauer, Wachter, Wucherer, & Kosfelder, 2007). Det kritiske spørsmålet knyttet til kvinnes skepsis og negative forventninger til speilaktivitet, er hvorvidt dette bør vurderes å inkluderes når kvinner skal behandles for spiseforstyrrelser.

5.1.2 Forventning om symptomendring

Personer med spiseforstyrrelser er kjent blant klinikere og forskere for å ha varierende motivasjon til behandling, og det kan være en utfordring i tilfriskningsprosessen at enkelte ønsker å beholde spiseforstyrrelsessymptomer (Vansteenkiste, Soenens, & Vandereycken, 2005; Vitousek, Watson, & Wilson, 1998). Funn knyttet til studien som presenteres her, viser derimot at symptomendring er forventet blant kvinnene i forkant av behandling. Blant annet forventer kvinnene redusert overspising – og oppkasthyppighet, og de ønsker også å få en endring i kognitive utfordringer knyttet til mat og kropp. Dette kan sammenlignes med *mestringstro*, et uttrykk som symboliserer en optimisme over å skulle klare en arbeidsoppgave. Bandura (1977), fremholdt at mennesker kan kontrollere egne utføring av bestemte oppgaver, og at mestringstro øker sannsynligheten for atferdsendring. Mulig vil det være av betydning å motivere og støtte oppunder pasienters forventninger til behandling, slik at man kan oppnå en større mestringstro.

Resultatene impliserer at kvinnene forventet symptomreduksjon. Det samme er rapportert i en studie på jevngamle kvinner med AN diagnose, som søkte behandling for sin spiseforstyrrelse; *kvinner med AN forventer å motta adekvat behandling i en terapeutisk allianse preget av samarbeid, samt det å bli frisk* (Paulson-Karlsson & Nevonen, 2012). Paulson-Karlsson & Nevonen (2012), diskuterer hvorvidt det var av betydning at deres utvalg selv tok kontakt for å komme i behandling, og at dette forsterker ønsket, motivasjonen og forventningen om å bli frisk. Dette er også relevant for studien som presenteres her, hvor alle selv hadde tatt kontakt for å delta i FAKT. Dette kan være en indikasjon på at de er motiverte for en forandring. Et annet viktig

moment knyttet til motivasjon, er at behandlingsstudiet FAKT er kostnadsfritt, noe som igjen gir de unge kvinnene en mulighet for å motta behandling uten økonomiske konsekvenser.

Kvinnene som deltok i behandling med fysisk aktivitet og kostholdsterapi, hadde over lenger tid i forkant av behandling, hadde etterstrebet et uforholdsmessig tynnhetsideal, og kostholdet hadde vært preget av dietter og restriksjoner. I den anledning foreligger det forventninger knyttet til å bli mer komfortabel i egen kropp, og oppnå større selvaksept.

5.1.3 Forventning om terapeutisk ekspertise

Kvinnene har forventninger om å møte personer med god fagkunnskap som vet hva de holder på med. På den annen side er mange skeptiske i førstegangsmøtet med terapeutene og de andre deltakerne i behandlingen, og flere er redde for å bli dømt og sett ned på. Tidligere studier kan understreke betydningen av et behandlingsmiljø som er trygt, støttende og som er preget av gjensidig respekt mellom klient og terapeut (Gulliksen et al., 2012). Relasjonen mellom klient og terapeut, også kalt den terapeutiske alliansen, har blitt nøye studert innenfor behandling av psykiske lidelser, og det er flere studier som underbygger viktigheten av dette forholdet i behandling av spiseforstyrrelser (Accurso et al., 2015; Gulliksen, Nordbo, Espeset, Skarderud, & Holte, 2015; Paulson-Karlsson & Nevoenen, 2012; Pettersen & Rosenvinge, 2002). Bordin (1979), definerte begrepet terapeutisk allianse som a) enighet om målene for behandling, b) enighet om oppgavene relatert til behandling, samt c) et gjensidig respektfullt, positivt forhold.

Kvinnene har positive forventninger til behandling på Norges idrettshøgskole, hos velrennomerte terapeuter med ekspertise og kompetanse. Det bør diskuteres hvorvidt behandlingen ville ført til lavere mestringsstro og svakere terapeutisk allianse ved en ukjent lokalisering og med ukjente terapeuter.

5.2 Metodediskusjon

Vitenskapelig kunnskap skal være et resultat av systematisk, kritisk refleksjon. Malterud (2013) opererer med tre ulike begrep for å kvalitetssikre at forskningsprosessen er blitt gjort på en pålitelig måte; refleksivitet, relevans og validitet.

5.2.1 Refleksivitet

Det er vesentlig å overveie betydningen av mitt ståsted i forskningsprosessen, og refleksjoner rundt hvorvidt jeg har hatt et åpent sinn og nok kritiske refleksjoner til å utfordre forutinntatte antagelser om det gjeldene tema. Med fem års bakgrunn ved fysisk aktivitet – og helserelevante studier på et av Norges mest kjente idrettsinstitusjoner, har jeg opparbeidet meg tyngdekunnskap om fysisk aktivitet og ernæring som helsefremmende behandlingsformer, og god kjennskap til spiseforstyrrelser som tema. Jeg har tidligere ingen erfaring med behandling av bulimi og overspisingslidelse, men har arbeidet med pasienter med overvekt, og har forståelse rundt sensitiviteten til utfordringer relatert til kropp, mat og trening. Malterud (2013) ser på kjennskap til tema som er fordel og ulempe, og forklarer at nærhet til stoffet kan vanskeliggjøre kritisk refleksjon, men at det også kan bidra til innsikt og forståelse for viktige forhold. Mitt interessefelt, arbeidserfaring og faglige ståsted har til dels hatt innflytelse på studiens forskningsspørsmål, intervjuguide, forståelse og fortolkning. Dette kan imidlertid være et godt utgangspunkt for å bidra til andre perspektiver på utvalgets forventninger, da en annen person med et annet perspektiv mulig ville forstått datamaterialet annerledes. Trinnvis systematisk tekstkondensering har bidratt til objektivitet, kritiske vurderinger og etterstrebelser av validitet under analysearbeidet og resultatutviklingen.

Min rolle som idrettsterapeut i kvinnenens behandlingsperiode, kan ha bidratt positivt i den forstand at kvinnene hadde økt tillit og kjennskap til meg som intervjuer, og negativt i den forstand at dette kan ha hatt innflytelse på deres tilbakemeldinger til stilte spørsmål. I tillegg kan min rolle i kvinnenens behandling ha hatt innflytelse på meg under intervjuene, da jeg hadde kjennskap til kvinnenens utfordringer, behandlingssituasjon og bakgrunn i forkant av intervjusituasjonen. En person uten denne relasjonen kunne ha valgt å formulere seg annerledes i intervjuet, samt valgt andre oppfølgingsspørsmål og fokusområder som kan ha hatt innvirkning på datainnsamlingen.

5.2.2 Relevans

Relevans knyttes opp mot forskningens pålitelighet, og om studien kan tilføre noe nytt til hva vi vet fra før (Malterud, 2013). Resultatene som fremkom i denne studien kan bidra til økt forståelse og kunnskap rundt hvilke forventninger som ligger til grunn i forkant av behandling med fysisk aktivitet og kostholdsterapi for kvinner med spiseforstyrrelser. Innsyn i slik informasjon kan bidra til kvalitetssikring av behandling og økt forståelse hos terapeuter som anvender denne type behandlingsform og det kan i tillegg bidra til terapeutenes etterstrebeelse av forventningsinnfrielse, da forskning viser at innfridde forventninger kan heve brukertilfredshet med behandling (Williams et al., 1995). Begrepet relevans er også knyttet til overførbarhet, som vil påpeke i hvilken grad studiet kan overføres til andre settinger eller grupper. I første omgang kan resultatene overføres til lignende utvalg med lignende behandlingsform. Det er også sannsynlig at resultatene kan overføres til andre behandlingsformer for kvinner med spiseforstyrrelser, som for eksempel yoga, enkeltstående ernæringsveiledning og enkeltstående personlig trening. Malterud (2013), beskriver også at studiens relevans kan forsvares med å dokumentere forskningsstrategi og analysemetoder, og utarbeide en problemstilling som fører til ny kunnskapsutvikling. Jeg etterstrebet til en hver tid å dokumentere hvordan resultatene kom til syne gjennom metode og analyse (3.0). Studien bringer med seg ny og viktig kunnskapsutvikling, da det tidligere ikke har blitt studert behandlingsforventninger til fysisk aktivitet og kostholdsterapi for kvinner med spiseforstyrrelser.

5.2.3 Validitet

Å validere er å stille spørsmål til kunnskapens gyldighet (Malterud, 2013), og dette innebærer også å kritisk reflektere over hva og hvem studiens resultater kan sies å være sant om, og innenfor hvilken rekkevidde. I metodekapittelet skal leseren kunne følge prosessen fra innsamling av data til presentasjon av resultater for å vise til studiens validitet.

Denne studien har et avgrenset forskningsspørsmål og forholdsvis lite utvalg. Resultatene kunne vært annerledes med fem andre kvinner som hadde gjennomgått det samme behandlingsforløpet. På tross av dette, har et noe mindre utvalg sine fordeler i at mer datamateriale kan inkluderes for hver deltaker. Et lite utvalg behøver ikke å være en ulempe i kvalitativ forskning, da det er viktig å fremheve ulike perspektiver og nyanser

ved forskningsspørsmålet. Utvalgets aldersvariasjon og etnisitet har ikke blitt tatt hensyn til i analysen, på tross av at utvalgets sammensetning kan ha betydning for resultatene.

Det må trekkes frem som en begrensning at *forventninger*, som i utgangspunktet er en prospektiv faktor, ble forsket på retrospektivt. Dette var midlertid nødvendig i forhold til oppgavens begrensede tidsrom. Malterud (2013), forklarer det empiriske materiale i kvalitative studier som historier, basert på erfaringer og opplevelser. Et argument mot å gjøre en kvalitativ studie retrospektivt, er at intervjudeltakere kan glemme hendelser, følelser og oppfatninger som kan ha hatt betydning for resultatene. På en annen side, kan retrospektive intervjuer ha fordeler i at informantene har mulighet til å reflektere rundt det de har vært gjennom, og det kan bidra til en fordelaktig terapeutisk effekt. Som forsker blir man også en deltaker i utvikling av fortellingen, og i produksjonen av empiri, og dette stiller høye krav til refleksivitet og validitet (Malterud, 2013). Jeg etterstrebet til en hver tid å gjenfortelle kvinnenens historier, slik at de bar med seg lik informasjon som de opprinnelige uttalelsene.

5.2.4 Andre etiske overveielser

I tillegg til refleksivitet, relevans og validitet, var det også viktig å ha respekt for kvinnenens grenser, og ikke utsette deltakerne for nærgående og personlige spørsmål. Et tiltak for å forsøke å forhindre at kvinnene angret på det de delte i intervjusituasjonen var å skape tillit og forståelse (Thagaard, 2013). Det var viktig å klargjøre for kvinnene i forkant av intervjuet at de kunne stoppe opptaket eller slette materialet hvis de ønsket dette. Et annet viktig moment var å ikke stille ledende spørsmål, som kunne påvirke kvinnenens uttalelser (Malterud, 2013).

Anonymiseringen ble ivaretatt under transkribering, analyse og resultatutvikling, og lydopptak ble bevart på låst PC og slettet i etterkant av prosjektet. Under analyseprosessen var det viktig å bevare kvinnenens utsagn og meninger, og ikke fordreie opplysningene når deler ble løsrevet fra det opprinnelige materialet (Thagaard, 2013). Bevaringen av kvinnenens utsagn og meninger ble besørget under utviklingen av resultatene, hvor beskrivelser og begreper ble sammenlignet opp mot råmaterialet og helheten i de transkriberte intervjuene (Malterud, 2013).

6. Oppsummering og implikasjoner

Denne studien belyser kvinner med spiseforstyrrelser sine forventninger til behandling med fysisk aktivitet og kostholdsterapi. Studien inkluderer informasjon fra to kvinner med diagnosen overspisingslidelse (BED) og tre kvinner med diagnosen bulimia nervosa (BN). Kvinnene har deltatt i en behandlingsstudie, og formålet med denne studien er å kartlegge hvilke forventninger som foreligger ved behandlingsstart. For å få innsyn i kvinnes forventninger til behandling, ble det benyttet semistrukturerte dybdeintervjuer til innsamling av datamateriale, og systematisk tekstkondensering til å analysere intervjuene.

Resultatene viser et mangfold av behandlingsforventninger hos kvinner med BN og BED. Blant annet forventes det å utveksle et selvbeskrevet, uforholdsmessig tynnhetsideal, og strenge diett – og treningsregimer, med pålitelig kunnskap om mat og trening fra kompetente terapeuter. Tilegnelse av kunnskap, er belyst av kvinnene som et nødvendig redskap til å hente seg raskere inn ved eventuelle, fremtidig tilbakefall i spiseforstyrrelsen. I tillegg er kunnskapstilegnelse forventet å være en ressurs og bidragsyter til en sunnere livsstil og helse for kvinnene.

Kvinnens forventning om symptomendring kan jmføres med Albert Banduras begrep i *mestringstro*, et begrep som forklarer hvordan mennesket er i stand til å influere egne utføring av bestemte oppgaver. Den store mestringstroen hos kvinnene kan også ha sammenheng i at de selv tok kontakt for å delta i behandlingen, og at dette antyder at de var klare for en endring i sitt sykdomsbilde. I den anledning reises det også spørsmål til betydningen av økonomiske barrierer for å søke behandling for kvinner med spiseforstyrrelser, da dette behandlingstilbudet var kostnadsfritt. Utover kunnskapstilegnelse og symptomendring, foreligger forventninger om å motta hjelp fra kompetente terapeuter. Dette kan relateres til et kjent begrep innenfor behandling av ulike psykiske lidelser; terapeutisk allianse. Terapeutisk allianse karakteriseres ved et forhold mellom klient og terapeut som består av gjensidig respekt, terapeutisk ekspertise, tillitt og ivaretagelse. De to sistnevnte punktene, tillitt og ivaretagelse, er to viktige faktorer når det gjelder funn i dette studiet. Funn i studien kunne vise til skeptiske forventninger til behandlingens førstegangsmøte, noe som bringer frem viktigheten av å skape gode og trygge relasjoner mellom terapeut og klient ved første

anledning. Det er blitt satt kritisk spørsmål til om danseaktivitet foran speil bør inkluderes i behandlingsalternativet fysisk aktivitet og kostholdsterapi, da det fremkom skepsis og negative forventninger tilknyttet dette i studiens resultater.

6.1 Videre forskning

Da denne undersøkelsen studerer et helt nytt tema; *Forventninger til behandlingsalternativet fysisk aktivitet og kostholdsterapi, hos kvinner med spiseforstyrrelser*, bærer studien med seg nyttig forskningsbidrag og informasjon. Det vil være hensiktsmessig å gjennomføre lignende studier på andre behandlingsalternativer, for å få innsyn i den generelle motivasjonen til behandling, hos kvinner med spiseforstyrrelser. I tillegg kan det være av betydning at lignende fremtidige studier utforsker behandlingsforventninger prospektivt, da dette vil gi terapeuter større mulighet for å etterstrebe forventningsinnfrielse.

Parallelt med denne studien, ble det utført en erfaringsstudie på et utvalg kvinner som hadde gjennomgått samme behandling. Det ville vært interessant å studere hvorvidt kvinnenenes erfaringer med fysisk aktivitet og kostholdsterapi, gjenspeiler de identifiserte forventningene til behandling, da det er vist at forventningsinnfrielse kan føre til økt brukertilfredshet. Denne studien har også gitt innsyn i viktigheten av å opprette nye behandlingstilbud for personer med spiseforstyrrelser. Det nye, og utprøvende behandlingsstudiet FAKT (Mathisen, 2014) forventes å publisere sine forskningsresultater i 2016, og det vil være interessant å se behandlingseffekten av fysisk aktivitet og kostholdsterapi.

6.2 Konklusjon

Kvinner med spiseforstyrrelser som søkte behandling med fysisk aktivitet og kostholdsterapi forventet behandling med mulighet for å få kunnskap om ernæring og fysisk aktivitet, og symptomreduksjon i et behandlingsmiljø med kompetente terapeuter. Forventningen om kunnskapstilegnelse var relatert til å få økt forståelse av kosthold og trening som kunne bidra til økt livskvalitet. Symptomreduksjon omhandlet fysisk symptomreduksjon knyttet til overspising – og oppkasthyppighet, og psykisk symptomreduksjon knyttet til kroppsmisnøye og etterstrevelse av tynnheitsideal. På bakgrunnen av terapeutenes og behandlingsinstitusjonens omdømme, eksisterte det også en forventning om terapeutisk ekspertise.

Referanser

- Abraham, S., Llevellyn-Jones, D. (2001). *Eating Disorders: The Facts*. New York: Oxford University Press.
- Accurso, E. C., Fitzsimmons-Craft, E. E., Ciao, A., Cao, L., Crosby, R. D., Smith, T. L., . . . Peterson, C. B. (2015). Therapeutic Alliance in a Randomized Clinical Trial for Bulimia Nervosa. *J Consult Clin Psychol*. doi: 10.1037/ccp0000021
- Agras, W. S., Walsh, T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 57(5), 459-466.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5 ed.). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2), 191-215.
- Barbosa, C. D., Balp, M. M., Kulich, K., Germain, N., & Rofail, D. (2012). A literature review to explore the link between treatment satisfaction and adherence, compliance, and persistence. *Patient Prefer Adherence*, 6, 39-48. doi: 10.2147/PPA.S24752
- Beals, K. A. (2004). *Disordered eating among athletes: a comprehensive guide for health professionals*: Human Kinetics.
- Benowitz-Fredericks, C. A., Garcia, K., Massey, M., Vasagar, B., & Borzekowski, D. L. (2012). Body image, eating disorders, and the relationship to adolescent media use. *Pediatr Clin North Am*, 59(3), 693-704, ix. doi: 10.1016/j.pcl.2012.03.017
- Beumont, P. J., Russell, J. D., Touyz, S. W., Buckley, C., Lowinger, K., Talbot, P., & Johnson, G. F. (1997). Intensive nutritional counselling in bulimia nervosa: a role for supplementation with fluoxetine? *Aust N Z J Psychiatry*, 31(4), 514-524.
- Bjork, T., & Ahlstrom, G. (2008). The patient's perception of having recovered from an eating disorder. *Health Care Women Int*, 29(8), 926-944. doi: 10.1080/07399330802269543
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.

- Bowling, A., Rowe, G., Lambert, N., Waddington, M., Mahtani, K. R., Kenten, C., . . . Francis, S. A. (2012). The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. *Health Technol Assess*, *16*(30), i-xii, 1-509. doi: 10.3310/hta16300
- Bratland-Sanda, S. (2010). *Physical activity in female inpatients with longstanding eating disorders*. Oslo: Doktorgradsavhandling ved Norges Idrettshøgskole.
- Bratland-Sanda, S. (2012). *FRI! Fysisk aktivitet i behandling av spiseforstyrrelser*. Norway: ROS: Rådgivning om spiseforstyrrelser.
- Broussard, B. B. (2005). Women's experiences of bulimia nervosa. *J Adv Nurs*, *49*(1), 43-50. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03262.x
- Carei, T. R., Fyfe-Johnson, A. L., Breuner, C. C., & Brown, M. A. (2010). Randomized controlled clinical trial of yoga in the treatment of eating disorders. *J Adolesc Health*, *46*(4), 346-351. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.08.007
- Choo, J., & Kang, H. (2015). Predictors of initial weight loss among women with abdominal obesity: a path model using self-efficacy and health-promoting behaviour. *J Adv Nurs*, *71*(5), 1087-1097. doi: 10.1111/jan.12604
- Clinton, D. (2001). Expectations and experiences of treatment in eating disorders. *Eat Disord*, *9*(4), 361-371. doi: 10.1080/106402601753454921
- Clinton, D., Bjorck, C., Sohlberg, S., & Norring, C. (2004). Patient satisfaction with treatment in eating disorders: Cause for complacency or concern? *European Eating Disorders Review*, *12*(4), 240-246. doi: Doi 10.1002/Erv.582
- Craft, L. L., & Perna, F. M. (2004). The Benefits of Exercise for the Clinically Depressed. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, *6*(3), 104-111.
- Cunningham, E. (2009). How can I help a patient who is an emotional eater? *J Am Diet Assoc*, *109*(6), 1124. doi: 10.1016/j.jada.2009.04.036
- Curtis, C., & Davis, C. (2014). A qualitative study of binge eating and obesity from an addiction perspective. *Eat Disord*, *22*(1), 19-32. doi: 10.1080/10640266.2014.857515
- De la Rie, S., Noordenbos, G., Donker, M., & van Furth, E. (2006). Evaluating the treatment of eating disorders from the patient's perspective. *Int J Eat Disord*, *39*(8), 667-676. doi: 10.1002/eat.20317
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. Spring Street, New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Brownell, K. D. (2002). *Eating Disorders and Obesity - A Comprehensive Handbook* (second ed.). New York: The Guilford Press.

- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., . . . Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatry*, *166*(3), 311-319. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08040608
- Fossati, M., Amati, F., Painot, D., Reiner, M., Haenni, C., & Golay, A. (2004). Cognitive-behavioral therapy with simultaneous nutritional and physical activity education in obese patients with binge eating disorder. *Eat Weight Disord*, *9*(2), 134-138.
- Gilbert, S. (2000). *Counselling for Eating Disorders*. 6 Bonhill street, London: Sage Publications.
- Giordano, S. (2010). *Exercise and Eating Disorders*. Madison Avenue, New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- 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. *Int J Eat Disord*, *45*(8), 932-941. doi: 10.1002/eat.22033
- Gulliksen, K. S., Nordbo, R. H., Espeset, E. M., Skarderud, F., & Holte, A. (2015). The process of help-seeking in anorexia nervosa: patients' perspective of first contact with health services. *Eat Disord*, *23*(3), 206-222. doi: 10.1080/10640266.2014.981429
- Hasler, G., Moergeli, H., Bachmann, R., Lambreva, E., Buddeberg, C., & Schnyder, U. (2004). Patient satisfaction with outpatient psychiatric treatment: the role of diagnosis, pharmacotherapy, and perceived therapeutic change. *Can J Psychiatry*, *49*(5), 315-321.
- Hay, P. P., Bacaltchuk, J., Stefano, S., & Kashyap, P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD000562. doi: 10.1002/14651858.CD000562.pub3
- Helsedirektoratet. (2008). *Aktivitetshåndboken - Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsetilsyn, S. (2000). Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behnadling i spesielisthelsetjenesten. Retrieved 03. februar, 2015, from https://http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/alvorlige_spiseforstyrrelser_ik-2714.pdf
- Hogan, M. J., & Strasburger, V. C. (2008). Body image, eating disorders, and the media. *Adolesc Med State Art Rev*, *19*(3), 521-546, x-xi.
- Hsu, L. K., Rand, W., Sullivan, S., Liu, D. W., Mulliken, B., McDonagh, B., & Kaye, W. H. (2001). Cognitive therapy, nutritional therapy and their combination in the treatment of bulimia nervosa. *Psychol Med*, *31*(5), 871-879.

- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, *61*(3), 348-358. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040
- Koch, S. C., Kunz, T., Lykou, S., & Cruz, R. (2013). Effects of Dance Movement Therapy and Dance in Health-Related Psychological Outcomes: A Meta-Analysis. *University Heidelberg and Lesley, Cambridge*.
- Krogh, J., Nordentoft, M., Sterne, J. A., & Lawlor, D. A. (2011). The effect of exercise in clinically depressed adults: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry*, *72*(4), 529-538. doi: 10.4088/JCP.08r04913blu
- Lawlor, D. A., & Hopker, S. W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, *322*(7289), 763-767.
- le Grange, D., Crosby, R. D., Rathouz, P. J., & Leventhal, B. L. (2007). A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, *64*(9), 1049-1056. doi: 10.1001/archpsyc.64.9.1049
- Lemberg, R. (1999). *Eating disorders - a reference sourcebook* Phoenix, Arizona: The Oryx Press.
- Lunnen, K. M., Ogles, B. M., & Pappas, L. N. (2008). A multiperspective comparison of satisfaction, symptomatic change, perceived change, and end-point functioning. *Professional Psychology-Research and Practice*, *39*(2), 145-152. doi: Doi 10.1037/0735-7028.39.2.145
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3th ed.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Mathisen, T. (2014). Treatment of Eating Disorders by Physical Activity and Nutrition Counseling (FAKT). Retrieved 6. oktober, 2014, from <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02079935?term=NCT02079935&rank=1>
- McIver, S., O'Halloran, P., & McGartland, M. (2009). Yoga as a treatment for binge eating disorder: a preliminary study. *Complement Ther Med*, *17*(4), 196-202. doi: 10.1016/j.ctim.2009.05.002
- Mykletun, A., Knudsen, A.K., Mathiesen, K.S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv.

- NESH. (2014, 23. september 2014). Generelle forskningsetiske retningslinjer. from <https://http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Newton, T., Robinson, P., & Hartley, P. (1993). Treatment for eating disorders in the United Kingdom. Part II. Experiences of treatment: A survey of members of the eating disorders association. *Eating Disorders Review*, 1(1), 10-21. doi: 10.1002/erv.2400010104
- NICE. (2004) *Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders*. Leicester (UK): National Collaborating Centre for Mental Health (UK).
- Noble, L. M., Douglas, B. C., & Newman, S. P. (2001). What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. *Soc Sci Med*.
- Ozier, A. D., & Henry, W. B. (2011). Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders. *The American Dietetic Association*.
- Paulson-Karlsson, G., & Nevonen, L. (2012). Anorexia nervosa: treatment expectations - a qualitative study. *J Multidiscip Healthc*, 5, 169-177. doi: 10.2147/JMDH.S33658
- Pettersen, G., & Rosenvinge, J. H. (2002). Improvement and recovery from eating disorders: a patient perspective. *Eat Disord*, 10(1), 61-71. doi: 10.1002/erv.425
- Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S. I., Folke, S., Mathiesen, B. B., Katznelson, H., & Fairburn, C. G. (2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 171(1), 109-116. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12121511
- Prakash, B. (2010). Patient satisfaction. *J Cutan Aesthet Surg*, 3(3), 151-155. doi: 10.4103/0974-2077.74491
- Reiter, C. S., & Graves, L. (2010). Nutrition therapy for eating disorders. *Nutr Clin Pract*, 25(2), 122-136. doi: 10.1177/0884533610361606
- Riboh, A. (2009). *Repairing the broken mirror: A theoretical dance/movement therapy manual for the treatment of women with bulimia* Pocket Manual.
- Rosenvinge, J. H. (2008). *Emosjonelle vansker som spiseforstyrrelser og selvskading - hvordan kommer de til uttrykk og hvordan kan de forstås?*
- Rosenvinge, J. H. (2011). Optimistisk om langvarige og alvorlige spiseforstyrrelser. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 4. doi: 10.4045/tidsskr.10.1032

- Rosenvinge, J. H., Frostad, S., & Andreassen, O. (2012). *Spiseforstyrrelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rosenvinge, J. H., & Gotestam, K. G. (2002). [Eating disorders--how should treatment be organized?]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, *122*(3), 285-288.
- Rosenvinge, J. H., & Klusmeier, A. K. (2000). Treatment for eating disorders from a patient satisfaction perspective: a Norwegian replication of a British study. *European Eating Disorders Review*, *8*(4), 293-300. doi: Doi 10.1002/1099-0968(200008)8:4<293::Aid-Erv346>3.0.Co;2-4
- Rosenvinge, J. H., & Pettersen, G. (2014). Epidemiology of eating disorders Part I: Introduction to the series and a historical panorama. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*. doi: 10.1080/21662630.2014.898206.
- Schuck, K., Otten, R., Kleinjan, M., Bricker, J. B., & Engels, R. C. (2014). Self-efficacy and acceptance of cravings to smoke underlie the effectiveness of quitline counseling for smoking cessation. *Drug Alcohol Depend*, *142*, 269-276. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.06.033
- Skarderud, F., Rosenvinge, J. H., & Gotestam, K. G. (2004). [Eating disorders--an overview]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, *124*(15), 1938-1942.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*, *14*(4), 406-414. doi: 10.1007/s11920-012-0282-y
- SNL. (2015). "Definisjon av forventning". from <https://snl.no/forventning%2Fpsykologi>
- Stammes, R., & Spijker, J. (2009). [Physical training to treat depression]. *Tijdschr Psychiatr*, *51*(11), 821-830.
- Stark, S., Aronow, S., & McGeehan, T. (1989). *Experiential therapies for eating disorders* (L. M. Hornyak & E. K. Baker Eds.). 72 Spring Street, New York: The Guilford Press.
- Steele, A. L., Bergin, J., & Wade, T. D. (2011). Self-efficacy as a robust predictor of outcome in guided self-help treatment for broadly defined bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, *44*(5), 389-396. doi: 10.1002/eat.20830
- Sundgot-Borgen, J., Rosenvinge, J. H., Bahr, R., & Schneider, L. S. (2002). The effect of exercise, cognitive therapy, and nutritional counseling in treating bulimia nervosa. *Med Sci Sports Exerc*, *34*(2), 190-195.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (4th ed.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Adamkova, M., Skjaerven, L. H., Catalan-Matamoros, D., . . . Probst, M. (2013). A systematic review on physical therapy interventions for patients with binge eating disorder. *Disabil Rehabil*, *35*(26), 2191-2196. doi: 10.3109/09638288.2013.771707
- Vansteenkiste, M., Soenens, B., & Vandereycken, W. (2005). Motivation to change in eating disorder patients: a conceptual clarification on the basis of self-determination theory. *Int J Eat Disord*, *37*(3), 207-219. doi: 10.1002/eat.20099
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clin Psychol Rev*, *18*(4), 391-420.
- Vocks, S., Legenbauer, T., Wachter, A., Wucherer, M., & Kosfelder, J. (2007). What happens in the course of body exposure? Emotional, cognitive, and physiological reactions to mirror confrontation in eating disorders. *J Psychosom Res*, *62*(2), 231-239. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.08.007
- Wasson, D. H. (2003). A qualitative investigation of the relapse experiences of women with bulimia nervosa. *Eat Disord*, *11*(2), 73-88. doi: 10.1080/10640260390199271
- WHO. (2000). Verdens Helseorganisasjon: Client Satisfaction Evaluations. *Workbook 6*.
- Williams, S., Weinman, J., Dale, J., & Newman, S. (1995). Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Fam Pract*, *12*(2), 193-201.
- Wilson, G. T., Wilfley, D. E., Agras, W. S., & Bryson, S. W. (2010). Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*, *67*(1), 94-101. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.170
- Woodyard, C. (2011). Exploring the therapeutic effects of yoga and its ability to increase quality of life. *Int J Yoga*, *4*(2), 49-54. doi: 10.4103/0973-6131.85485

Vedlegg 1 - DSM-5 kriterier for BN og BED

DSM-5 kriterier for BN (APA, 2013)

- A. Tilbakevendte episoder av overspising. En overspisingsepisode karakteriseres ved følgende to punkter;
- Inntak av mat i en avgrenset periode (eksempelvis innenfor en to-timers periode) i definitivt større mengde enn hva andre individer inntar under samme avgrenset periode under samme omstendigheter
 - En følelse av mangel på kontroll over matinntak under overspisingsepisoden (eksempelvis følelsen av at en ikke klarer å stoppe matinntaket eller kontrollere hva eller hvor mye en spiser)
- B. Tilbakevendt kompensatorisk atferd for å forhindre vektøkning, som for eksempel selvforskyldt tømming; misbruk av lakserende middel, diuretika eller andre medikamenter, faste eller overdreven fysisk aktivitet
- C. Både overspising og kompensatorisk atferd oppstår gjennomsnittlig minst en gang i uken over en tre måneders periode
- D. Selvevaluering er utilbørlig påvirket av kroppsform og vekt
- E. Forstyrrelsen oppstår ikke utelukkende under episoder av AN

Alvorlighetsgrad basert på frekvensen av selvforskyldt kompenserende atferd;

- Mild: Gjennomsnittlig 1-3 episoder av selvforskyldt kompenserende atferd per uke
- Moderat: Gjennomsnittlig 4-7 episoder av selvforskyldt kompenserende atferd per uke
- Alvorlig: Gjennomsnittlig 8-13 episoder av selvforskyldt kompenserende atferd per uke
- Ekstremt: Gjennomsnittlig 14 episoder eller mer av selvforskyldt kompenserende atferd per uke

Alvorlighetsgraden kan evalueres utover dette ved refleksjon av andre symptomer og grad av funksjonsnedsetting

DSM-5 kriterier for BED (APA, 2013)

- A. Tilbakevendte episoder av overspising. En overspisingsepisode er karakterisert ved følgende to punkter
- Inntak av mat i en avgrenset periode (eksempelvis innenfor en to-timers periode) i definitivt større mengde enn hva andre individer inntar under samme avgrenset periode under samme omstendigheter
 - En følelse av mangel på kontroll over matinntak under overspisingsepisoden (eksempelvis følelsen av at en ikke klarer å stoppe matinntaket eller kontrollere hva eller hvor mye en spiser)
- B. Overspisingsepisoder er assosiert ved tre eller flere av følgende punkter;
1. Matinntak mye raskere enn normalt
 2. Matinntak pågående til en er ukomfortabelt mett
 3. Matinntak i enorme mengder når en ikke er fysisk sulten
 4. Matinntak når alene, grunnet flauhetsfølelse over hvor mye en spiser
 5. Føle seg skamfull, deprimert og skyldig i etterkant av matinntaket
- C. Utpreget psykisk ubehag ved overspisingsepisoder
- D. Overspisingen forekommer gjennomsnittlig minst en gang per uke over en tre måneders periode
- E. Overspisingen er ikke assosiert med den selvforskyldte bruken av kompenserende atferd som finnes hos bulimia nervosa

Alvorlighetsgrad basert på frekvensen av overspisingsepisoder

- Mild: 1-3 overspisingsepisoder per uke
- Moderat: 4-7 overspisingsepisoder per uke
- Alvorlig: 8-13 overspisingsepisoder per uke
- Ekstremt: 14 overspisingsepisoder eller mer per uke

Alvorlighetsgraden kan evalueres utover dette ved refleksjon av andre symptomer og grad av funksjonsnedsetting

Vedlegg 2 – Intervjuguide

Briefing:

- Hensikt
- Intervjuets form og varighet
- Taushetsplikt og anonymisering
- Båndopptaker
- Presisere at spørsmålene gjelder *pakken*
- Har du noen spørsmål før vi starter?

Husk eksempler

Tema 1: Forventninger og tilfredshet med behandlingstilbudet fysisk aktivitet og kostholdsrådgivning

- Bakgrunn for påmelding
- Tidligere erfaringer med FA
- Forventninger? Innfridd?
- Forventninger og erfaringer nytteverdi – forandringer i hverdagen?
- Hva kunne gjort behandlingstilbudet bedre?

Tema 2: Individuelle erfaringer

- Forventninger og erfaringer av å delta på trening (ulike aktiviteter)
- Forventninger og erfaringer av kostholdsrådgivning
- Forventninger og erfaringer av å være med på testing
- Opplevelse av spiseforstyrrelsen
- Nye sider ved deg selv?
- Fokus endret?

Tema 3: Gruppeklima og relasjoner mellom gruppedeltakerne

- Deltakelse i behandlingsgruppe (trening + kostholdsrådgivning)
- Andre i samme situasjon
- Forventninger og erfaringer med å være i gruppe kontra alene
- Konflikt? Eventuell håndtering?
- Noen form for press?
- Opplevelse av seg selv i gruppa
- Tilhørighet?
- Samarbeid mot et felles mål?

Er det noe vi har snakket om nå som du har lyst til å utdype nærmere?

Er det noe vi ikke har snakket om som du mener er viktig å få med?

Tusen takk for at du har delt erfaringene dine med meg.

Vedlegg 3 – Søknad REK



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Silje U. Lauvrak	Telefon: 22845520	Vår dato: 16.12.2013	Vår referanse: 2013/1871/REK sør-øst D
			Deres dato: 18.11.2013	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Til Jorunn Sundgot-Borgen

2013/1871 Behandling av spiseforstyrrelser: - en randomisert, kontrollert prospektiv studie

Vi viser til tilbakemelding fra prosjektleder, mottatt 18.11.2013, i forbindelse med ovennevnte søknad. Tilbakemeldingen ble behandlet av komiteens leder på delegert fullmakt.

Forskningsansvarlig: Norges Idrettshøgskole

Prosjektleder: Jorunn Sundgot-Borgen

Prosjektomtale

Kontrollerte behandlingsstudier, samt oversiktsartikler, viser at kognitiv terapi har et godt kunnskapsgrunnlag og er et førstevalg i behandling av bulimi, uspesifikke spiseforstyrrelser og overspisingslidelse. Søkers forskningsgruppe har i tidligere studier vist at terapeutisk ledet fysisk aktivitet reduserte bulimisyntomer like godt som kognitiv terapi, men at også kostrådgivning hadde effekt. Dette kan bety at kostrådgivning pluss fysisk aktivitet kan ha en additiv effekt som kan være like god eller bedre enn den man ser ved kognitiv terapi. Formålet med den omsøkte studien er å teste ut effekten av tre ulike behandlingsformer: 1) kognitiv terapi, 2) fysisk aktivitet og kostveiledning og 3) kontrollgruppe med behandling som vanlig hos fastlege. Det skal inkluderes 105 kvinner i alderen 18-35 år, og det skal gjøres en rekke tester som måler fysisk aktivitet, samt DXA-målinger av beinmineraltetthet, fettprosent og fettfri kroppsvekt. Studien skal måle effektendringer over 36 måneder og ta utgangspunkt i symptomendringer, brukertilfredshet og helsekostnader.

Saksgang

Søknaden ble første gang behandlet i møtet 23.10.13, hvor komiteen utsatte vedtak i saken.

Slik komiteen oppfattet søknaden, er kognitiv terapi antatt å være mest effektiv for pasienter med spiseforstyrrelser. Komiteen var derfor bekymret for om pasienter som ikke ble inkludert i denne armen, ble fratatt best mulig behandling, og ba prosjektleder redegjøre for om det var etisk forsvarlig å la en gruppe deltakere gå i tre år uten å få kognitiv terapi.

Prosjektleders tilbakemelding ble mottatt 18.11.2013.

Komiteens vurdering

Når det gjelder spiseforstyrrelser, er det god dokumentasjon på at kognitiv terapi er effektiv. I en randomisert studie skal kontrollgruppen vanligvis få beste behandling, dersom en slik finnes. I dette tilfellet vil imidlertid den realistiske kontrollgruppen være deltakere som får behandling via fastlege, siden de fleste ikke har tilgang til kognitiv terapi. Prosjektleder argumenterer godt for at alle de tre behandlingalternativene (kognitiv terapi, fysisk aktivitet og kostveiledning, og behandling som vanlig hos fastlege) er vist å ha effekt. På bakgrunn av prosjektleders tilbakemelding mener komiteen at prosjektets design er etisk forsvarlig.

Komiteen anser beredskapen i prosjektet som tilfredsstillende ivaretatt. Dersom det fremkommer at en deltaker har en aktiv suicidalproblematikk, kontaktes psykiatrisk legevakt. Det vil også være en stopp-prosedyre for deltakere som ved studiestart har BMI <19 og som taper seg mer enn 2 kg. Tiltakene som gjøres dersom noen deltakere opplever ubehag ved å bli filmet under gruppeterapien er også tilfredsstillende.

Etter en helhetlig vurdering har komiteen kommet til at den godkjenner at prosjektet kan gjennomføres som beskrevet i søknad og protokoll.

Vedtak

Med hjemmel i helseforskningsloven § 9 jf. 33 godkjenner komiteen at prosjektet gjennomføres.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknad, protokoll, tilbakemelding fra prosjektleder og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Tillatelsen gjelder til 31.12.2017. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 31.12.2022. Opplysningene skal lagres aidentifisert, dvs. atskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse og omsorgssektoren».

Dersom det skal gjøres vesentlige endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK.

Prosjektet skal sende sluttmelding på eget skjema, senest et halvt år etter prosjektslutt.

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst D. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst D, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn på korrekt skjema via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no>. Dersom det ikke finnes passende skjema kan henvendelsen rettes på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Finn Wisløff
Professor em. dr. med.
Leder

Silje U. Lauvrak
Rådgiver

Kopi til: turid.sjostedt@nih.no; postmottak@nih.no

Vedlegg 4 – Informasjonsskriv

Forespørsel om å delta i studien «Behandling av spiseforstyrrelser gjennom trenings- og kostholdsrådgivning - en kvalitativ studie av deltakernes erfaringer»

Bakgrunn og formål

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie om erfaringer ved å være med i en behandlingsstudie. Studien inngår i den undersøkelsen du deltar/ har deltatt i og som ser på effekt av ulike behandlingsmåter ved spiseforstyrrelser (FAKT). Det er som deltager i denne studien du nå forespørres om du vil delta i denne «erfaringsundersøkelsen». I hovedstudien ser vi på effekt ut fra fysiske prøver og hvordan du svarer på rekke spørreskjemaer.

De subjektive erfaringer og opplevelser ved å være med i en slik behandlingsstudie er et viktig supplement til spørreskjemaer og fysiske prøver for å få et så fullstendig bilde av den samlede nytteverdi av nye behandlingsmetoder ved spiseforstyrrelser.

Hva innebærer undersøkelsen?

For å kunne delta må du samtykke til å møte frem ved Norges idrettshøgskole, der du vil bli intervjuet av mastergradsstudent Solveig Sjørdal eller Tone Skomakerstuen. Temaet under intervjuene er hvordan du har opplevd å delta i selve behandlingsstudien. Det kan være både gode og mindre gode erfaringer, og de kan være knyttet til selve behandlingsopplegget, hvordan du opplevde terapeuter eller meddeltagere eller andre ting du ønsker å trekke frem.

Intervjuet varer ca. 60 min, og et samtykke innebærer at vi tar opp samtalen med deg på bånd. Lydopptaket vil senere bli skrevet ut som tekst og systematisert.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Det er kun intervjuerne, samt prosjektleder som har tilgang til lydbåndversjonen av intervjuet med deg, og båndene oppbevares i låssikkert skap ved Norges idrettshøgskole. Når tekstversjonen av intervjuet foreligger vil det ikke foreligge personopplysninger som direkte eller indirekte kan føres tilbake til deg som person, men både lydopptak og tekstversjon får et unikt identifikasjonsnummer. For alle deltagere i

studien vil det da foreligge en «kodeliste» som kobler lydbånd- og tekstversjon. Kodelisten oppbevares på samme måte og med samme adgangsbegrensninger som selve lydbåndene. Når alle tekstversjonene er systematisert, destrueres kodelisten. Dette vil si at de intervjuetekster som skal systematiseres er anonymisert.

Tekstversjonen av alle intervjuer vi gjør i studien vil så ytterligere systematiseres, og utgjør datagrunnlaget for mastergradsoppgaven til studentene Solveig Sørdal og Tone Skomakerstuen (altså en av dem som intervjuet deg). Deretter vil dataene danne grunnlag for artikler i vitenskapelige tidsskrifter som er offentlig tilgjengelige. Det er en mulighet for at du selv kan gjenkjenne sitater fra deg i slike publikasjoner, men slik datahåndteringen er beskrevet ovenfor og ut fra generelle krav til anonymisering i vitenskapelige artikler, vil ikke *andre* kunne vite hva nettopp du har sagt i intervjuet.

Informasjonen du gir under intervjuene skal bare brukes i denne studien, ikke til andre studier med lignende eller andre formål. Det skal heller ikke gjøres koplinger til offentlige registre.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Det betyr også at du står fritt til å trekke deg når som helst uten at det får konsekvenser. Gjør du det har du rett til å kreve at opplysningene om deg blir slettet. Kravet kan imøtekommes dersom det fremmes før listen som kobler lydbåndversjonen og tekstversjonen av ditt intervju blir slettet.

Hvis du samtykker til å delta i studien ber vi deg bekrefte dette ved å undertegne vedlagte samtykkeerklæring. Når vi har mottatt erklæringen ønsker vi å kontakte deg for å avtale intervjutidspunkt..

Har du spørsmål som ikke er omtalt i dette informasjonsskrivet kan du kontakte enten prosjektleder eller en av prosjektmedarbeiderne:

Jorunn Sundgot-Borgen (professor og prosjektleder), jorunn.sundgot-borgen@nih.no

Tone Skomakerstuen, tone.skomakerstuen@gmail.com

Solveig Sørdal, solveig.sordal@gmail.com

Vedlegg 5 – Informert samtykke

Samtykke til deltakelse i forskningsstudien;

Behandling av spiseforstyrrelser gjennom trenings- og kostholdsveiledning

- en kvalitativ studie av deltakernes forventninger

Jeg

.....

har lest gjennom informasjonsskrivet og samtykker herved til å delta i prosjektet.

Min deltakelse er frivillig og jeg kan på hvilket som helst tidspunkt trekke meg fra å delta. Jeg mottar ingen lønn eller annen godtgjørelse for min deltakelse.

.....

.....

Sted

Dato

.....

Signatur

