

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for biomedisin og bevegelsesvitenskap

Bacheloroppgave

Overspisingsslidelse og overvekt: *en kvalitativ studie om fysioterapeuters undersøkelse og behandling*

*Binge eating disorder and obesity: a qualitative study
on physiotherapists examination and treatment.*

Kandidatnummer: 10038 og 10014

FT17

Trondheim, januar 2020



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Forord

Denne bacheloroppgaven er skrevet høsten 2019. Arbeidet med oppgaven har vært interessant og lærerikt. Tema overspisingslidelse og overvekt ble valgt på grunn av vår interesse for en pasientgruppe som ikke har fått veldig stort fokus i utdanningen. Det har vært givende å få et større innblikk i hvordan fysioterapeuter arbeider med pasienter med overspisingslidelse og overvekt.

Vi vil rette en stor takk til vår veileder Anne Marie Kjeka ved NTNU for god støtte og veiledning ved både store og små utfordringer under oppgaveskrivingen.

Takk til fysioterapeutene som har satt av tid for å stille opp til intervju og bidratt med gode refleksjoner.

Trondheim 2020

Sammendrag

Bakgrunn: Overspisingslidelse og overvekt er den vanligste spiseforstyrrelsen i dag. Forskning viser at fysioterapeutiske intervensjoner har mange fordeler for fysiske, psykiske og sykdomsrelaterte faktorer hos personer med overspisingslidelse og overvekt.

Formål: Denne oppgaven har som formål å få økt innsikt i hvordan fysioterapeuter undersøker og behandler pasienter med overspisingslidelse og overvekt, samt stille spørsmål ved bakgrunnen for valgt undersøkelse og behandling.

Metode: Kvalitativ metode med semistrukturerte intervju ble valgt som metode. Tre semistrukturerte intervju med fysioterapeuter, som hadde erfaring med pasienter med overspisingslidelse og overvekt ble gjennomført. Datamaterialet ble notert ned, analysert ut fra Malterud (2017) og knyttet mot relevant teori.

Funn: Analysen viser at hovedfokus i undersøkelse er kartlegging av pasientens kroppsbilde og kroppsbevissthet. Vi fant samtidig at en god og tillitsfull relasjon mellom pasient og terapeut vil være avgjørende for behandlingen. Relasjonene som ble dannet mellom pasientene i gruppebehandlingen hadde en positiv og skamreducerende effekt for pasientene. Den individuelle behandlingen ga fysioterapeuten mulighet for individuell tilpasning. Et tverrfaglig samarbeid ga muligheter for ulike behandlingstilnærminger for pasienter med et komplekst sykdomsbilde.

Konklusjon: Vår studie har bidratt til et innblikk i hvordan fysioterapeuter undersøker og behandler pasienter med overspisingslidelse og overvekt, og understreker viktigheten av å øke fysioterapeuters kompetanse i møte med denne pasientgruppen.

Abstract

Background: Binge eating disorder and obesity is the most common eating disorder today. Research indicates that physiotherapeutic interventions have many benefits related to physical, mental and disease-related factors in people with binge eating disorder and obesity.

Aim: The aim of this study is to gain greater insight into how physiotherapists examine and treat patients with binge eating disorder and obesity, as well as asking questions on the basis of the selected examination and treatment.

Method: Qualitative method with semi-structured interview was selected as method. Three semi-structured interviews with physiotherapists who had experience with patients with binge eating disorder and obesity were conducted. The data was recorded, analysed and linked to relevant theory.

Findings: The analysis shows that the main focus in examination is getting a picture of the patient's body image and body awareness. We found that a good and trustworthy relationship between the patient and the therapist is crucial for the treatment. The relations that were made between the patients in group treatment had a positive and shame-reducing effect for the patients. The individual treatment allowed the physiotherapist to individually adapt. Interdisciplinary collaboration provided for different treatment approaches for patients with a complex disease.

Conclusion: Our study have provided new insights in how physiotherapists examine and treat patients with binge eating disorder and obesity. The findings emphasize the importance of increasing physiotherapists competence when meeting these patients.

Innholdsfortegnelse

1	<i>Innledning</i>	7
1.1	Tema og bakgrunn for oppgaven	7
1.2	Begrepsavklaringer.....	8
1.2.1	Overvekt og fedme.....	8
1.2.2	Tillit og relasjon	8
1.2.3	Tverrfaglig samarbeid.....	8
1.3	Avgrensninger	9
1.4	Teoretisk tilnærming	9
1.5	Tidligere forskning	11
2	<i>Metode og materiale</i>	13
2.1	Valg av metode; en kvalitativ tilnærming.....	13
2.2	Fenomenologi og hermeneutikk.....	13
2.3	Utvalg og rekruttering	13
2.4	Gjennomføring; Intervju og intervjuguide.....	14
2.5	Analysestrategi	15
2.6	Forskningsetiske vurderinger	16
2.7	Metodekritikk.....	16
3	<i>Funn</i>	18
3.1	Overspisingslidelse og kroppsbilde.....	18
3.2	Fysioterapeutisk undersøkelse av pasientene	19
3.3	Behandling.....	20
3.4	Fysioterapeutens rolle.....	22

4	<i>Diskusjon</i>	24
4.1	Fysioterapeutisk undersøkelse av pasientene	24
4.1.1	<i>Overspisingslidelse og kroppsilde</i>	24
4.1.2	<i>Betydningen av tillit og relasjon i et behandlingsforløp</i>	25
4.2	Behandling	27
4.2.1	<i>Tverrfaglig samarbeid</i>	28
4.3	Fysioterapeutens rolle	29
5	<i>Konklusjon</i>	31
6	<i>Referanseliste</i>	32
7	<i>Appendix</i>	37
7.1	Vedlegg 1	37
7.2	Vedlegg 2	38
7.3	Vedlegg 3	40
7.4	Vedlegg 4	41

1 Innledning

1.1 Tema og bakgrunn for oppgaven

Overspisingslidelse, Anorexia Nervosa og Bulimia Nervosa har i de siste 30 årene fått økt oppmerksomhet. Dette har bidratt til at flere søker hjelp til behandling. Personer med spiseforstyrrelser har ikke bare et vanskelig forhold til mat, men også til sine følelser og tanker. Personer som har en spiseforstyrrelse er ofte sykelige opptatt av kropp, vekt og utseende. Det kan bli en besettelse, og dermed tar spiseforstyrrelsen over styringen av den daglige fungeringen. Dette kan også medføre belastninger på kroppen (Skårderud, 2018). I denne oppgaven vil fokus være på overspisingslidelse og overvekten som en konsekvens av denne lidelsen.

DSM-5 (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) beskriver overspisingslidelse, *Binge eating disorder* (BED), som en tredje form for spiseforstyrrelse blant unge og voksne (Skårderud, 2018). I WHO's diagnosesystem ICD-10 (*The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) kategoriseres tilstanden overspisingslidelse inn under betegnelsen tvangsspising eller atypisk bulimia nervosa. Den kjennetegnes ved gjentatt overspising med tap av kontroll av matinntaket, og er som oftest knyttet til fedme (Helsedirektoratet, 2011). Det dreier seg om overspising uten kompensatorisk atferd, og overvekt er vanlig konsekvens ved denne lidelsen. Overspisingslidelse er på vei inn i en ny kategori av spiseforstyrrelser og med dette er man på vei til å forklare visse former for overvekt som primært psykiske tilstander (Skårderud, 2018).

Fysioterapistudiet tar i liten grad for seg overspisingslidelse og overvekt og det finnes lite forskning som tar for seg fysioterapeutisk behandling av disse pasientgruppene. På bakgrunn av dette ønsker vi å undersøke hvordan fysioterapeuter møter og behandler disse pasientene, og vi har kommet fram til følgende problemstilling:

Hvordan undersøker og behandler fysioterapeuter pasienter med overspisingslidelse og overvekt?

1.2 Begrepsavklaringer

1.2.1 Overvekt og fedme

Fedme er den mest utbredte næringsforstyrrelsen i den vestlige verden i dag. Fedme og overvekt blir definert på bakgrunn av kroppsmasseindeks (KMI). KMI er kroppsvekten i kilo delt på kvadraten av kroppslengden i meter (kg/m²) (Bahr, 2015; FolkeHelseinstituttet 2017).

Helsedirektoratet (2011) viser til at utvikling av overvekt og fedme kan ha sammenheng med oppvekstforhold, livsvilkår, psykologiske forhold, opplevelser og reaksjoner. Traumer, overgrep og mobbing kan føre til psykologiske belastninger som igjen kan medvirke til forstyrret spising og overvekt.

1.2.2 Tillit og relasjon

Flere studier fastslår at hjelperens evne til å skape god relasjon er viktig for behandlingsresultatet hos samtlige pasienter (Eide & Eide, 2004). De beskriver at mye tyder på at nettopp evnen til å lytte, til å forstå den andre og til å skape en god arbeidsallianse er avgjørende for å yte god hjelp og motivere for å bidra til forandring og utvikling.

Berit Bunkan (2010) underbygger hva Eide og Eide (2004) skriver, og knytter viktigheten av fysioterapeutens evne til å skape en god relasjon med forståelse og tillit med pasienter med overspisingslidelse.

1.2.3 Tverrfaglig samarbeid

Vi vil i dette avsnittet ta utgangspunkt i Glavin og Erdals (2018) definisjon av tverrfaglig samarbeid. De beskriver tverrfaglig samarbeid som en arbeidsform, en metode. Tverrfaglig samarbeid er når flere yrkesgrupper arbeider på tvers av faggransene for å nå et felles mål. Tverrfaglig samarbeid blir sett på som en kreativ vei til samarbeid i det offentlige, og brukes i stor grad ved behandling av pasienter med overspisingslidelse.

1.3 Avgrensninger

Vårt fokus i dette prosjektet er hvordan en undersøkelse gjennomføres, hvilke behandlingsmetoder som benyttes og hva som er viktig for å skape en god pasient-terapeut relasjon i møte med pasienter med overspisingslidelse eller overvekt. Både overspisingslidelse og overvekt er komplekse diagnoser der det ofte foreligger mye komorbiditet. Vi tar ikke hensyn til årsaksgrunnlag til spiseforstyrrelsen eller overvekten, men har fokuset på undersøkelse, behandling og relasjonen mellom fysioterapeut og pasient. Det tas ikke hensyn til forskjell i undersøkelse og behandling hos kvinner og menn.

1.4 Teoretisk tilnærming

Kroppen er vårt redskap til å erfare og forstå. Vi inntar verden med våre kropper. Vi lukter, smaker og berører, og vi ser oss omkring. Vi har kroppslige erfaringer med andre mennesker. Vi blir sett, og vi blir vurdert av andre. Mentale erfaringer blir skapt i det kroppslige møtet med andre og i de påfølgende refleksjonene rundt dette møtet. Filosofen Maurice Merleau-Ponty (1962) forsøker å sette mennesket sammen igjen, med kropp og sinn som sider av samme erfaring. Med begrepet den *levde kroppen*, la han vekt på kroppslige erfaringer. Merleau-Ponty (1962) beskrev “jeg har en kropp, derfor er jeg”.

Utseende og kropp er i sentrum både for selvbildet og for hvordan man blir møtt og oppfattet av andre mennesker. Kroppen er noe observerbart både for oss selv og andre som gjør den til et kommunikasjonsverktøy. Cash og Pruinzky (1990) definerer kroppsbildet som persepsjoner (*hvordan noe oppfattes og fortolkes*), tanker og følelser om kroppen og kroppserfaringer. Det er en del av egen opplevelse av oss selv. Kroppen registrerer kontinuerlige signaler, for eksempel at den kjenner ubehag og smerter (Kvalem, 2007). Et negativt kroppsbilde er ofte koblet til overvekt og har vist seg å være en viktig faktor i utviklingen av lav selvfølelse, spiseproblemer og depresjon.

Skårderud (2000) trekker frem at en spiseforstyrret atferd kan komme i forskjellige former og kan beskrives som “mestringsformer” med store kostnader psykisk, somatisk og sosialt. Overspisingen kan følges av ubehagelig metthetsfølelse eller en følelse av nedstemthet.

Overspisingen kan også være forbundet med andre psykiske lidelser og belastende livshendelser (Helsedirektoratet, 2011). Dette er en pasientgruppe som går med alvorlige problemer i årevis før de søker hjelp. Skam, skyldfølelse og mange års overveielse om hvorvidt man skal søke hjelp, gjør pasientene sårbare (Skårderud, 2018).

En fellesnevner ved både anoreksi, bulimi og overspising er lav selvfølelse eller negativ selvevaluering (Fairburn, Welch, Doll, Davies, O'Connor, 1997; Fairburn, Welch, Doll, Hay, Davies, O'Connor, 1998; Fairburn, Cooper, Doll, Welch, 1999). Lav selvfølelse har stor betydning for at personen er misfornøyd med seg selv og vil forandre seg. Endring av kroppen blir et konkret uttrykk for forandringen. Symptomatisk atferd, som overspisingsepisoder, representerer et problem, men den kan også ses som en form for mestringsstrategi. I dette tilfelle en uhensiktsmessig mestringsstrategi. Personer med overspisingsslidelse bruker overspisingsepisoder som et verktøy for å fremme selvfølelsen, selv om det er et problem. Problemet med selvfølelsen blir selvforsterkende, da spiseforstyrrelser, spesielt når de innebærer tap av kontroll over inntak av mat, kan føre til lav selvfølelse (Skårderud, Rosenvinge & Gøtestam, 2004).

Mange pasienter omtaler spiseforstyrrelsen som en beskyttelse. Både sult og annen restriktiv atferd som ekstrem fysisk aktivitet, oppkast og overspising kan brukes for å glemme, for å komme unna ubehagelige følelser og tanker (Skårderud, Rosenvinge & Gøtestam, 2004). Spiseforstyrrelsen vil ofte være tidkrevende og en altopplukende aktivitet, konsekvensen av dette bidrar til at mange trekker seg fra sosiale sammenhenger og dermed unngår det som oppleves som vanskelige relasjoner og skremmende intimitet. Spiseforstyrrelsen er en fiende, men også en venn (Skårderud, Rosenvinge & Gøtestam, 2004; Skårderud 2000).

Hilde Bruch (1978) var en av de første som påpekte at kulturelle faktorer kan ha en påvirkning på spiseforstyrrelser som i økende grad er blitt mer synlig (Skårderud, 2018). Den oppvoksende generasjonen eksponeres for kulturelle kropps- og skjønnhetsidealer der en slank kropp og vellykkethet har en sammenheng. Via reklame i ulike media blir barn og unge som er på søken etter verdier og identitet utsatt for denne påvirkningen, og det er ingen tvil at en overdreven opptatthet av kropp og utseende som eneste mål på egenverdi kan bidra til et dårlig selvbilde (Statens helsetilsyn, 2000).

På tross av det eksisterende tynnhetsidealet, øker gjennomsnittsvekten og andelen overvektige i den voksne befolkningen. Konsekvensen av dette medfører dermed vektreduserende aktivitet som igjen kan utløse en spiseforstyrrelse eller et spiseproblem (Statens helsetilsyn, 2000). Skårderud (2018) trekker frem at spiseforstyrrelser ofte er et uttrykk for alvorlige problemer rundt identitetsdannelse - om å bli noen og å bli “seg selv”. En generell endring fra “indrestyrte” til “ytrestyrte” kulturer gjør at sammenligning med andre og tilpasning til normer og verdier blir viktigere for å definere seg selv.

1.5 Tidligere forskning

Albertsen, Natvik & Råheim (2019) har utført en kvalitativ studie hvor de fokuserer på pasienters erfaringer av et behandlingsforløp med Basic Body Awareness Therapy (BBAT), for å behandle overspisingslidelse. BBAT handler om bevisstgjøring av ens egen kropp og kvalitet på bevegelser for å bedre helsen, og er en psykomotorisk fysioterapibehandling. De psykomotoriske fysioterapeutene i undersøkelsen behandlet ved å fokusere på å komme i kontakt med seg selv i dagligdagse situasjoner. For eksempel når man sitter, ligger ned, går og står. I studien kom det frem at BBAT ble brukt i tillegg til CBT-e (Cognitive behavior therapy – enhanced) . CBT-e er timer med en psykoterapeut der de loggfører hva de spiser og snakker om det, slik at pasienten blir bevisst på sin overspising. Videre belyser studien viktigheten av å ha en tillitsfull relasjon til terapeuten, noe som pasientene selv følte påvirket behandlingen positivt, og dette underbygges også av annen litteratur (Børsum & Råheim, 2017; Bunkan, 2010)

En internasjonal tverrsnittstudie (Soundy, Stubbs, Probst, Gyllensten, Skjaerven, Catalan-Matamoros & Vancampfort, 2015) så på fysioterapeuters erfaringer rundt behandling av pasienter med spiseforstyrrelser. Fysioterapeutene rapporterte at fysioterapeutiske intervensjoner har mange fordeler for fysiske, psykiske og sykdomsrelaterte faktorene (f.eks. overspisingsepisoder) hos personer med spiseforstyrrelser. Hovedrollen til fysioterapeuten inkluderte forbedring av pasientens kroppsbevissthet, spesielt under aktivitet, kombinert med psykoedukasjon om helsemessig dosering av aktivitet. Det ble trukket frem at fysioterapeutene bidro med å identifisere ulike barrierer og tiltak knyttet til fysisk aktivitet for pasienter med spiseforstyrrelser. Hos pasienter med overspisingslidelse ble psykososiale barrierer som skam, lav selvfølelse, negativ selvaksept og lave nivåer av sosial støtte spesielt trukket frem. Videre

belyste studien at de største psykologiske fordelene med behandlingen var økt selvtillit og bedre kroppsbilde. Viktigheten av å hjelpe pasientene til å endre deres syn på fysisk aktivitet og kroppsbilde var sentralt (Soundy et. al., 2015).

En systematisk review (Vancampfort, et. al., 2013) så på fysioterapi intervensjoner, deriblant aktiviteter som aerobic og yogaøvelser. Studien viste at aerobic og yogaøvelser reduserte antall overspisingsepisoder og reduserte kroppsmasseindeksen hos pasientene med overspisingsslidelse. Videre viste studien en mer effektiv reduksjon av depressive symptomer ved å kombinere aerobicøvelser og kognitiv atferdsterapi (CBT) enn CBT alene (Vancampfort et. al., 2013).

En intervjustudie (Børsum & Råheim, 2017) fant blant annet at psykomotorisk fysioterapi i behandling av pasienter med spiseforstyrrelser bidro med noe som var annerledes og utfyllende i forhold til andre behandlingstilnæringer i et tverrfaglig team på en spesialenhet for spiseforstyrrelser. Studien trakk blant annet frem at tverrfaglig samarbeid i praksis var en kjerne i behandlingen, samt at terapeutene la vekt på at teamet var samstemt i hvordan de tenkte om og tilnærmet seg den enkelte pasient (Børsum & Råheim, 2017)

Det finnes lite forskning når det gjelder fysioterapi for denne pasientgruppen. Interessen for dette prosjektet er knyttet mot fysioterapeutisk tilnærming gjennom undersøkelse og behandling av pasienter med overspisingsslidelse eller overvekt siden det finnes lite forskning på området.

2 Metode og materiale

Dette kapitlet omhandler bakgrunn for valg av metode, utvalg og rekrutteringsprosessen, datainnsamling og bearbeiding av innhentet materiale og valgt analysestrategi. Avslutningsvis presenteres forskningsetiske vurderinger og metodekritikk.

2.1 Valg av metode; en kvalitativ tilnærming

I følge Malterud (2017) bruker vi kvalitative metoder for å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Vi har derfor valgt å gjennomføre en kvalitativ studie i form av semistrukturerte intervjuer med fysioterapeuter som jobber med pasienter med overspisingslidelse og overvekt. Denne tilnærmingen ga oss muligheten til å få en økt innsikt i fysioterapeutenes tanker og erfaringer i forhold til denne pasientgruppen.

2.2 Fenomenologi og hermeneutikk

Kvalitative metoder blir brukt for å få en dypere forståelse av de fenomenene vi studerer, og kan ses i sammenheng med fenomenologien som tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen der vi søker å oppnå den dype meningen i enkeltpersonenes erfaringer (Thagaard, 2018; Kvale & Brinkmann 2009).

Videre kan vi trekke inn hermeneutikken, som kommer fra det greske *hermeneuein*, som betyr å tolke eller fortolke. Den betegner en sammensatt tradisjon av teorier om nettopp fortolkning og forståelse (Thomassen, 2006). I dette prosjektet ønsker vi å få en større forståelse og kunnskap for undersøkelse og behandling av pasienter med overspising og overvekt gjennom fysioterapeuters erfaringer med denne pasientgruppen. I lys av dette kan en fenomenologisk forståelse være en relevant filosofisk retning hvor vi som forskere innhenter beskrivelser fra fysioterapeutenes livsverden (Kvale & Brinkmann 2009).

2.3 Utvalg og rekruttering

Det ble valgt informanter med bakgrunn i at vårt utvalg skulle settes sammen slik at de ville bidra med tilstrekkelig rikt og variert materiale som var relevant for vår studie, slik Malterud

skriver om (Malterud, 2017). Det ble derfor tatt kontakt med tre fysioterapeuter som vi visste hadde erfaring med den pasientgruppen.

I forkant av rekruttering av informanter ble det utformet et informasjonsskriv (se vedlegg 1). Det ble informert om hensikten og praktisk gjennomførelse av bachelorprosjektet, samt inklusjonskriterier for deltakelse og informasjon om anonymisering. Det ble samtidig informert om muligheten til å trekke seg så lenge prosjektet pågikk. Informasjonsskrivet ble sendt ut som en forespørsel om deltakelse på e-post til informantene i forkant av intervjuene. De fikk også anledning til å stille spørsmål fortløpende gjennom hele prosjektet.

Utvalget bestod av tre fysioterapeuter innenfor spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. To menn og en kvinne, i en alder fra 36-47 år, deltok i undersøkelsen. Alle informantene hadde erfaring med å jobbe med denne pasientgruppen. Av etiske hensyn vil informantene bli omtalt med pseudonymene Henrik, Petter og Marita.

2.4 Gjennomføring; Intervju og intervjuguide

Det ble i løpet av november 2019 gjennomført tre semistrukturerte intervjuer som varte 60 minutter til 1,5 time. Alle de tre intervjuene ble gjennomført på informantenes kontor. Lov om behandling av personopplysninger hindret oss fra å bruke båndopptaker (Personopplysningsloven, 2018, §1). Intervjuene ble derfor gjennomført ved at student stilte spørsmål og den andre noterte på datamaskin.

En intervjuguide ble utformet i forkant av intervjuene, denne ble sendt på e-post til informantene før intervjuene ble gjennomført (se vedlegg 2). Informantene fikk tilsendt intervjuguiden i forkant for å kunne forberede seg på de ulike spørsmålene og slik få mulighet til å komme med gjennomtenkte og utfyllende svar. Intervjuguiden inneholdt tema og spørsmål som var relevant for vår problemstilling og omhandlet fysioterapeuters erfaringer når det gjelder undersøkelse og behandling med pasientgruppen. I følge Malterud (2011) er det viktig å ikke følge guiden slavisk, slik at informantene får mulighet til å dele sine erfaringer, meninger og unike pasienthistorier. Intervjuguiden ble derfor benyttet veiledende for å holde oss innenfor de ulike temaene.

Intervjuguiden ble utformet etter Tjoras (2015) struktur med ferdigformulerte spørsmål med stikkord og hjelpespørsmål for å gjøre det lettere både for oss og for informantene å forberede seg, og holde orden på de temaene vi ønsket å vite mer om.

Første del av intervjuet handlet i hovedsak om informantene og deres erfaringer med pasienter med overspisingslidelse eller overvekt. Midtdelen handlet om spørsmål i forhold til deres arbeidsmetoder og undersøkelser av den valgte pasientgruppen. Det ble spurt spesielt om pasienthistorier for å få frem fysioterapeutenes erfaringer. Siste del bestod av spørsmål knyttet mot tverrfaglig samhandling, kunnskapsnivået i dag og veien videre. Intervjuet med ble avsluttet med spørsmål om informanten ønsket å tilføye eller utdype noe mer (se vedlegg 2).

2.5 Analysestrategi

Malterud (2017) viser til at transkripsjon av det originale datamateriale skal ivaretas slik deltakernes erfaringer og meninger ble formidlet og oppfattet under datainnsamlingen. Da vi ikke kunne benytte oss av lydopptak, ble det tatt notater underveis i intervjuene. I etterkant av intervjuene ble notatene bearbeidet. Dette for å sikre at vi fikk notert ned intervjuene med all informasjonen friskt i minne.

Systematisk tekstkondensering ble brukt som metode for analyse av innsamlet datamateriale. Analysen ble gjennomført i fire trinn som innebar; 1) få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsdannende enheter, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene, 4) å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017).

Første trinn var å få et helhetsinntrykk som innebar å lese intervjutekstene, deretter ble det skrevet ned foreløpige temaer knyttet opp mot problemstillingen. Vi leste gjennom intervjuene hver for oss og kom frem til temaene; Overspisingslidelse og kroppsbilde, Fysioterapeutisk undersøkelse av pasientene, Behandling og Fysioterapeutens rolle.

I neste trinn ble transkripsjonene i større grad sortert og organisert og de meningsbærende enhetene ble identifisert (Malterud, 2017). En iterativ og fleksibel analyseprosess var avgjørende for å opprettholde et åpent blikk på sammenhenger man ikke så innledningsvis (Malterud, 2017).

Det tredje trinnet var å systematisk innhente meningen med teksten ved å dekontekstualisere den (Malterud, 2017). Kondenseringsprosessen bestod av deler av datamaterialet som ble løftet frem, og satt i sammenheng med andre deler av materialet som kunne si det samme.

Siste del av analyseprosessen var å rekontekstualisere teksten, som vil si å sette bitene sammen igjen. De oppstykkede delene fra trinn 1-3 ble validert og undersøkt om de samstemte med helheten av transkripsjonen. Avslutningsvis ble funnene sammenfattet på bakgrunn av de tre intervjuene i en analytisk tekst som presenteres under kapitlet funn.

2.6 Forskningsetiske vurderinger

I følge Malterud (2017) har datainnsamlingen i kvalitative studier ofte en personlig karakter, der dialogen mellom deltaker og forsker forutsetter gjensidig tillit og respekt. For å videreføre dette i praksis var det viktig at informantene følte seg trygge i intervjusituasjonen, slik at de ikke følte seg presset til å svare på spørsmål som omhandlet taushetsbelagt informasjon. Intervjuene ble basert på frivillig deltakelse, og informantene var informert om deres rett til å trekke seg fra prosjektet når som helst. Anonymitet ble bevart ved at informantene fikk pseudonymer som ble brukt under hele prosjektet. Prosjektet var ikke meldepliktig til NSD grunnet at data og personidentifiserende bakgrunnsopplysninger ble behandlet anonymt gjennom hele forskningsprosessen og dataene ble registrert kun i form av notater og ikke opptak.

2.7 Metodekritikk

Valgt metode for dette prosjektet var semistrukturerte intervju med fysioterapeuter innenfor ønsket fagområde for innsamling av data. Kvale & Brinkmann (2009) forklarer at hvis et forskningsspørsmål starter med “hvordan”, så vil kvalitativ forskningsmetode være passende. Vi mener derfor at valgt metode passer godt til vårt prosjekt på bakgrunn av at vi vil vite mer om fysioterapeuts erfaringer, tanker og holdninger i forhold til denne pasientgruppen. På en annen side kan kvalitativ forskningsmetode være en krevende metode, da vi som bachelorstudenter har lite erfaring med denne type forskningsarbeid. Det kan ses på som en styrke at det er to personer som har bidratt i arbeidet med prosjektet.

Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass, ansikt til ansikt. Tjora (2015) viser blant annet til at under et kvalitativt intervju er det fokus på en trygg og avslappet atmosfære. Dette kan trekkes frem som en styrke i vårt forskningsarbeid.

Vi har i vårt bachelorprosjekt tre informanter som ble strategisk valgt på bakgrunn av deres utdanning og erfaring, og som ville være i stand til å belyse vår problemstilling (Malterud, 2017). Det kan diskuteres om det er en svakhet ved studien at utvalget er lite, men valget om å ha et lite utvalg styrkes/forsterkes av Malterud (2017), som forklarer at informasjonsstyrken i utvalget bestemmer hvor mange deltakere vi har behov for. Det vil si at med høy informasjonsstyrke i utvalget trenger vi færre intervjuer. Informasjonsstyrken i utvalget var god på bakgrunn av det strategiske utvalget av fysioterapeuter som hadde erfaring innenfor det aktuelle fagområdet.

Dette prosjektet belyser kun tre informanters synspunkter. Dette reduserer generaliserbarheten og overførbarhetsgraden. I tillegg beskriver prosjektet kun terapeutperspektivet og man vet ikke i hvor stor grad denne fysioterapitilnærmingen fungerer på pasientgruppen.

I en kvalitativ studie har forskeren en nøkkelrolle og gjennomføringen har en påvirkning for studiens styrker og svakheter. Vi er fysioterapistudenter som har tilegnet oss kunnskap om det aktuelle temaet og gikk inn i intervjusituasjonen med forkunnskap om temaet som ville påvirke vår for forståelse. Vår for forståelse ble påvirket av de tankene vi hadde rundt overspisingslidelse og overvekt før vi begynte å lese om temaet. Det var vår opplevelse at overspisingslidelse ikke har fått mye oppmerksomhet innenfor fysioterapistudiet og media, noe som gjenspeiles med lite fokus i klinikken. Dette gjorde oss nysgjerrige på hvordan denne lidelsen ble møtt av fysioterapeuter i klinikken. Vår forståelse hjalp oss med å gå i dybden og stille relevante oppfølgingsspørsmål på grunn av vår nysgjerrighet og forkunnskap. På en annen side kan vår forståelse ha hatt en påvirkning på hvordan vi fortolket svarene vi fikk da vi kan ha samme oppfatning som informantene. Dette kan ha påvirket i den forstand at det ble unnlatt å stille oppfølgingsspørsmål som kunne gitt andre fortolkninger Malterud (2017).

Det ble ikke gjort lydopptak under intervjuene, en student stilte spørsmål og den andre noterte fortløpende det som ble sagt på datamaskin. Den som noterte klarte kanskje ikke å notere alt som ble sagt under intervjuet, og det kan sees på noe som svekker validiteten av våre funn.

3 Funn

I dette kapitlet vil det presenteres funn fra intervjuene med informantene gjennom deres erfaringer og pasienthistorier med pasienter med overspisingslidelse og overvekt. Fire hovedtemaer blir presentert: 1) Overspisingslidelse og kroppsbilde, 2) Fysioterapeutisk undersøkelse av pasientene 3) Behandling 4) Fysioterapeutens rolle. Av forskningsetiske hensyn har informantene, som nevnt tidligere, fått pseudonymer og vil bli omtalt som Henrik, Petter og Marita.

3.1 Overspisingslidelse og kroppsbilde

Samtlige informanter nevnte betydningen av kroppsbilde i undersøkelse og behandling av pasienter med overspisingslidelse og overvekt. Informantene trakk frem at pasientene med overspisingslidelse og overvekt har et forstyrret bilde av kroppen sin. Petter fortalte:

“Mange pasienter med overspisingslidelse og overvekt skjuler kroppen sin ved å bruke store klær. Møtet med fysioterapeut kan derfor være veldig konfronterende fordi man må begynne å ta stilling til sin egen kropp.”

Han utdypet videre:

“Pasientene har et dårlig forhold til kroppen, de hater kroppen sin og kjenner ikke at deres egen kropp er normal. Dette kan for eksempel komme til uttrykk ved at pasientene forteller at de føler seg nummen. Nummenheten kan være en form for forsvarsmekanisme eller et skjold for å beskytte seg selv når en har fått høre eller blitt utsatt for fæle ting”.

Marita forklarte videre hvor viktig kroppsbilde er i hennes praksis:

“Det handler om kroppsbilde, og det sentrale er kroppen. Det jeg undersøker er hvordan kroppsbildet kommer til uttrykk i kroppen, gjennom bevegelser. Dette bruker jeg for å få direkte erfaring gjennom undersøkelse i bevegelse”

Fokus på kroppsbilde ble også reflektert i en av Henriks pasienthistorier:

“En pasient sa at hun ikke kunne være med datteren på trening, fordi hun følte at bussen gynget når bussen kjørte og når hun gikk ned midtgangen på bussen. Så da kunne hun ikke ta bussen mer. Hun følte at alle så på henne og la merke hvor stor hun var”.

To av informantene trakk frem at det er vanlig at pasientene er usikre på hvem de er som personer, og at dette kan forsterkes ved depresjon, angst, og tidligere traumer. Dette er noe som ofte kan ses i sammenheng med overspisingslidelse.

3.2 Fysioterapeutisk undersøkelse av pasientene

Det var både likheter og ulikheter hos informantene når det gjelder hvordan de undersøkte pasientene. To av informantene ba pasientene fylle ut ulike spørreskjemaer som omhandlet overspising og spisemønster. Spørreskjemaet hadde også spørsmål om forhold til egen kropp, kroppsforståelse og hva som kan være utgangspunktet for overspisingen. Silhuett-tegninger (se vedlegg 4) ble brukt hos to av informantene for å få en forståelse eller et bilde for pasientens opplevelse av egen kropp. Marita brukte også deler av Body Attitude Test (BAT) som et kartleggingsverktøy for å finne ut hvilke subjektive erfaringer og holdninger pasientene hadde med tanke på egen kropp. Hos Henrik var det legen som hadde hovedansvar for undersøkelse og utredning av pasientene.

Marita undersøkte passive bevegelser av kroppen for å få et inntrykk av kroppslige reaksjoner. Hun beskrev det slik:

“Under passive bevegelser får jeg ofte mye svar på spenning i kroppen eller om det kan være helt hypotont. Det kan for eksempel være mye spenning i overkroppen og ingen kontakt med underkroppen”.

To av informantene fortalte at de har 60 minutter til rådighet til undersøkelse eller individuell behandling. Begge anså dette som god tid til å bli kjent med pasienten.

Betydning av tillit og relasjon i behandlingsforløpet

Alle informantene hadde fokus på å etablere en god og tillitsfull relasjon med pasienten gjennom undersøkelse og behandlingsforløp. Petter fortalte kort ved å si:

“Det er veldig viktig med tillit og kontakt i møte med pasienter. Når jeg har første samtale har jeg som mål å bli bedre kjent.”

Henrik la vekt på at det er viktig å være folkelig og skape stor takhøyde i møte med pasientene:

“I behandlingen er det er lurt å unngå å bruke pekefingeren. Det å møte pasientene der de er, og ha en god dialog er en nøkkelfaktor. Det gjelder å få å inn litt humor og gi dem et klapp på skulderen. Jeg ble overrasket over hvor mye informasjon jeg kan hente frem fra pasientene. Det blir også enklere å snakke om de vanskeligere tingene med pasienten når vi hadde oppnådd en god og tillitsfull relasjon.”

Gjennom en god relasjon med pasienten kan fysioterapeuten få en helhetlig forståelse for hvordan pasienten har det både i og utenfor behandlingssituasjonen. Henrik ga et eksempel på dette:

“Det var en unggutt som var med i behandling, og det gikk egentlig ganske bra. Han lykkes med å komme i gang med trening, vektnedgang, kosthold, livsstilsendring. Men plutselig ble han borte. Jeg ringte og fikk ikke tak i han. Da vi fikk kontakt med gutten, viste det seg at grunnen til at han ikke hadde svart var fordi katten til naboen hadde dødd. Dette gjorde at han ikke lyktes med treningen, og droppet ut av livsstilsendringen. Da vi fikk pratet med han senere, viste det seg at han hadde hatt en veldig traumatisk oppvekst. Mora var lite tilstede, og faren var alkoholiker og voldelig. Sønnen ble mobbet og fikk ingen hjelp verken fra skolen eller hjemme, men hver dag når han kom hjem fra skolen, så var det katten som møtte han og ble hans beste venn.”

Videre utdypet Henrik at dersom man ikke klarer å etablere en tillitsfull relasjon til pasienten, kan pasienten holde igjen eller unngå å fortelle viktig informasjon som kan bidra til å gi et helhetlig bilde av pasientens situasjon.

3.3 Behandling

Det kom frem hos samtlige informanter at hovedfokuset gjennom hele behandlingen var økt kroppsbevissthet og å bli kjent med egen kropp. Dette presiserte Marita slik:

“Målet ved behandlingen vil være å verdsette kroppens funksjon istedenfor å fokusere for mye på kroppsbilde. Pasientene skal lære hvordan kroppen fungerer og å lytte til kroppens signaler. Når trenger kroppen hvile? Når er kroppen klar for aktivitet? Å finne balansen mellom hvile og aktivitet er noe jeg ønsker at pasienten skal oppnå.”

Ved spørsmål om hvilke typer behandlinger informantene brukte, svarte samtlige at de hadde behandling både i grupper og individuelt. Alle informantene trakk frem at det var mange positive aspekt ved gruppebehandling og trening i gruppe. Blant annet viktigheten av å etablere relasjoner med andre mennesker som har vært eller er i samme situasjon som en selv. Marita ga et eksempel på dette:

«Gruppebehandlingen har en skamreducerende effekt fordi de andre i gruppen har like erfaringer. Jeg opplever at det blir lavere terskel for å uttrykke sine tanker og følelser i gruppen. Det er mye som kommer frem i gruppe som ikke kommer frem i individuell behandling.»

Ved spørsmål om hvordan behandlingen ble organisert, fortalte både Petter og Henrik at deres behandling i gruppe var todelt. Den første delen var en undervisningstime, som omhandlet aktuelle temaer som stress, anatomi og fysiologi. Disse timene har som mål å gi pasientene kunnskap om hvordan kroppen fungerer og hva som skjer med kroppen ved overspising eller trening.

Den andre delen av behandlingen hos Petter og Henrik var ulike former for gruppetrening, noe som Marita også brukte. Gruppetreningen kunne bestå av variert trening som yoga, styrketrening, balansetrening, gåturer og partrening. Marita fortalte at hun brukte yoga som en behandlingstilnærming for å øke kroppsbevisstheten til pasientene:

“Jeg bruker ulike treningsøvelser for å øve på å kjenne når det er nok treningseffekt. Jeg bruker også mye yoga i behandlingssammenheng for at pasientene skal kunne få kjenne på andre ting med kroppen enn forakt, at de kan kjenne på behag og god bevegelse”.

Marita hadde også fokus på psykoedukasjon i sin behandling, men hun jobbet med dette parallelt med annen behandling. Hun la vekt på å gi pasientene kunnskap om hvordan følelser påvirker kroppen, og hvilke konsekvenser dette kan ha.

Ved individuell behandling fortalte fysioterapeutene at de hadde flere tilnærminger ved bruk av benk. De brukte benk til både avspenning og mindfulness, massasje og øvelsesbehandling.

Loggføring var et virkemiddel som ble brukt aktivt hos to av informantene. Det ble brukt for å loggføre matinntak og følelser. Hos den ene informanten ble loggbøkene brukt aktivt gjennom høytlesning i gruppebehandling. Pasientene måtte dele erfaringene sine høyt med andre. Hos den andre informanten ble loggføring anbefalt for pasientene, med hensikt i å bevisstgjøre pasientene når det gjaldt sammenhengen mellom følelser og matinntak.

Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid ble trukket frem som en viktig del av behandlingen av alle informantene. Dette kom til uttrykk hos Marita, hun sa:

“Jeg jobber tett sammen med lege, psykolog, sosionom, sykepleiere og miljøarbeidere. Samarbeidet er helt avgjørende for behandlingen. Samtidig kan det oppstå uenigheter underveis, men det er en del av det tverrfaglige samarbeidet.”

Det kom frem under samtalen at informantene syntes det tverrfaglige samarbeidet fungerte godt. De trakk frem at det er gjensidig respekt for de ulike faggruppene, og at alle har noe å bidra med i behandlingsforløpet. Samtlige hadde ukentlige behandlingsmøter der de møttes for å diskutere hvilke aspekter som fungerer godt, og hva som burde endres i behandlingen til pasienten.

3.4 Fysioterapeutens rolle

Det ble stilt spørsmål om hvilken rolle de mente fysioterapeuten burde ha i møte med denne pasientgruppen. Samtlige var enige om at fysioterapeuten hadde mye å bidra med, Marita sa:

“Fysioterapeuten har så mye kunnskap om kropp og kroppsbygge. Det er mye kvalitet i det å bli fortrolig med egen kropp uavhengig av kroppsvekten”.

Informantene trakk frem at det er viktig å tenke gjennom hvordan vi som terapeuter kan unngå å skape mer skam eller kroppsforakt. Spesielt i arbeid med en gruppe som allerede føler på mye usikkerhet rundt seg selv og egen kropp. I møte med pasienter med overspisingslidelse og

overvekt sa alle informantene at et viktig aspekt er å være transparent, å tørre å snakke om det faktiske problemet.

Med fokus på hvordan man skal unngå å problematisere situasjonen til pasienten ytterligere, kom informantene med eksempler på hva man burde tenke på. Henrik fortalte hvordan fysiske hindringer påvirket valg av behandling:

“Jeg opplever å måtte tilpasse mer i forhold til kroppsstørrelse og vekt enn kroppssmerter. Dette på grunn av de kroppslige reaksjoner som kan oppleves ved aktivitet. For eksempel kan det være hvordan lårene gnisser når man går, eller hvordan magen beveger seg opp og ned under gåing eller løping.”

Videre ga Marita et eksempel på hvordan valg av utstyr eller apparat kunne påvirke pasienten:

“Jeg sørger for å ha tilpasset utstyr, for eksempel bredere arbeidsbenk og stoler som tåler tyngre vekt. Det vil være paradoksalt hvis man er usikker på om utstyret holder. Hensikten bak denne tanken er at man vil unngå å trigge skam knyttet til kroppen. Jeg hadde en pasient som jeg foreslo gange på tredemølle til, men da ble pasienten stille. Hun fortalte meg at tredemøllen fungerte ikke fordi hun var for tung.”

Alle informantene mente at det er viktig å tenke gjennom hvilken type bekleddning man har på seg i møte med disse pasientene. Marita og Henrik påpekte at trang og avslørende bekleddning var noe de med hensikt unngikk for at fokuset ikke skal være på deres kropp. Fokuset skal være på pasienten. Marita kom med et eksempel:

“Jeg tenker over min egen bekleddning i møte med pasientene for å skape tillit. Jeg bruker ikke treningstights og unngår å vise for mye hud. Dette gjør jeg for å unngå at det skal bli en konkurranse mellom meg og pasienten.”

Informantene trakk frem at kunnskap om psykologiske mekanismer er viktig. Hvordan denne pasientgruppen opplever kroppen og kroppsbilde, er essensielt i arbeidet med pasientene. Dette er et område som er viktig å fokusere mer på i framtiden. Alt i alt var de tre informantene enige om at kunnskapsnivået blant fysioterapeuter for denne pasientgruppen har potensiale for å bli høyere. Petter konstaterte:

“Som fysioterapeut det viktig å innse at man aldri er utlært”.

4 Diskusjon

4.1 Fysioterapeutisk undersøkelse av pasientene

I en fysioterapeutisk undersøkelse med denne pasientgruppen kom det frem at noe av det viktigste for fysioterapeuten var å få et innblikk i pasientens syn på egen kropp og kroppsbevissthet. I tillegg var det stort fokus på viktigheten av å bygge en tillitsfull relasjon med pasienten.

4.1.1 *Overspisingslidelse og kroppsilde*

Pasienter med overspisingslidelse og overvekt har ofte et forstyrret bilde av kroppen sin. De kan prøve å skjule kroppen sin under store klær, og vil gjerne unngå å prate om den. Berg (2015) fant blant annet i sin artikkel at fysioterapeuter gjennom kroppsundersøkelsen kan utdype kartlegging ved bruk av selvrapporteringsskjema. Her kan man spesifikt undersøke hvordan problemene kommer til uttrykk gjennom holdning, bevegelse, kroppsstruktur, autonome reaksjoner, spontanitet, tilstedeværelse i situasjonen, evne til å sette ord på egne opplevelser her-og-nå og til å sette grenser. Våre funn gjenspeiler dette ved at våre informanter bruker selvrapporteringsskjemaer som BAT og silhuett-tegninger. Dette ga informantene en større forståelse for pasientens forhold til egen kropp.

På en annen side kan man argumentere mot å bruke BAT som et virkemiddel hos pasienter med overspisingslidelse og overvekt, da skjemaet ikke er tilrettelagt for denne pasientgruppen. Skjemaet er designet for kvinnelige pasienter med anorexia nervosa og bulimia nervosa (Probst, Vandereycken, Van Coppenolle & Vanderlinden, 1995). Dette var Marita bevisst på, og hun brukte utvalgte deler av skjemaet i sin undersøkelse.

Silhuett-tegninger blir ofte brukt hos pasienter med spiseforstyrrelse som et kartleggingsskjema. Likevel kan det sies å være begrensninger ved denne metoden på bakgrunn av begrensninger i utvalget av antall silhuetter (Gardner, Friedman & Jackson, 1998). Selv om det finnes begrensninger ved både BAT- skjemaet og silhuett-tegningene, så kan vi med bakgrunn i våre funn se at disse kartleggingsskjemaene bare er en mindre del av en større undersøkelse.

Tidligere forskning (Albertsen, Natvik & Råheim, 2019) har vist at bevisstgjøring av kroppslige opplevelser og reaksjoner på egen kropp, selv når de er ubehagelige, kan være en ny måte for mestring. Bevisstgjøringen gjorde pasientene mottakelige for å akseptere og kjenne på kroppslige responser og stimuli, noe som bidro til å komme i kontakt med egne behov og ressurser og dermed seg selv. Dette kan ses i lys av det vi fant i vår studie der Marita brukte passive bevegelser for å få et innblikk i hvilken grad pasienten var i kontakt med egen kropp.

Den følelsesmessige og sosiale utviklingen er nær knyttet til utviklingen av vår identitet, vårt selvbilde og vår selvoppfatning (Håkonsen, 2014). Personer med overspisingslidelse og overvekt kan ofte distansere seg fra kroppen sin. Å føle seg nummen eller ha manglende kontakt med en kroppsdel kan, ifølge informantene, være en måte å distansere seg fra kroppen på. Gjennom arbeid med bevisstgjøring av kroppen, så vil pasienten måtte ta stilling til kroppen sin ved å bli mer oppmerksom på forholdet mellom følelser, spisevaner og kroppslige reaksjoner. Dette gjenspeiles i studien til Albertsen et al., (2019) der deltakerne fikk økt bevissthet rundt egen kropp. Det oppstod forandringer til tross for kroppsstørrelse, ønsket om å bli tynnere, smerte, vanskelige følelser og det kulturelle stigma relatert til overvekten. Fokuset gikk fra å hate kroppen sin, til større aksept for egen kropp, og kanskje også seg selv som person. Gjennom å endre pasientens selvbilde og selvoppfatning, vil det kunne tenkes å ha en innvirkning på utvikling av identitet som er sentralt for disse pasientene, jamfør Skårderud (2018).

4.1.2 Betydningen av tillit og relasjon i et behandlingsforløp

Studier har vist hvor viktig grunnleggende tillit i relasjonen mellom pasient og terapeut er for behandlingseffekten (Ferreira, 2013; Kelley, 2014; O'Keefe, 2016). Dette fremhever våre informanter som en nøkkelfaktor for å skape et godt grunnlag for behandling. De forklarer at de ikke vil fremstå som "supermennesker", men ønsker å skape en god dialog gjennom å være likestilt med pasienten. Dette sammenfaller med forskningen til Groven & Heggen (2018), som trekker frem at fysioterapeutene fokuserer på å redusere forskjellen mellom seg selv og pasienten ved å dele personlige erfaringer.

O'Keefe (2016) fant at en god relasjon og sterke bånd mellom pasient og terapeut er faktorer som medvirker til å forsterke effekten av de intervensjonene fysioterapeuten bruker. De sterke

båndene er like viktige som andre behandlingsspesifikke tilnærminger. Våre funn viser at det var essensielt å ha stor takhøyde i dialog med pasienten. Pasientene kan synes det er vanskelig å snakke om overspisingslidelsen sin. Det vil være sentralt å skape rom for at pasienten kan åpne seg og snakke om problemene sine. Humor og selvironi ble trukket frem som virkemidler for å skape muligheter for en god samtale. På en side vil bruk av humor og selvironi kunne bidra til å skape god stemning i behandling og bidra til å styrke forholdet mellom pasient og terapeut. På en annen side vil det være viktig at terapeutene er bevisst på hvordan de bruker disse virkemidlene. Hver enkelt pasient er forskjellig, og har ulike behov. Bruk av humor vil ikke være en passende tilnærming for alle pasienter, noen vil kanskje ha et behov for en alvorlig samtale.

Soundy et. al., (2015) identifiserte at sykdomssymptomer som tvangsmessig forhold til trening, en negativ holdning til egen kropp eller følelser relatert til dette, lav selvfølelse, følelser som skam og redusert selvaksept ble ansett som essensielle barrierer for personer med overspisingslidelse. Våre funn reflekterer forskningen i den forstand at pasienter med overspisingslidelse ofte kommer med lav selvfølelse og negativt kroppsbilde. Dette kan peke mot at overspisingslidelse burde komme inn under psykiske lidelser. Våre informanter fortalte om en kroppsbildeforstyrrelse og lav selvfølelse hos disse pasientene. Videre viser annen forskning til at pasienter med overspisingslidelse også kan ha en kroppsbildeforstyrrelse, på bakgrunn av nedsatt fortrolighet til egen kropp, nedsatt evne til å merke og forstå kroppslige signaler og følelser (Berg, 2015). Skårderud (2018) påpeker at problemet omkring selvfølelse er selvforsterkende, da spiseforstyrrelser, spesielt når de innebærer kontrolltap i form av overspising, fører til tap av selvfølelse.

Informantene trakk frem flere personlige kvaliteter hos terapeuten som de mente var nyttig å ha med inn i en pasient-terapeut relasjon. Dette var personlige kvaliteter som kan bidra til å skape et sterkere bånd mellom pasient og terapeut, og dermed få bedre behandlingseffekt (O'Keefe, 2016). Samtlige informanter var enige i at fysioterapeutens viktigste kvalitet var kunnskapen man som terapeut har om kroppens funksjon og dens sammenheng med følelser og kroppsbilde. Dette sammenfaller med det Børsum & Råheim (2017) fant i sin studie. Videre utdyper informantene at denne kompetansen hjelper dem med å tilpasse behandlingen gjennom forståelse for kroppslige reaksjoner hos pasienter med overspisingslidelse og overvekt. Det kan tenkes at det vil være utfordrende for normalvektige å forstå hvilke konsekvenser overvekten kan føre med seg, og derfor ikke ha nok forståelse til å tilpasse behandlingen deretter. Våre informanter

fortalte at de har fått økt forståelse gjennom arbeidserfaring med denne pasientgruppen. Dette reflekteres gjennom deres valg av tilpasset utstyr og øvelser, og bevissthet rundt egen bekledning.

4.2 Behandling

Gruppebehandling ble trukket frem som en behandlingsform med mange positive aspekter, og ble ofte brukt i behandling med denne pasientgruppen. Tidligere forskning indikerer at yoga kan ha positiv effekt på antall overspisingsepisoder, depresjon og KMI (Vancampfort et. al., 2013). Yoga ble brukt som en form for gruppetrening med den hensikt å få pasientene til å bli kjent med kroppen sin gjennom annen form for bevegelse. Gjennom å bli kjent med kroppen sin vil pasientene ha mulighet til å få økt kroppsbevissthet og danne seg et nytt forhold til egen kropp.

Våre informanter fortalte at gruppebehandlingen blant annet skulle bidra til at pasientene fikk mulighet til å skape relasjoner med andre som er i samme situasjon som de selv. Å dele samme erfaringer kan bidra til at pasientene får bedre innsikt i sin egen og andres situasjon. Dette på bakgrunn av at de får høre erfaringer fra andre som er i samme situasjon. De får en tilhørighet til samme gruppe, i følge informantene. Goffman (2009) hevder at dette kan blant annet bidra til mindre stigmatisering. Mindre stigmatisering vil kunne senke terskelen for å dele tanker og følelser med andre, og sørge for en større effekt av gruppebehandlingen.

Bakland, Sundgot-Borgen, Wynn, Rosenvinge, Stornæss & Pettersen (2018) forklarer i sin studie at å skape en god gruppedynamikk er en nøkkelfaktor for å lykkes med gruppebehandling. For å oppnå dette er det viktig at terapeutene tilrettelegger slik at pasientene blir godt kjent med hverandre. Informantene valgte bevisst å bruke gruppetrening for å utnytte den relasjonen som kan dannes mellom pasientene.

En pasients humør og treningsvilje kan tenkes å påvirke de andre i treningsgruppen positivt. Dette kan knyttes til Behnkes (2005) teori om interkorporeal smitte som forklarer at mennesker etterligner hverandres atferd. En av våre informanter påpekte at gruppetreningen har en skamreducerende effekt. Hvis én pasient tør å dele sin erfaring, vil det senke terskelen for at andre kan gjøre det samme.

På en annen side, kan den gjensidige påvirkningen innenfor en gruppe ha negativ effekt og føre til at pasientene opplever gruppebehandlingen negativt og føler seg enda verre. En annen utfordring med gruppetrening kan være at noen krever mer oppmerksomhet enn andre eller at de mistrives med hverandre. Dette kan ha en negativ påvirkning på gruppen, som er et aspekt man som fysioterapeut må være bevisst på (Bakland et al., 2018).

Undervisning som en behandlingstilnærming er hensiktsmessig for å gi pasientene kunnskap om kroppens sammensetning, og hvordan dette kan knyttes til overspisingsslidelse og overvekt (Soundy et al., 2015). Det vil være viktig for pasientene å ta ansvar for egen behandling og å forstå hensikten bak valg av øvelser. Et av delmålene i behandlingen vil være at fysioterapeutene veileder pasientene slik at de kan takle kroppslige reaksjoner.

Informantene brukte mindfulness, massasje og øvelsesbehandling i individuell behandling. Mindfulness og massasje ble ansett som positivt for å bedre pasientens evne til avspenning, samtidig som det vil kunne gi fysioterapeuten et inntrykk av pasientens spenningsnivå. Den individuelle behandlingen kan ha fokus på områder som gruppebehandlingen ikke dekker, gjennom at fysioterapeuten har mulighet til å tilpasse øvelser for hver enkelt pasient.

Ulike intervensjoner i individuell behandling kan anses som positivt fordi det gir grunnlag for variasjon i behandlingsforløpet. Ikke alle pasienter takler å delta i gruppebehandling, andre har behov for mer tilrettelagt individuell behandling på grunn av psykiske belastninger eller andre utfordringer. Ut fra våre funn brukes loggføring som et virkemiddel i behandlingen med mål om å få pasienten bevisst på sine spisevaner. Vi fant ingen forskning på effekten av loggføring med pasienter med overspisingsslidelse og overvekt. Pasient og terapeut kan sammen kartlegge årsaksgrunnlaget for overspisingsepisoder gjennom loggføring av spisevaner. Terapeuten bør likevel være bevisst på muligheten for at enkelte pasienter kan underrapportere, noe som kan ses på som en utfordring ved loggføring.

4.2.1 Tverrfaglig samarbeid

Et sentralt funn i vår studie var viktigheten av tverrfaglig samarbeid i praksis. Forskning viser at samarbeid på faglig og organisatorisk nivå gir positiv effekt på sykdomsforløp og kvalitet på tjenestene, spesielt når det gjelder pasienter med moderat til alvorlig psykisk lidelse (Hviding,

Bugge, Brelín, Ekern, Høifødt, Nessa & Flottorp, 2008). Respekt for ulik faglig kunnskap, pasientsentrert samarbeid og å legge til rette for kommunikasjon har stor betydning for godt tverrfaglig samarbeid (Crocker, Trede & Higgs, 2012). Dette samsvarer med det våre informanter fortalte om samarbeidet med andre profesjoner i daglig praksis. Informantene trakk spesielt frem at alle de ulike faggruppene har noe å bidra med i behandlingsforløpet til pasienter med overspisingslidelse da det er en kompleks diagnose.

Gjennom intervju med informantene fikk vi et inntrykk av at det var gjensidig respekt på tvers av profesjonene. Kvarnstrøm (2009) skriver at man kan lære av hverandre og øke egen bevissthet om egen profesjon gjennom samarbeid i team. Ved teamsamarbeid vil man oppnå en bedre mulighet til å møte pasienten og samtidig stille med en bredere kompetanse som kan bidra til å møte pasientens behov. Det ble likevel nevnt at det kan oppstå uenigheter i det tverrfaglige samarbeidet, men at dette vil være en naturlig del av et samarbeid. Det kan tenkes at uenigheter kan bidra til diskusjon mellom profesjonene som videre kan styrke grunnlaget for valg av behandling.

4.3 Fysioterapeutens rolle

Samfunnet stigmatiserer ulike grupper mennesker ved å kategorisere disse ut fra hva som anses å være normalt (Goffman, 2009). Personer med overspisingslidelse og overvekt blir kategorisert som et avvik fra det som er “normalt”, selv om utviklingskurven i Norge viser at andelen overvektige øker (FolkeHelseinstituttet, 2017; Helsedirektoratet, 2011). Fysioterapeuter er også en del av “den vanlige befolkningen” og kan på lik linje med alle andre bli påvirket av samfunnets negative holdninger knyttet til overvekt og psykiske lidelser. Fysioterapistudiet har fokus på at vi som fremtidige fysioterapeuter skal være godt rustet til å arbeide med mennesker på en god, etisk og reflektert måte (NTNU, 2019). Hvis man skal møte en pasient på en god måte, vil det være viktig at fysioterapeuten har reflektert over hvilke holdninger han/hun har overfor denne pasientgruppen, og hvordan dette kan påvirke pasient-terapeut relasjonen. Informantene i vår undersøkelse påpekte viktigheten av å være respektfull i møte med en sårbar pasientgruppe for å unngå å skape mer skam og kroppsforakt.

Dagens mediebilde bidrar til å forsterke de negative holdningene samfunnet har mot de som blir ansett som “unormale”. Reklame i ulike medier fremhever hvor viktig det er å ha en “perfekt kropp” for å anses som vellykket. Hvorfor fremmer media en idealkropp som ytterst få klarer å oppnå? Statens helsetilsyn (2000) poengterer at det er ingen tvil at overdreven opptatthet av kropp og utseende kan bidra til et dårlig selvbilde, som er et av hovedproblemene til pasienter med overspisingslidelse og overvekt. Per Fugelli (2015) beskriver dette godt: *“Det å bli stemplet som ikke god nok, gjør noe farlig med et menneskes syn på seg selv”*.

En styrke hos fysioterapeuter er kunnskap til å veilede og forklare pasienter om kroppslige reaksjoner og hvordan disse henger sammen med følelser (Børsum & Råheim 2017; Soundy et al., 2015). Likevel påpeker våre informanter at fysioterapeuter i enda større grad kan ha fokus på hvordan psykiske utfordringer kan komme til uttrykk somatisk. I Rammeplanen for Fysioterapeututdanningen (2005) fremgår det at fysioterapeutens spesielle kompetanse er undersøkelse og behandling av plager knyttet til bevegelsessystemet, samt forebygging av slike plager. Våre funn tilsier at psykiske lidelser, spesielt knyttet mot overspisingslidelse og overvekt, kan utarte seg som en plage knyttet til bevegelsessystemet. På bakgrunn av dette kan det diskuteres om psykiske lidelser som overspisingslidelse burde få større oppmerksomhet i grunnutdanningen. Dette styrkes av det faktum at overspisingslidelse er den vanligste spiseforstyrrelsen i dag (Albertsen et al. 2019; Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007).

5 Konklusjon

Vår studie har bidratt til et innblikk i hvordan fysioterapeuter undersøker og behandler pasienter med overspisinglidelse og overvekt. Et sentralt funn i undersøkelsen av denne pasientgruppen, er kartleggingen av pasientens kroppsbilde og grad av kroppsbevissthet. Et hovedmål med behandlingen er at pasienten skal bli kjent med egen kropp.

Å bygge tillitsfull relasjon fra første møte med pasienten er avgjørende for videre behandlingsforløp og behandlingseffekt. Gruppebehandling kombinert med individuell behandling har en positiv effekt i følge informantene. Fysioterapeuter får utnyttet fordelene med å ha pasienten i gruppe, og mulighet til individuell tilpasning. Gjennom tverrfaglig samarbeid og undervisning får pasienten muligheten til å bli kjent med kroppen gjennom ulike tilnærminger, noe som styrker behandlingen.

Vi etterlyser mer forskning på området for å få økt innsikt i hvor stor grad pasienter med overspisinglidelse og overvekt opplever effekt av undersøkelse og behandling hos fysioterapeut. Dette ville gitt større forståelse for brukerperspektivet. I tillegg mener vi det er viktig å øke fysioterapeuters kompetanse i møte med denne pasientgruppen.

6 Referanseliste

- Albertsen, N. M., Natvik, E & Råheim, M. (2019) Patients' experiences from basic body awareness therapy in the treatment of binge eating disorder - movement toward health: a phenomenological study. *Journal of Eating Disorders*, 7:36.
- Bahr, R., (2015). Overvekt og fedme. I: *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 466-483) Oslo: Fagbokforlaget.
- Bakland, M., Sundgot-Borgen, J., Wynn, R., Rosenvinge, J. H., Stornæss, A. V. & Pettersen, G. (2018) Therapists' experiences with a new treatment combining physical exercise and dietary therapy (the PED-t) for eating disorders: an interview study in a randomised controlled trial at the Norwegian School of Sport Sciences. *BMJ Open*;8:e019386. doi:10.1136/bmjopen-2017-019386
- Behnke, E. (2005) Selected essays from North America, Lester Embree and Thomas Nenon Bodily Relationality: An Experiment in Phenomenological Practice (VII). *Phenomenology*, Vol.5, 67 – 84.
- Berg, K. H. (2015) Overspisingsslidelse og kroppsforstyrrelse. Hentet fra: <https://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Overspisingsslidelse-og-kroppsbildeforstyrrelse>
- Bunkan, B. H. (2010) Kropp, respirasjon og kroppsbylde. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Børsum & Råheim (2017) Når kropp er vanskelig: Psykomotorisk fysioterapi for pasienter med spiseforstyrrelse: en intervjustudie. Hentet fra: <https://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Naar-kropp-er-vanskelig-Psykomotorisk-fysioterapi-for-pasienter-med-spiseforstyrrelser.-En-intervjustudie>
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (Eds.). (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. Guilford Press.

- Crocker, A., Trede, F. & Higgs, J. (2012) Collaboration: What is it like? - Phenomenological interpretation of the experience of collaborating within rehabilitation teams. *Journal of Interprofessional Care*. 26: 13-20.
- Eide, H. & Eide, T. (2004) *Kommunikasjon i praksis: Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. (1.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Welch S.L. (1999) Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry*; 56: 468 – 76.
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay P. J., Davies B.A., & O'Connor M. E. (1998) Risk factors for binge eating disorder: a community-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry*; 55: 425 – 32.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies B. A. & O'Connor M. E. (1997) Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry*; 54: 509–17
- Ferreira, P. H., Ferreira, M. L., Maher, C. G., Refshauge, K. M., Latimer, J., & Adams, R. D. (2013). The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain. *Physical therapy*, 93(4), 470-478.
- FolkeHelseinstituttet (2017) Overvekt og fedme i Norge. hentet fra:
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/overvekt-og-fedme/>
- Gardner, R. M., Friedman, B. N., & Jackson, N. A. (1998). Methodological Concerns When Using Silhouettes to Measure Body Image. *Perceptual and Motor Skills*, 86(2), 387–395.
<https://doi.org/10.2466/pms.1998.86.2.387>
- Helsedirektoratet (2011) Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten, Vol.IS-1735.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 61(3): 348-58.

- Hviding, K., Bugge, P., Brelin, P., Ekern, P., Høifødt, T. S., Nessa, J., & Flottorp, S. A. (2008). Samhandling om pasienter med alvorlige psykiske problemer i allmennpraksis. *Rapport fra Kunnskapssenteret nr 3*.
- Håkonsen, K. M., (2014) *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kelley, J. M., Kraft-Todd, G., Schapira, L., Kossowsky, J., & Riess, H. (2014). The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PloS one*, 9(4), e94207.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervjuet* (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvalem, I. L. (2007). Ungdom og kroppsbilde. I: I. L. Kvalem & L. Wichstrøm (Red.), *Ung i Norge: Psykososiale utfordringer*. (pp. 33-50). Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Kvarnström, S. (2009) Samarbeid og læring i det tverrprofesjonelle teamet. i Willumsen, e. *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren*. Oslo: Universitetsforlaget, ss. 88-102.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg) Oslo: Universitetsforlaget.
- NTNU (2019). Fysioterapi, 3 årig bachelorprogram: Om fysioterapi. Hentet fra: <https://www.ntnu.no/studier/hsgftb/om-fysioterapi>
- Nygårdsvik, I. (2005). Fra konflikt til samarbeid - dialogens 4 grunnprinsipper. *Kart og plan*, Vol. 98 (4), s. 216-223
- O'Keeffe, M., Cullinane, P., Hurley, J., Leahy, I., Bunzli, S., O'Sullivan, P. B., & O'Sullivan, K. (2016). What influences patient-therapist interactions in musculoskeletal physical therapy? Qualitative systematic review and meta-synthesis. American Physical therapy Association.

Fugelli, P. (2015). *Sitater av Per Fugelli: ikke vær et et 1-tall på jorden, bry deg om flokken din*. Oslo: Universitetsforlaget.

Personopplysningsloven (2018) *Lov om behandling av personopplysninger*. §1. Hentet fra:
<https://lovdata.no/lov/2018-06-15-38/§1>

Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H. & Vanderlinden, J. (1995) The Body Attitude Test for Patients with an Eating Disorder: *Psychometric Characteristics of a New Questionnaire, Eating Disorders*, 3:2,133-144, DOI: [10.1080/10640269508249156](https://doi.org/10.1080/10640269508249156)

Rammeplan for Fysioterapeututdanningen (2005). Utdannings og forskningsdepartementet. Hentet fra:
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/ufd/pla/2003/0002/ddd/pdfv/215886-rammeplan_fysio_23.06.04_ny.pdf

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stanicke E. (2018) *Psykiatriboken: Sinn - kropp - samfunn* (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Skårderud, F. Å ta kroppen på ordet. Spiseforstyrrelser og selvskading. I: Skårderud, F., Haugsgjerd, S & Stanicke E. (2010) *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Skårderud, F. (2000) *Sterk/svak. Håndboken om spiseforstyrrelser* (1. utg.) Oslo: Aschehoug.

Skårderud F, Rosenvinge J. H. & Gøtestam G. K. (2004) *Spiseforstyrrelser - en oversikt*. *Tidsskriftet for Den norske lægeforening* 124, 1938-42.

Statens helsetilsyn (2000) *Alvorlige spiseforstyrrelser: retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*. Utredningsserien nr 7.

Soundy, A., Stubbs, B., Probst, M., Gyllensten, L. A., Skjaerven, H. L., Catalan-Matamoros D. & Vancampfort, D. (2015) *Considering the Role of Physical Therapists Within the treatment and Rehabilitation of Individuals With Eating Disorders: An International Survey of Expert Clinicians*. School of Sports, Exercise and Rehabilitation Sciences, University of Birmingham, Birmingham, B15 2TT, UK. DOI: [10.1002/pri.1637](https://doi.org/10.1002/pri.1637)

- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlag.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlag.
- Tjora, A. (2015) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (1. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Adámkova, M., Skjaerven, LH., Catalán-Matamoros, D., Lundvik-Gyllensten, A., Gómez-Conesa, A., Ijntema, R. & Probst, M. (2013) A Systematic review on physical therapy interventions for patients with binge eating disorder, *Disability and Rehabilitation*, 35:26, 2191-2196, DOI: [10.3109/09638288.2013.771707](https://doi.org/10.3109/09638288.2013.771707)
- World Health Organization (WHO). Body mass index – BMI. Hentet fra: www.euro.who.int

7 Appendix

7.1 Vedlegg 1

Forespørsel om å delta i en vitenskapelig undersøkelse.

Fysioterapeuter i møtet med pasienter med overspisingslidelse og overvekt.

Det finnes lite informasjon rundt fysioterapi i møtet med pasienter med overspisingslidelse og overvekt. På bakgrunn av dette ønsker vi derfor med dette prosjektet å få et større innblikk i hvordan fysioterapeuter møter denne pasientgruppen i praksis.

For å få fram fysioterapeuters erfaringer, skal det gjennomføres en kvalitativ undersøkelse med åpne, individuelle intervju. Resultatene vil bli benyttet i en bacheloroppgave som omhandler fysioterapeuters møte med denne pasientgruppen. Det ønskes derfor kontakt med fysioterapeuter som har erfaring med denne pasientgruppen.

For å delta må du være:

- Autorisert fysioterapeut.
- Jobbe eller ha jobbet med pasienter med overspisingslidelse og overvekt.

Alle opplysninger fra intervju vil bli behandlet fortrolig, og studentene har taushetsplikt.

Informasjon fra intervju skal anonymiseres. Undersøkelsen baseres på frivillighet, og en kan trekke seg når som helst uten å angi noen begrunnelse. For å delta kreves skriftlig samtykke.

Bacheloroppgaven utarbeides og skrives høsten 2019 ved NTNU. De som deltar vil få muligheten til å få tilsendt og lese sluttresultatet.

Ta kontakt med xxx via e-post for mer informasjon:

dersom du ønsker å delta, send utfylt samtykkeerklæring til xxx.

Vennlig hilsen,

.....

3 års fysioterapistudenter ved NTNU

7.2 Vedlegg 2

Intervjuguide

Innledende spørsmål

- Kan du fortelle litt om deg selv?
- Alder
- Stilling
- Utdanning
- Yrkeserfaring

Erfaring

- Kan du fortelle litt om hva ditt arbeid som fysioterapeut går ut på i undersøkelse og behandling av pasienter med overspisingslidelse og overvekt?
- Hvilke utfordringer møter du i forhold til disse pasientene?
 - Eksempler?
- Er det mange som slutter å gå til fysioterapeut gjennom forløpet? I så fall, hva kan være grunnen til dette?

Undersøkelse

- Hvordan går du frem i en undersøkelsessituasjon med disse pasientene?
- Hvordan tenker du dine personlige kvaliteter påvirker møtet med pasientene?
- Tillit og kontakt er viktig i møte med pasienter. Hva tenker du om dette i forhold til pasienter med overspisingslidelse og overvekt?
- Når du undersøker pasientene, hva finner du?
- Hva er hovedproblemet til denne pasientgruppen?
- Hvilket forhold har de til kroppen?
- Hva er viktig å ha med og hva kan være viktig å unngå i en undersøkelsessituasjon?
 - Pasienthistorier og eksempler?

Behandlingsmetoder

- Hvordan behandler du denne pasientgruppen?
- Hvilke metoder bruker du i undersøkelse og/eller behandling i møtet med denne pasientgruppen?

- Hvordan går du frem?
- Hvordan fungerer dette for deg?
- Pasienthistorier og eksempler?
- utfordringer med å bruke denne metoden?
- Tidsbruk?
- Hvordan går det med disse pasientene?
 - Hvor lenge går de til behandling?
 - Utbytte av behandling?
 - Blir de friske?

Tverrfaglig samarbeid

- Jobber du sammen med andre profesjoner i møtet med denne pasientgruppen?
 - Hvilke?
 - Hvordan fungerer dette?
 - Hvilke roller har dere i en terapeut- pasientsituasjon.
 - utfordringer?
 - Pasienthistorier?

Tips og råd

- Hva er viktig å tenke på i møtet med denne pasientgruppen ifølge dine erfaringer?
- Er det noe en bør unngå i møte med denne pasientgruppen?
- Pasienthistorie?
- Har du noen spesifikke tips og råd for hvordan fysioterapeuter kan møte denne pasientgruppen?

Kunnskapsnivå i dag?

- Hva vil du si om kunnskapsnivået blant fysioterapeuter på dette feltet i dag?
- Hva mener du fysioterapeuter bør kunne mer om i møte med denne pasientgruppen?

Sluttspørsmål?

- Er det noe mer du ønsker å tilføye som du ikke har fått sagt?

7.3 Vedlegg 3

Skriftlig samtykke:

Bacheloroppgave om fysioterapeuters undersøkelse og behandling av pasienter med overspisingslidelse og overvekt.

Jeg har lest informasjonsskrivet om bacheloroppgaven som skal skrives, og har hatt anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i prosjektet:

Sted/Dato _____ **Underskrift** _____

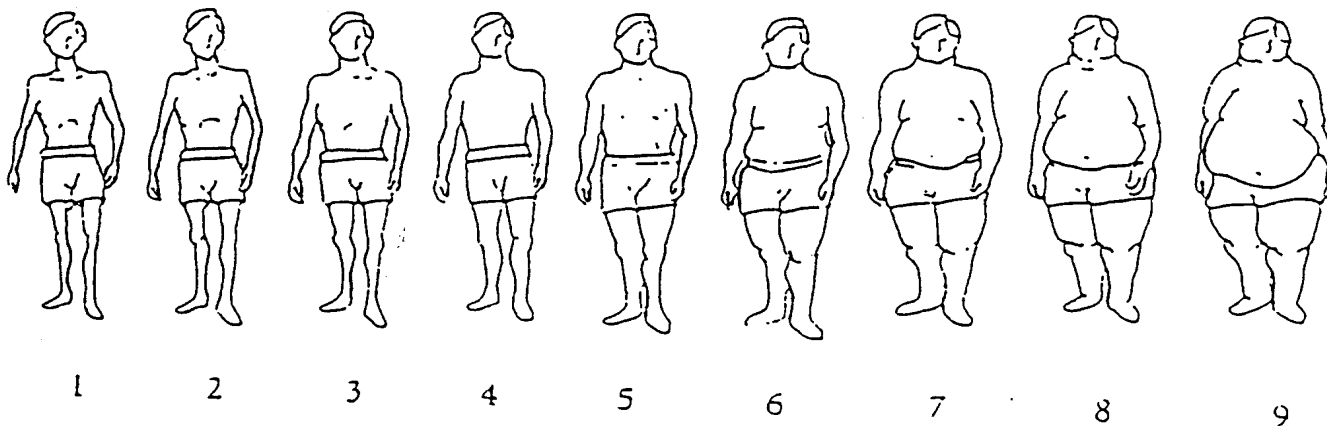
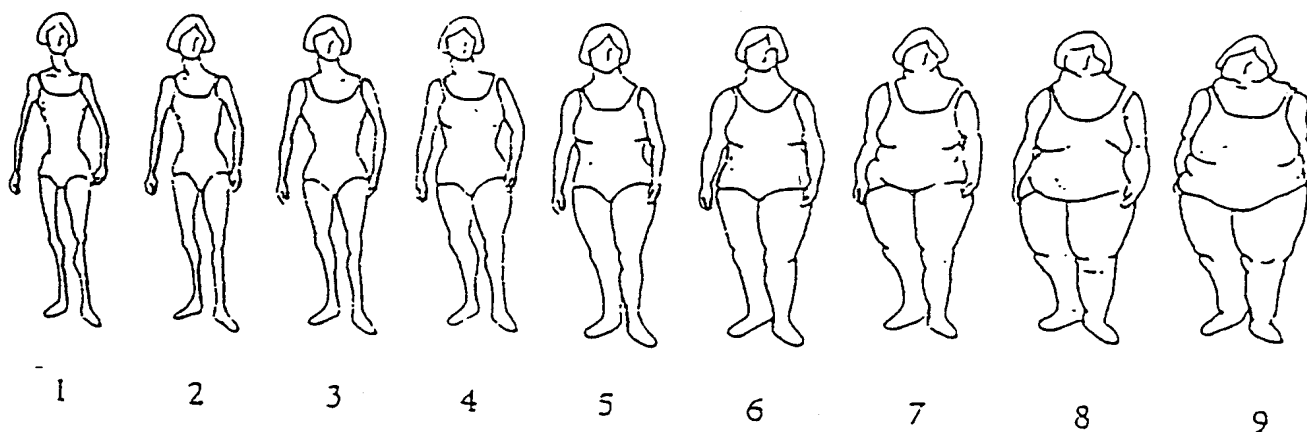
7.4 Vedlegg 4

Navn.....

SILHUETTER

Dato.....

Her ser du 9 silhuett figurer, med ulike kroppsstørrelser. Kan du med utgangspunkt i dem, svare på spørsmålene under? Dersom svaret ligger imellom to figurer, bruk halve tall for å markere dette. (F.eks figur 3,5)



1	Hvilken av figurene stemmer best overens med hvordan din kropp ser ut? figur nr.		
2	Hvilken av figurene stemmer best overens med hvordan du opplever din kropp? figur nr.		
3	Bruker din opplevelse av kroppens størrelse å variere så mye at du vil beskrive den med flere figurer?	Ja	Nei
3b	Variasjon størrelse, nedre grense? figur nr.		
3c	Variasjon størrelse, øvre grense? figur nr.		
4	Hvilken av figurene stemmer best overens med slik du ønsker å se ut? figur nr.		