

Den paradoksale aktiviteten

Fysioterapeutens rolle ved bruk av fysisk aktivitet
i behandling ved spiseforstyrrelser

Bacheloroppgave i fysioterapi, HFYS3007
Januar 2022

10040

10042

Den paradoksale aktiviteten

Fysioterapeutens rolle ved bruk av fysisk aktivitet i
behandling ved spiseforstyrrelser

Bacheloroppgave i fysioterapi, HFYS3007
Januar 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn

Spiseforstyrrelser er psykiske lidelser med en stor tilstedeværelse av somatiske symptomer. Blant annet har omtrent halvparten av spiseforstyrrede personer et anstrengt forhold til fysisk aktivitet. Fysioterapeuter innehar mye kunnskap om aktivitet og trening, og viktigheten av dette for både den fysiske og psykiske helsen. Til tross for dette, har fysioterapeuter en tilsynelatende liten rolle i behandlingen av disse lidelsene.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke fysioterapeutens rolle ved bruk av fysisk aktivitet som en del av behandlingen ved spiseforstyrrelser.

Metode

I oppgaven er litteraturstudie brukt som metode. Systematiske søk ble utført i de medisinske databasene PubMed, Medline og PsycInfo. Syv studier ble inkludert og analysert med utgangspunkt i kvalitativ metasyntese.

Resultat

Analyse av de syv funnstudiene resulterte i tre hovedtemaer: 1) *regulere og normalisere fysisk aktivitet*, 2) *individuelle tilpasninger* og 3) *profesjonalitet og personlige kvaliteter*. Hovedtema 1 er delt i tre underkategorier: gjennom erfaring, gjennom psykoedukasjon og å anerkjenne paradokset fysisk aktivitet som symptom og behandling.

Konklusjon

Fysisk aktivitet ser ut til å være en viktig rolle i behandlingen ved spiseforstyrrelser, og fysioterapeuter kan og bør være sentrale ved bruk av fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Et viktig aspekt er å regulere og normalisere forholdet til fysisk aktivitet. I dette arbeidet er det viktig å la personen lære og erfare hva sunn aktivitet er, samt å anerkjenne det paradoksale ved at aktiviteten kan være både symptom og behandling. Fysioterapeuten må kunne gjøre individuelle tilpasninger basert på sykdomsbildet. Det er viktig at man er profesjonell, oppdatert på fagfeltet og at man evner å vise empati og vennlighet. Fysioterapeuter har kunnskap om hvordan ulike faktorer påvirker menneskers helse, livskvalitet og mulighet til å bevege seg. De kan derfor være viktige bidragsytere i behandlingen.

Abstract

Background

Eating disorders are psychological afflictions with a great presence of somatic symptoms. Approximately half of all eating disorder patients have a strained relationship with physical activity. Physiotherapists possess a lot of information relating to physical activity and exercise, and the importance of it, when it comes to both physical and mental health. In spite of this, physiotherapists seem to have little to no role in the treatment of these afflictions.

Purpose

The purpose of this assignment is to study the physiotherapists involvement with the use of physical activity as a part of the treatment to counteract eating disorders.

Method

Literature study is the method used in this assignment. Systematic searches were conducted in the medical databases of PubMed, Medline and PsycInfo. Seven studies were included and analyzed with a base in qualitative meta-synthesis.

Results

Analysis of the seven studies resulted in three main themes: *1) regulate and normalize physical activity, 2) individual adjustments and 3) professionalism and personal qualities.* Main theme 1 has three subcategories: through experience, through psychoeducation and acknowledge the paradox of physical activity.

Conclusion

Physical activity seems to be an important role in the treatment of eating disorders, and physiotherapists can and should be central to the use of physical activity as part of the treatment. It's important to let the patient learn and experience how healthy physical activity can be, and to also recognize the paradoxical element between physical activity as a symptom and a treatment. Physiotherapists must make individual adjustments based on the scope of the patient's illness. It's important that physiotherapists act professionally, are up to date on the newest developments within the field of study and show empathy and kindness towards the patient. Therefor, they can be important contributors to the treatment.

Spiseforstyrrelser er kroppens konkrete tale. Den taler tydelig og overtydelig. Den som er *tynget* av bekymringer, forsøker å *lette seg*. Den som opplever et indre kaos, forsøker å *glemme* i overspisingen. Den som er misfornøyd med seg selv, forsøker å *likne en som er ideell*. Den som lengter etter kjærlighet, *fyller seg med mat*.

Det er kanskje dét vi ikke forstår: at det er for enkelt.

- Finn Skårderud (2000, s.8-9)

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| 1.0 Innledning | 1 |
| 1.1 Problemstilling og presisering av oppgaven | 2 |
| 1.2 Avgrensning av oppgaven..... | 2 |
| 1.3 Begrepsavklaringer..... | 2 |
| 2.0 Teori | 4 |
| 2.1 Grunnlag for å forstå spiseforstyrrelser..... | 4 |
| 2.2 Behandling av spiseforstyrrelser | 6 |
| 2.3 Fysisk aktivitet og spiseforstyrrelser..... | 6 |
| 2.4 Fysisk aktivitet og psykisk helse | 7 |
| 2.5 Komplikasjoner ved spiseforstyrrelser..... | 8 |
| 2.6 Fysioterapeuter i behandling ved spiseforstyrrelser..... | 8 |
| 3.0 Metode | 9 |
| 3.1 Begrunnelse for metode..... | 9 |
| 3.2 Metode for innhenting av litteratur | 10 |
| 3.3 Metode for analyse og tolkning av data | 13 |
| 3.4 Forforståelse | 14 |
| 3.5 Etske vurderinger | 15 |
| 4.0 Resultat | 15 |
| 4.1 Hovedtema 1: Regulere og normalisere fysisk aktivitet | 15 |
| 4.2 Hovedtema 2: Individuelle tilpasninger | 17 |
| 4.3 Hovedtema 3: Profesjonalitet og personlig kvaliteter | 18 |
| 5.0 Diskusjon | 19 |
| 5.1 Diskusjon av resultat | 19 |
| 5.2 Diskusjon av metode | 25 |
| 6.0 Konklusjon | 26 |
| 7.0 Referanseliste | 28 |
| 8.0 Vedlegg | 36 |
| 8.1 Vedlegg 1: Sjekkliste..... | 36 |
| 8.2 Vedlegg 2: Funnstudier | 38 |
| 8.3 Vedlegg 3: Analysematrise | 39 |

1.0 Innledning

De siste månedene har det vært flere avisoppslag om «den syke idretten», hvor det settes søkelys på forekomsten av spiseforstyrrelser i langrennssporten. Det hevdes at fokuset på å optimalisere kroppen for konkurranse gjør at grensen for hvor lav vekt man kan prestere på tynes til det ytterste – og i verste fall til det sykelige (Oksnes, et al., 2021). Skihopper Maren Lundby uttalte i starten av oktober 2021, 4 måneder før vinter-OL i Beijing, at hun ikke blir å se i vinterens store idrettsbegivenhet. Årsaken er at hun sliter med vektforutsetningene som kreves for mesterskapet. Som idrettsutøver er hun ikke villig til å kontrollere vekten på en usunn og uforsvarlig måte for å lykkes på idrettsarenaen (Hagen & Lie, 2021).

Media gir et inntrykk av at spiseforstyrrelser er en «idrettsskade» som kun forekommer i toppidretten, men i dag vet vi at spiseforstyrrelser er mer enn bare tynne jenter, spisevegring og prestasjonspress. Overspisingslidelse er den spiseforstyrrelsen med høyest forekomst på ca. 3% i befolkningen. Etter dette kommer bulimia nervosa med en forekomst på ca. 2%, og anorexia nervosa med lavest forekomst på ca. 0,3% (Torgersen, 2016). Majoriteten av de som får en spiseforstyrrelse er *ikke* toppidrettsutøvere. Mange driver ikke med idrett i det hele tatt. Til tross for dette, har fysisk aktivitet og trening en sentral rolle i sykdomsbildet (Aarmo, et al., 2021). Studier viser at overdreven fysisk aktivitet er et symptom hos omtrent halvparten av de med spiseforstyrrelser. Ved bulimia nervosa er prosentandelen 55,1% og ved anorexia nervosa 40,3%. Ved overspisingslidelse antas det at ca. 1 av 8 overdriver eller har et tvangspreget forhold til fysisk aktivitet og trening (Monell, et al., 2018). Hvordan kan da trening og fysisk aktivitet, som paradoksalt nok også er et symptom, brukes som en del av behandlingen mot nettopp disse lidelsene?

Spiseforstyrrelser er på ingen måte et nytt fenomen (Vedul-Kjelsås & Göttestam, 2004). Allerede fra antikken har problematikk rundt spising vært kjent. Blant kristne i middelalderen ble evnen til å ikke spise forbundet med åndelige verdier, og kvinner som vegret seg for å spise ble omtalt som «hellige anorektikere». Det var ikke før i 1689 at spisevegring og et «mirakuløst» tap av appetitt ble beskrevet som et medisinsk fenomen. Det tok 200 år før dette ble beskrevet med symptomer som alvorlig vekttap, fravær av menstruasjon, forstoppelse og motorisk uro (Vedul-Kjelsås & Göttestam, 2004). I løpet av 1980-årene fikk lidelsen en større plass i vår kultur, og sykdommen ble mer og mer synlig (Skårderud, et al., 2004a).

Den økende oppmerksomheten rundt spiseforstyrrelser har ført til at flere oppsøker hjelp, som igjen har økt behovet for behandlingsskapasitet, bedre kliniske ordninger og kompetanse på området (Skårderud & Rosenvinge, 2001; Rosenvinge & Pettersen, 2006). Fra perioden

januar til mai 2020 til samme periode i 2021 økte antall henvendelser fra barn og unge som sliter med spiseforstyrrelser med hele 92% (Finsås & Ulsten, 2021).

De siste årene har andelen forskning på hvilken rolle fysisk aktivitet spiller i sykdomsbildet ved spiseforstyrrelser økt. Dog tar lite av forskningen for seg hvordan fysisk aktivitet kan spille en rolle i *behandlingen* ved spiseforstyrrelser.

Spiseforstyrrelser er psykiske lidelser hvor forholdet til egen kropp er problematisk. Det er flere faktorer som spiller inn på utviklingen og opprettholdelsen av lidelsen, og det stilles derfor store krav til kompetanse hos de som jobber med dette. Til tross for fysioterapeuters kunnskap om kropp, bevegelse og funksjon, har de en tilsynelatende liten rolle i behandlingen av disse lidelsene. Målet med oppgaven er derfor å utforske hvordan fysioterapeuter kan bruke fysisk aktivitet som et supplement i behandlingen ved spiseforstyrrelser.

1.1 Problemstilling og presisering av oppgaven

I denne oppgaven er problemstillingen følgende: *Hvilken rolle har fysioterapeuten ved bruk av fysisk aktivitet i behandling ved spiseforstyrrelser?*

1.2 Avgrensning av oppgaven

I oppgaven belyses fysisk aktivitet som en del av behandlingen ved spiseforstyrrelser, og hvilken rolle fysioterapeuten har i dette arbeidet. Spiseforstyrrelser er delt inn i tre ulike diagnoser som er beskrevet i DSM-5 og ICD-11: anorexia nervosa, bulimia nervosa og overspisingslidelse (APA, 2013; WHO, 2018). Grunnet lite forskning på enkeltlidelser, og studier som tar for seg flere enn bare én diagnose, blir alle diagnosene sett på samlet. For å avgrense oppgaven ses det kun på fysioterapeutens rolle ved bruk av fysisk aktivitet i behandling, og ikke andre behandlingstiltak som fysioterapeuter bruker i arbeid med disse lidelsene. Det blir heller ikke sett på *hvilke* typer aktivitet som brukes.

1.3 Begrepsavklaringer

Spiseforstyrrelser (SF)

SF er psykiske lidelser som ofte kommer til uttrykk via somatiske symptomer og innebærer en overopptatthet av kropp, vekt og utseende. Personer med SF har ofte vansker med å

forholde seg til mat, men også egne tanker og følelser (Skårderud, 2000). De tre hovedgruppene innenfor SF er: anorexia nervosa, bulimia nervosa og overspisingslidelse (APA, 2013; WHO, 2018). I denne oppgaven viser SF til alle de tre diagnosene.

Anorexia nervosa (AN)

Anorexia kommer av gresk og betyr nektende eller manglende appetitt (Vandvik & Moen, 2021). Ved AN begrenser personen hva og hvor mye som spises, og hovedsymptomet er lav vekt og frykt for vektoppgang (Skårderud, 2000; Rø, 2020a). Mange overdriver fysisk aktivitet med et mål om å forbrenne kalorier. Det forekommer ofte en forvrenging av kroppsbildet, og personen innehar ikke lenger et realistisk syn til hvor tynn hun eller han er (Skårderud, 2000).

Bulimia nervosa (BN)

Bulimia stammer fra gresk og betyr oksehunger (Rø, 2020a). BN kjennetegnes med gjentatte episoder med overspising innenfor et tidsrom med en kompenserende atferd i etterkant for å hindre vektøkningen (Skårderud, 2000). En slik kompenserende atferd kan være å fremprovosere oppkast, bruke avførende midler eller å overdrive fysisk aktivitet.

Overspisingslidelse (BED=binge eating disorder)

Den nyeste gruppen innenfor SF. Dreier seg om gjentatte episoder med overspising, men uten den kompenserende atferden som ses ved BN (Skårderud, 2000). Kjennetegnes ved tap av kontroll ved matinntak, og er ofte assosiert med skyldfølelse eller skam under og etter episoden (Helsedirektoratet, 2017a).

Fysisk aktivitet (FA)

Enhver kroppslig bevegelse som er utført av skjelettmuskulatur, og som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå (Bahr, 2020). Trening er en underkategori av FA og defineres som planlagt, strukturert og repetitiv aktivitet med det formål å opprettholde eller forbedre den fysiske formen (Caspersen, et al., 1985). I denne oppgaven

skilles FA fra trening ved at FA er mindre strukturert og ikke har like klare mål for forbedring av fysisk form.

Kroppsmasseindeks (BMI=body mass index)

Et mål som brukes til å vurdere kroppsvekt i forhold til høyde. Regnes ut ved $\frac{\text{vekt i kg}}{(\text{høyde i m})^2}$ og oppgis i kg/m². Verdens helseorganisasjon har fastsatte grenseverdier for BMI som gjelder for voksne (FHI, 2015):

| Klassifisering | BMI, kg/m² |
|-----------------------|------------------------------|
| Undervekt | < 18,4 |
| Normalvekt | 18,5 – 24,9 |
| Overvekt | 25 – 29,9 |
| Fedme | > 30 |

Psykoedukasjon

Gi opplæring og informasjon til pasienter og pårørende om en sykdom eller tilstand. Har som mål å gi realistiske forventninger til behandling, bedring og hvilke muligheter man har for å påvirke tilstanden (UNN, 2020).

2.0 Teori

2.1 Grunnlag for å forstå spiseforstyrrelser

«Grunnen til at det er vanskelig å fatte hva spiseforstyrrelser egentlig handler om, er at spiseforstyrrelser starter som noe og utvikler seg til noe annet» svarte Anne Røer (2006, s. 13) på spørsmål fra en journalist: «hva er det med disse menneskene?» SF er komplekst og sykdomsbildet er ulikt fra person til person, selv innenfor samme diagnosegruppe. For å kunne forstå SF, må man først forstå hvilke premisser som ligger til grunn for en slik lidelse. Merleau-Ponty (1994) hevder at «man har ikke en kropp – man er en kropp» og argumenterer for at kroppen i møtet med omgivelsene sine er en forutsetning for menneskelig bevissthet. Den menneskelige kroppen må ses på som et symbolsk redskap, og ikke bare en fysisk kropp (Skårderud, 2004b). Alle følelser har både et mentalt og et kroppslig uttrykk, det er alltid

både-og (Skårderud, 2020a). Finn Skårderud (2000) skriver i sin håndbok om SF: «*Nekteren kan sulte seg en grense. Renseren kan kvitte seg med det han eller hun er overfylt av. Overspiseren kan spise seg sitt vern av kropp mot de andre*» (s.31). Dette representerer noe av symbolikken innen spiseforstyrrelsens etiologi.

Biologiske, psykologiske og sosiale faktorer spiller inn på utviklingen og opprettholdelsen av en SF, men hva som veier tyngst er vanskelig å vite og vil variere fra person til person (Bang & Stedal, 2020; Torsteinsson, 2020a). Tvillingstudier viser at arveligheten for SF er opptil 48-74% for AN, 55-62% for BN, og 39-45% for BED (Bang & Stedal, 2020). Uavhengig av hvilke faktorer lidelsen beror seg på er det to psykologiske fenomener som ligger til grunn for alle former av lidelsen; *lav selvfølelse* og *opplevelsen av å ikke ha kontroll* (Skårderud, 2000). Å kontrollere matinntak kan være et forsøk på å oppnå bedre selvfølelse og kontroll (Villa Sult, i.d.).

Utseende og kropp er sentralt for selvbildet og hvordan man blir oppfattet av andre mennesker (Kvalem, 2007). Kroppsbilde kan forklares som hvordan en ser seg selv gjennom andre, og er påvirket av samfunnets idealer, holdninger og forventninger (Cash & Pruzinsky, 2002). Kroppsbildeforstyrrelser er et fenomen som forekommer i stor grad hos alle de ulike diagnosene av SF (Danielsen & Bratberg, 2013). Dette innebærer en forstyrret oppfatning av egen kropp, og er ofte forbundet med kroppsmisnøye.

En person med SF har ofte motstridende følelser til det å bli frisk. Selv om den syke i stor grad kan se at hun eller han er syk, kan spiseforstyrrelsen ofte gi en opplevelse av å ha kontroll og en følelse av mestring (Skårderud, 2000). Juni Raak Høiseth har egenerfaring med SF og skriver:

«Det handler ikke om å ville eller ikke ville. Det handler om frykt. Frykten for å slippe noe som for de fleste med spiseforstyrrelser oppleves som trygt og som fungerer som en mestringsstrategi mot følelser som er vanskelig å håndtere. Det handler om ambivalens og at en del av deg ikke orker tanken på å gjøre den tunge og vanskelige jobben det er å bryte med spiseforstyrrede tanker og atferd.» (Høiseth, 2020, ss. 29-30).

2.2 Behandling av spiseforstyrrelser

I moderne psykiatri anses SF som en av de mest komplekse og utfordrende psykiske lidelsene å behandle (Fonagy, 2020). Det er uenighet innenfor fagfeltet om det er spesifikke behandlingsmetoder eller relasjonen mellom terapeut og pasient som er avgjørende for et godt resultat. De fleste er i dag enig i at kombinasjonen av en hensiktsmessig metode og en god relasjon er essensielt for en vellykket behandling (Torsteinsson, 2020b). Skårderud (2000) argumenterer for at «*behandling handler om teknikk, men vel så mye om holdning*» (s.95).

Behandling av SF finner sted i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Fastlege, helsesykepleier og andre instanser i primærhelsetjenesten er viktige for oppdagelse av lidelsen. Personer med en spiseforstyrrelse skal henvises til psykisk helsevern for barn og unge eller voksne (BUP/DPS) (Nilsen & Torsteinsson, 2020). Som en del av spesialisthelsetjenesten er det flere regionale kompetansesenter for SF i tilknytning til de ulike helseforetakene, i tillegg til flere private aktører (ROS, 2021).

Det finnes flere metoder for behandling, der *familiebasert terapi* (FBT) og *kognitiv atferdsterapi* (CBT) er blant de vanligste. Per i dag er CBT den mest dokumenterte behandlingen for voksne med SF, mens det for barn og unge har vist å være signifikant bedre med FBT fremfor individuell behandling (Helsedirektoratet, 2017a; Oslo universitetssykehus, 2019; Ganci, 2021). Det sentrale aspektet ved behandling er uansett en *atferdsendring*, da SF kjennetegnes ved en spiseforstyrret atferd (Rø, 2020b).

2.3 Fysisk aktivitet og spiseforstyrrelser

Det har i lang tid vært tradisjoner for å gi pasienter, spesielt ved AN, restriksjoner for FA. Dette for å begrense ytterligere forbruk av energi (Skårderud, 2000). Stadig mer forskning på hvordan FA kan være hensiktsmessig i behandling av SF, gjør at vi befinner oss i et paradigmeskifte. Ved å tillate FA innenfor etablerte rammer og kontrollerte forhold kan det fungere som en belønning, samtidig som det er med på å trekke fram det lystbetonte ved bevegelse og aktivitet (Skårderud, 2000). FA er i større grad en integrert del av behandling for SF nå enn tidligere, og den terapeutiske effekten av aktiviteten virker å være like god som annen behandling (Sundgot-Borgen, et al., 2002; Bratland-Sanda, et al., 2009; Mathisen, et al., 2018).

En studie fra 2002 sammenlignet en behandling som kombinerte trening og ernæringsveiledning i forhold til CBT ved BN. De fant at trening var mer effektivt enn CBT med hensyn til slankeatferd, bulimiske symptomer og kroppsmisnøye (Sundgot-Borgen, et al., 2002). En annen studie fant at trening og ernæringsveiledning ga like gode resultater som CBT i forhold til tvangspreget trening hos personer med BN og BED (Mathisen, et al., 2018). Ved å kombinere trening med CBT ble overspisingsepisoder hos kvinner med BED betydelig redusert i forhold til de som kun mottok CBT (Pendleton, et al., 2002). Danielsen, et al. (2018) beskriver sine erfaringer med å integrere FA som et supplement i behandlingen. Hun poengterer at det er viktigere å adressere de kvalitative, fremfor de kvantitative aspektene ved aktiviteten, og skriver: «*som en integrert del av behandlingsfilosofien vektlegger vi å tilrettelegge for en sosial arena for å styrke pasientens opplevelse av sunn aktivitet i en hyggelig og ikke-konkurrerende atmosfære*» (Danielsen, et al., 2018, s. 3).

2.4 Fysisk aktivitet og psykisk helse

Det at fysisk aktivitet har en positiv effekt på kroppen er velkjent, men innvirkningen det har på hjernen og den psykiske helsen er ikke like godt formidlet. Flere studier har sett på sammenhengen mellom FA, psykisk helse og kognitiv funksjon. En stor tverrsnittstudie med 1,2 millioner amerikanere fant at de som trener rapporterte 43,2% færre dager (1,5 dag) per måned med dårlig psykisk helse (Checkrout, et al., 2018).

I en RCT-studie over ett år deltok 120 eldre. Halvparten bedrev kondisjonstrening i 30 minutter, tre ganger i uka, mens den andre halvdel ble plassert i en kontrollgruppe og gjorde lavintensiv styrke- og bevegelsestrening. MR-bilder av hjernen før og etter studien viser en endring i hippocampus, et område i hjernen som spiller en viktig rolle for læring og korttidshukommelse (Jansen & Holck, 2021). Hos kondisjonstreningsgruppen hadde størrelsen på hippocampus økt med omlag 2% på ett år, mens hos kontrollgruppen hadde størrelsen *redusert* med 1,4% (Erickson, et al., 2011). Studier har vist en sammenheng mellom atrofi av hippocampus og depresjon, samt en sammenheng mellom depresjon og hukommelsessvikt (Sapolsky, 2000; Shelton & Kirwan, 2013; Fu, et al., 2020). Blant personer som har eller har hatt en SF har forekomsten av depresjon vist å være rundt 75% (Fernandez-Aranda, et al., 2007). På bakgrunn av dette kan man anta at FA kan gi disse positive effektene også for personer med SF.

2.5 Komplikasjoner ved spiseforstyrrelser

SF, til forskjell fra de fleste andre psykiske lidelser, kan føre til en rekke medisinske komplikasjoner (Mehler, et al., 2015; McCuen-Wurst, et al., 2018; Hauge & Tonstad, 2020). Den økte forekomsten av osteoporose, artrose og hjerte- og karsykdommer, er av spesiell relevans for fysioterapeuter.

Personer med alvorlig AN har betydelig økt risiko for osteoporose senere i livet, og har opptil tre ganger så høy sannsynlighet for brudd som den øvrige befolkningen (Lucas, et al., 1999; Powers, 1999; Mehler, 2002; Mehler, et al., 2015). Som en følge av dårlig ernæring ser man ved AN ofte lav BMI og amenoré. Amenoré har vist å være spesielt hemmende for nydannelse av ben, på grunn av lave østrogennivå. Dette fører igjen til en lavere bentetthet (Baker, et al., 2000). Ved BN ser man også en lavere bentetthet enn hos normalbefolkningen (Robinson, et al., 2016). Osteoporose er en komplikasjon som ofte blir diagnostisert og behandlet sent i sykdomforløpet. Dette kan føre til kompresjonsbrudd i ryggvirvlene, økt risiko for brudd ellers i kroppen og andre langvarige plager (Frostad, 2004). For å forebygge dette anbefales daglig *vektbærende* aktivitet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Ved BED antas det at over halvparten av de med diagnosen har overvekt eller fedme, og komplikasjoner er ofte tilknyttet dette (McCuen-Wurst, et al., 2018; NHI, 2021). Høy kroppsvekt og fettprosent gir økt risiko for blant annet hjerte- og karsykdommer, diabetes og artrose (Hauge & Tonstad, 2020). Det er vist en betydelig sammenheng mellom artrose og overvekt, og at en reduksjon i kroppsvekt vil kunne redusere symptomer knyttet til lidelsen (King, et al., 2013). FA har vist å minske risikoen for hjerte- og karsykdommer uavhengig av vekttap (Strømme & Høstmark, 2000).

2.6 Fysioterapeuter i behandling ved spiseforstyrrelser

Det er forsket lite på fysioterapi i behandling av SF, og litteraturen på området er begrenset. Den litteraturen som finnes, konsentrerer seg hovedsakelig om inneliggende pasienter. I 2005 samarbeidet Helse Vest og Helste Midt-Norge om å utvikle retningslinjer for fysioterapi og SF (Nilsen, et al., 2005). De baserer seg på forskning og erfaringsbasert kunnskap, og er ment som et utgangspunkt for videre utvikling av fagfeltet (Danielsen, 2006). I retningslinjene pekes det på ulike tilnærminger som kan brukes i behandling, som basal kroppskjennskap, norsk psykomotorisk fysioterapi, trening og FA. FA blir beskrevet som en viktig del av behandlingen. Både det å anerkjenne problemet med overdreven FA og hvordan FA kan

brukes til noe positivt. Det står: *«hovedmålsetning blir bevegelsesglede, der en også må få lære seg verdien av hvile. Det handler om å prøve og finne gleden over å være en kropp i bevegelse* (Nilsen, et al., 2005, s. 57).

Nasjonalt klinisk nettverk for spiseforstyrrelser (NKNS) sitt undernettverk for fysioterapeuter har nylig utviklet anbefalinger for FA og alvorlige SF. Her blir viktigheten av å adressere FA som et symptom i lidelsen tematisert, samt anbefalinger om hvordan man kartlegger og finner passende tiltak som inkluderer FA (NKNS, 2021).

Vancampfort, et al. (2014) har gjort en systematisk oversikt på fysioterapeutiske tiltak ved SF. Denne viser at aerob trening og styrketrening ga økt muskelmasse, BMI og kroppsfett hos de med AN, slik man kan forvente hos en frisk person. I tillegg ga aerob trening, yoga, massasje og basal kroppskjennskap lavere score på spisepatologisk atferd og depressive symptomer ved AN og BN. Samme forskergruppe utførte en kvalitativ spørreundersøkelse om fysioterapeuters rolle ved behandling av SF (Soundy, et al., 2016). Resultatene viser at hovedrollen til fysioterapeuter ved behandling av SF, er blant annet å øke kroppsbevissthet, spesielt ved FA. Samt det å bidra med psykoedukasjon for å skape bærekraftige treningsvaner. Alle deltagerne mente at det var viktig at fysioterapeuter var involvert i å bruke FA i behandling ved SF.

3.0 Metode

I oppgaven blir litteraturstudie benyttet for å svare på hvilken rolle fysioterapeuten har ved bruk av FA som behandling av SF. Systematiske søk i ulike databaser med definerte inklusjons- og eksklusjonskriterier, dannet grunnlag for å velge ut hvilke studier som skulle inkluderes. Disse studiene kalles funnstudier.

3.1 Begrunnelse for metode

Litteraturstudie som metode gjør det mulig å få en oversikt over ny og tilgjengelig forskning innenfor et valgt tema. Dette er spesielt viktig innenfor helse og omsorg, da det blir stadig mer forskning som helsepersonell må forholde seg til (Aveyard, 2010). Ved å sammenfatte, analysere, tolke og sammenligne litteraturen som finnes, kan vi få ny innsikt rundt et tema og bruke det til å besvare en ny problemstilling (Støren, 2013).

For å besvare problemstillingen er det valgt en kvalitativ tilnærming, hvor man ser på de subjektive opplevelsene ved bruk av FA som en del av behandlingen ved SF. Aveyard (2010) argumenterer for at bruk av kvalitative studier i en litteraturstudie er nyttig når problemstillingen søker å finne svar på et spørsmål som krever innsikt og tolkninger.

Metoden for analyse av funnstudiene er inspirert av kvalitativ metasyntese og etnografi (Noblit & Hare, 1998; Malterud, 2017). Malterud (2017) beskriver kvalitativ metasyntese som en metode som retter søkelyset ikke bare mot innhold, men også mot meningen i resultatene fra funnstudiene. Tilnærmingen gir mulighet for å trekke egne beslutninger ut fra kvalitativ data (Malterud, 2001). Ved bruk av en metode inspirert av kvalitativ metasyntese, hvor resultater fra flere kvalitative studier analyseres og tolkes, kan man forske i andres forskning for å besvare en ny problemstilling (Noblit & Hare, 1988).

3.2 Metode for innhenting av litteratur

3.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Det ble gjennomført generelle og innledende søk etter relevant litteratur i databasene PubMed, Ovid Medline og Ovid APA Psycinfo i perioden 15.-29. oktober 2021. Her ble ulike søkeord og kombinasjoner prøvd ut og revidert. For å få med mest mulig relevant litteratur, uten å gå glipp av noe, ble søkeordene bestemt ved hjelp av et PICo-skjema for kvalitative studier (se tabell 1) (Helsebiblioteket.no, 2016).

Tabell 1 – PICo-skjema

| <u>Population/problem</u> | (Phenomen of) <u>Interest</u> | <u>Context</u> |
|--|---|----------------|
| Eating disorders <i>OR</i> Anorexia nervosa <i>OR</i> Bulimia nervosa <i>OR</i> Binge eating disorders | Physical activity <i>OR</i> Physical exercise | Treatment |

På grunn av svært få til ingen treff ved bruk av søkeord som inkluderte fysioterapi («physical therapy», «physiotherapist», osv.), ble dette ikke brukt.

Inklusjon- og eksklusjonskriterier for litteratursøket kommer fram av tabell 2. Kriteriene var ikke helt fastsatte fra starten og ble justert underveis når det var nødvendig, slik som Malterud (2017) beskriver.

Tabell 2 – inklusjon- og eksklusjonskriterier

| Inklusjonskriterier | Eksklusjonskriterier |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitative intervjustudier • Publikasjonsår: 2000 – dags dato • Fagfellevurderte tidsskrift • Må omhandle erfaringer med FA som <i>behandling av SF</i> • Språk: engelsk eller norsk | <ul style="list-style-type: none"> • Kvantitative studier • Systematiske oversikter • Pilotstudier • Studier relatert til Covid-19 • Studier som tar for seg en enkelt aktivitet |

3.2.2 Systematisert søk

Et systematisert søk ble gjennomført 1. november i databasene PubMed, Medline og Psycinfo. I PubMed ble søkeordene brukt akkurat slik de står oppført i tabell 1, mens i Medline og PsycInfo ble det brukt Subject Headings som ble foreslått (se tabell 3).

Tabell 3 - søkeord

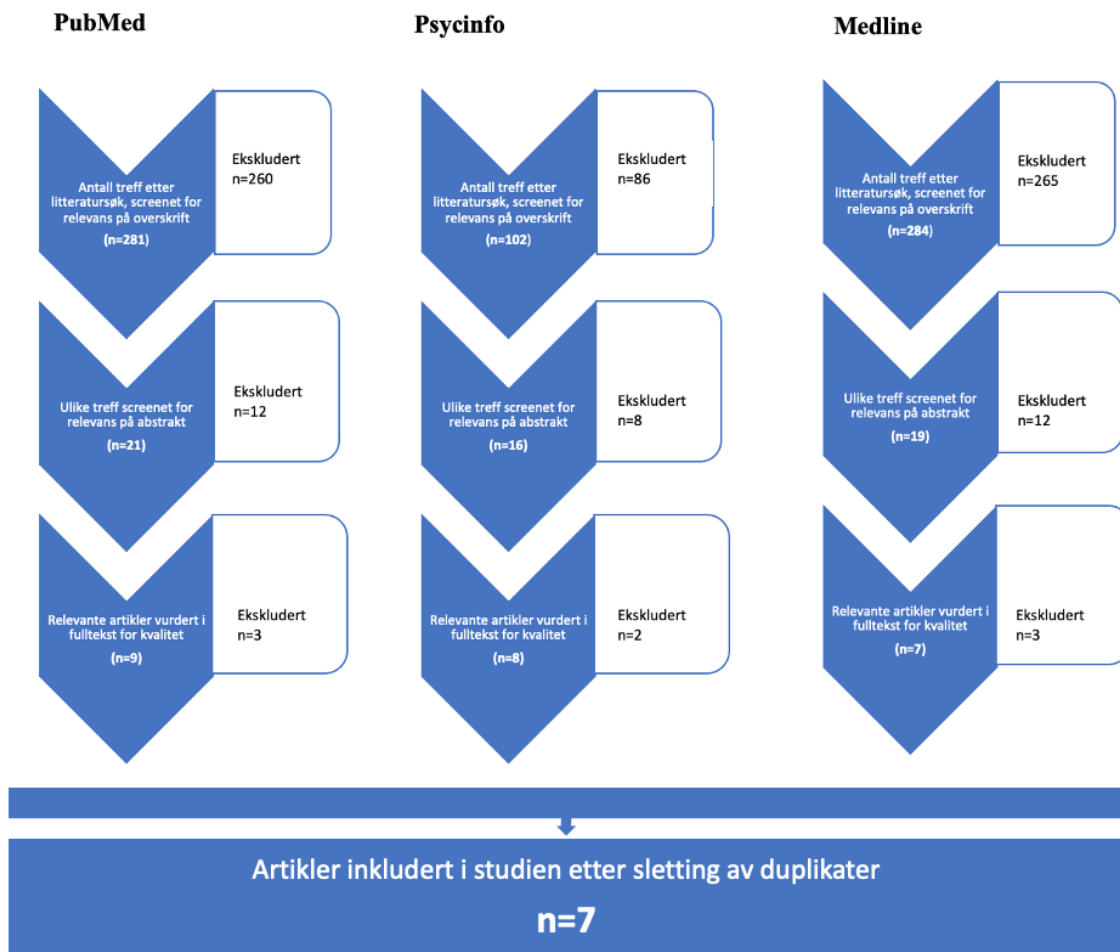
| Søkeord | Subject Heading | |
|-------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| | Medline | PsycInfo |
| «physical exercise» | Exercise | Exercise |
| «physical activity» | Exercise, søkeord brukt | Physical Activity |
| «eating disorders» | Feeding and Eating Disorders | Eating Disorders |
| «anorexia nervosa» | Anorexia Nervosa | Anorexia Nervosa |
| «bulimia» | Bulimia Nervosa | Bulimia |
| «binge eating disorder» | Binge-Eating Disorder | Binge Eating Disorder |
| «treatment» | Ingen lik SubHead, søkeord brukt | Treatment |

Alle resultater i hver database ble vurdert på tittel, der artikler uten relevans i forhold til inklusjon- og eksklusjonskriterier ble fjernet. Deretter ble gjenstående artikler vurdert for relevans ved å lese sammendrag. Artikler som møtte et eller flere eksklusjonskriterier ble tatt ut. Relevante artikler ble så vurdert i fulltekst med hensyn til kvalitet. Kvalitetsvurderingen ble gjort med utgangspunkt i Malterud sin sjekkliste (se [vedlegg 1](#)) for kritisk lesing av kvalitative studier. Denne ble brukt veiledende for å vurdere kvaliteten til relevante studier,

slik at funnstudiene ble vurdert etter relevant problemstilling, grad av refleksivitet, metode og resultat. I tillegg var det viktig at studiene sin diskusjonsdel drøftet spørsmål om intern og ekstern validitet og relabilitet (Malterud, 2001).

Vurderingen ble gjort parallelt av begge studenter, og det ble gjort en samsvarsvurdering der eventuell diskrepans ble løst ved diskusjon (Malterud, 2017). Til slutt ble resultatene fra de tre databasene slått sammen og duplikater slettet (tabell 4). De ulike artiklene som ble funnet kommer fram av tabell 5.

Tabell 4 – flytskjema



Tabell 5 – funnstudier

| Nr. | Kilde |
|-----|---|
| 1 | Bakland, M., Rosenvinge, J., Wynn, R., Sørli, V., Sundgot-Borgen, J., Mathisen, T. F., Hanssen, T. A., Jensen, F., Innjord, K., Pettersen, G. (2020). A new treatment for eating disorders combining physical exercise and dietary therapy (the PED-t): experiences from patients who dropped out. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being</i> (15). |
| 2 | Bakland, M., Sundgot-Borgen, J., Wynn, R., Rosenvinge, R. H., Stornæs, 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. <i>BMJ Open</i> (8), ss. 1-7. |
| 3 | Bergmeier, H., Morris, H., Mundell, N., & Skouteris, H. (2019). What role can accredited exercise physiologists play in the treatment of eating disorders? A descriptive study. <i>Eating Disorders</i> , 29(6), ss. 561-579. |
| 4 | Chubbs-Payne, A., Lee, J., Isserlin, L., Norris, M., Spettigue, W., Spence, K., & Longmuir, P. (2020). Attitudes toward physical activity as a treatment component for adolescents with anorexia nervosa: An exploratory qualitative study of patient perceptions. <i>International Journal of Eating Disorders</i> (54), ss. 336-345. |
| 5 | Duesund, L., & Skårderud, F. (2003). Use the Body and Forget the Body: Treating Anorexia Nervosa with Adapted Physical Activity. <i>Clinical Child Psychology and Psychiatry</i> , 8(1), ss. 53-72. |
| 6 | Pettersen, G., Sørdal, S., Rosenvinge, J., Skomakerstuen, T., Mathisen, T. F., & Sundgot-Borgen, J. (2017). How do women with eating disorders experience a new treatment combining guided physical exercise and dietary therapy? An interview study of women participating in a randomised controlled trial at the Norwegian School of Sport Sciences. <i>BMJ Open</i> , 7(12). |
| 7 | Quesnel, D. A., Libben, M., Oelke, N., Clark, M., Willis-Stewart, S., & Caperchione, C. (2017, November 17). Is abstinence really the best option? Exploring the role of exercise in the treatment and management of eating disorders. <i>The Journal of Treatment & Prevention</i> , 26(3), ss. 290-310. |

3.3 Metode for analyse og tolkning av data

I en kvalitativ metasyntese er det flere metoder som kan brukes for syntese av kvalitativ data. Noblit og Hare (1988) utviklet metoden metaetnografi, som i sin tid dannet utgangspunktet for kvalitativ metasyntese (Malterud, 2017). De bruker begrepet «metafor» for å referere til nøkkelpunkt, hovedtema, perspektiver eller konsepter som har kommet fram av den kvalitative studien. Disse metaforene blir brukt for å sammenligne de ulike artiklene og deretter tolke funnene. Noblit og Hares (1988) analyseprosess består av syv trinn, som Malterud (2017) har revidert og utdypet. Første til tredje steg handler om å finne problemstilling, søke etter litteratur og lese studiene, som tidligere beskrevet. Trinn fire til syv (se tabell 6) danner utgangspunktet for analyse og tolkning av funnstudiene.

Tabell 6 - etnografi (Malterud, 2017, s. 79)

| Trinn | Noblit og Hare | Malterud |
|-------|---|--|
| 4 | Ta stilling til hvordan studiene er beslektet | Det empiriske materialet organiseres i en matrise der relevante tema og metaforer fra hver primærstudie listes i vertikale kolonner, med utgangspunkt i en innholdsrik indeksstudie |
| 5 | Oversette studiene til hverandre | Systematisk gjennomgang og organisering av resultattekst med beslektede tema og metaforer på tvers av studiene i de horisontale radene i matrisen, med vekt på likheter og forskjeller i begrepsbruk |
| 6 | Syntetisere oversettelsene | Gjennomgang av hver av de horisontale radene for å utvikle en overordnet oversettelse som dekker alle tema og metaforer i form av et nytt uttrykk som gir en original og selvstendig forståelse av funnene |
| 7 | Formidle syntesen i tekst | Utdype og begrunne meningsinnholdet i uttrykkene fra syntesen som gjengis i den nye oversettelsen, skrive resultatavsnittet til artikkelen |

Tema og metaforer som ble tolket og vurdert som relevante fra hver funnstudie, ble skrevet på lapper og satt inn i en matrise. Denne var tegnet opp på en tavle. Det ble totalt skrevet 78 lapper på de syv artiklene. Ved første utkast var lappene fordelt på syv horisontale rader. Dette ble skrevet inn på pc. Videre ble metaforene i samme kolonne sammenfattet og forenklet. Fire av radene ble fjernet fordi de kunne implementeres i en av de andre radene, eller ble vurdert som irrelevante for problemstillingen. Resultatet ble 36 ulike metaforer fordelt på tre rader.

3.4 Forforståelse

Kvalitativ metasyntese er en kvalitativ metode hvor forskerens forforståelse er avgjørende for tolkningene som blir gjort. Forskerens posisjon er en integrert del av forskningen, og bør derfor angis og argumenteres for (Malterud, 2017). Som blivende fysioterapeuter har vi en grunnleggende tro på at alle kan ha en fordel av FA og trening i hverdagen. I tillegg ønsker vi å styrke fysioterapeutens rolle i behandlingen av SF. Dette påvirker hvordan resultatene fra funnstudiene tolkes og legges fram i oppgaven. Å eliminere forskerens posisjon i et forskningsarbeid vil være umulig, men ved å vise refleksivitet rundt denne rollen kan forskerens bias reduseres (Malterud, 2001; Malterud, 2017).

3.5 Ethiske vurderinger

Malterud (2001) tar opp etiske utfordringer i forskning. Medisinsk forskning skal kun gjennomføres dersom det ikke går på bekostning av deltakerne. I funnstudiene er det brukt generelle forskningsetiske retningslinjer for å vurdere om forskningen er gjort på en etisk forsvarlig måte (NEM, 2019). Prinsippene bygger på respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet. Alle funnstudiene etterstreber disse prinsippene. De har vist til informert samtykke av deltakelse, konfidensialitet og eventuelle konsekvenser ved å delta i forskningsarbeidet. Alle studiene er godkjent av en etisk komité i deres respektive land. I denne litteraturstudien har det ikke vært direkte kontakt med deltakerne i studiene, men andres forskningsarbeid er sammenfattet. Som en følge av dette stilles det krav til objektivitet, og at behandlingen og fremstillingen av funnene blir gjort riktig. Jamført retningslinjer fra NEM (2019) er det spesielt viktig med sannhetsbestrebelse, redelighet og god henvisningskritikk.

4.0 Resultat

Forskningsland, hensikt, deltagere og metode for hver av funnstudiene kommer fram av tabellen [vedlegg 2](#). På bakgrunn av den endelige matrisen (se [vedlegg 3](#)) ble det gjort en tolkning av de horisontale radene og utviklet tre ulike hovedtemaer for å beskrive viktige funn ved bruk av FA i behandling ved SF: 1) *regulere og normalisere fysisk aktivitet*, 2) *individuelle tilpasninger*, og 3) *profesjonalitet og personlige kvaliteter*. Første hovedtema er delt i tre underkategorier; a) gjennom erfaring, b) gjennom psykoedukasjon og c) anerkjenne paradokset fysisk aktivitet som symptom og behandling.

4.1 Hovedtema 1: Regulere og normalisere fysisk aktivitet

Et tema som kom fram i alle funnstudiene, på ulike vis, var det å få et normalt og sunt perspektiv på hva FA og trening er. Analysen viser at noe av det viktigste ved bruk av dette i behandling ved SF var å bidra til å endre synet på og oppfatningene rundt FA. Å lære hvordan man kan regulere og normalisere treningsvaner gjorde at FA og trening ble mer lystbetont enn tvangspregt.

4.1.1 Gjennom erfaring

Flere av deltagerne sier at det å få lov til å trene eller være i aktivitet under behandlingen var svært viktig for dem, og gjorde det mulig å oppleve hva sunn og normal FA er (funnstudie 1, 4, 5, 7). Den beste måten å lære på, var å erfare hvordan sunn og normal FA kunne være

(funnstudie 1). En behandler fortalte om risikoen ved å ikke ha FA som en del av behandlingen:

«Så fort de skrives ut går de tilbake til gamle rutiner fordi de ikke har muligheten til å se hva en sunn og normal treningsrutine er» (oversatt fra funnstudie 3)

Det at behandlerne veiledet aktiviteten og hadde fokus på å ha det gøy var viktig for deltagerne (funnstudie 4). I tillegg fikk de oppleve at de har en funksjonell kropp og hvordan FA kan brukes som et verktøy i hverdagen (funnstudie 2, 6). Å være i aktivitet og trene regelmessig ga en følelse av mestring (funnstudie 6). En deltager med BED oppsummerte fordelene med FA:

«Å flytte fokuset fra hvordan jeg ser ut til opplevelsen av å ha en kropp som er velfungerende er veldig givende.» (oversatt fra funnstudie 6)

4.1.2 Gjennom psykoedukasjon

Det var gjennomgående at deltagerne hadde lite kunnskap om FA og trening. Mange hadde vrangforestillinger om blant annet forbrenning og ulike aktivitetstyper (funnstudie 1, 2, 3, 6, 7). Noen syntes at tanken på å få lov til å være i aktivitet under behandling var skremmende, mens andre så på det som en stor fordel (funnstudie 4, 5). Deltagere i flere av studiene rapporterte at dersom de fikk undervisning som rettet opp misoppfatninger de hadde om mat og trening, ville det oppleves tryggere å gjennomføre FA (funnstudie 2, 4). En ung deltager med AN fortalte om den eventuelle risikoen med FA i behandling:

«Jeg tror ikke det er noen risiko, så lenge det kommer psykoedukasjon sammen med treningsprogrammet.» (oversatt fra funnstudie 4)

Hovedfokuset med undervisningen var å vise hva som er en normal og sunn treningsmengde, og hva kroppen trenger av mat for å gjennomføre dette (funnstudie 1, 6). Det å vise til hvordan trening påvirker hele kroppen, var også svært nyttig (funnstudie 4, 6).

Undervisning ble sett på som et viktig element av behandlerne, fordi kunnskapen kunne fungere som et verktøy for deltagerne i hverdagen (funnstudie 6). Det var viktig å kunne dele deres erfaring og kunnskap på en måte som var forståelig for deltagerne (funnstudie 2, 6). Behandlerne poengterte at det ikke bare skulle være en kunnskapsoverføring, men at det må gjøres med respekt, empati, interesse og glede (funnstudie 2). En behandler oppsummerte fordelene med psykoedukasjon:

«Du lærer deg noen verktøy når du er deltar i denne behandlingen. Noen verktøy som du kan bruke, har fått testet ut og fått tilbakemelding på. Du får rettet opp i noen av misoppfatningene dine, og det er kunnskap som du kan ta med deg resten av livet.»
(oversatt fra funnstudie 2)

4.1.3 Anerkjenne paradokset fysisk aktivitet som symptom og behandling

Analysen viste at mange hadde et anstrengt forhold til FA og trening, og en del overdrev og misbrukte FA (funnstudie 1, 3, 4, 5, 7). Flere oppga at dersom de ikke hadde fått vært i aktivitet gjennom behandlingen, ville de ha trent i hemmelighet (funnstudie 3). Noen fortalte også at aktiviteten som behandlingen innebar ikke opplevdes som nok, og at de derfor følte en trang for å trene enda mer (funnstudie 1, 4). En deltager uttalte seg om at den totale treningen da kunne bli for mye:

«Treningsprogrammet i tillegg til den treningen man ellers gjør førte til for mye trening» (oversatt fra funnstudie 1)

En behandler omtalte FA som et slags *«tabu-område for behandling»*, fordi mange behandlere var usikre på hvordan de skulle håndtere pasientene som overdrev FA (funnstudie 7). For behandlere uten kompetanse innenfor trening opplevdes det som lettere å bare forby trening, enn å prøve og endre vanene (funnstudie 7). Behandlere med kompetanse innenfor FA og trening var på sin side ikke like engstelig, så lenge man tok hensyn til eventuelle risikoer underveis og passet på å veilede deltagerne (funnstudie 2, 3, 7). En deltager fortalte om viktigheten av at aktiviteten var veiledet:

«Når noen sliter med tvangspregget trening, er det en selvfølge at den bør kontrolleres» (oversatt fra funnstudie 4)

Det å få lov til å være i aktivitet ble sett på som nødvendig for flere av deltagerne (funnstudie 4). Å sikre at aktiviteten ble utført på en trygg måte med, tydelige rammer og klare forutsetninger, var viktig for både deltagerne og behandlerne (funnstudie 3, 7).

4.2 Hovedtema 2: Individuelle tilpasninger

Et annet funn var viktigheten av å kunne tilpasse opplegget til hver enkelt person. Deltagerne hadde ulike diagnoser, og svært ulike sykdomsforløp, selv innenfor samme diagnose (funnstudie 1, 4, 5, 6). Enkelte hadde et svært anstrengt forhold til FA hvor de misbrukte trening, mens andre hadde et mer avslappet forhold til det (funnstudie 4, 5, 6). De

individuelle forskjellene gjorde det vanskelig å følge en protokoll som skulle gjelde for alle (funnstudie 2). En terapeut fra PED-t-prosjektet sa:

«Noen ganger er det viktigste bare at pasienten føler seg bra når hun drar hjem»
(oversatt fra funnstudie 2)

Det å kunne vike fra faste protokoller og å legge opp aktiviteten ut ifra gruppesammensetning, den enkeltes dagsform og interesser var essensielt (funnstudie 2). Behandlerne måtte kunne utvikle individuelle treningsplaner og opplegg som tok hensyn til personens psykiske og fysiske forutsetninger (funnstudie 3). Deltagerne var på ulike stadier i sykdomsforløpet, og erfaringene de hadde varierte ut ifra dette (funnstudie 5). I en av studiene blir dette tematisert med frasen; *«One size does not fit all»* (funnstudie 7).

I flere av funnstudiene kom det fram erfaringer ved å delta i gruppebasert FA (funnstudie 1, 2, 4, 5, 6). Å føle seg akseptert som den du er i en gruppe ga en følelse av tilhørighet og trygghet (funnstudie 6). Dog var det også noen som uttrykte utfordringer ved å være i en gruppe (funnstudie 1, 2, 5, 6). Det var et ønske om at gruppebasert FA skulle skje i små og homogene grupper, med fokus på å ha det gøy (funnstudie 1, 4, 6).

4.3 Hovedtema 3: Profesjonalitet og personlig kvaliteter

Det at behandlerne fremsto profesjonelle, og kunne svare på de spørsmålene deltagerne hadde, var et viktig punkt som kom fram av analysen. Noen av behandlerne trakk fram at de er trygge på den kunnskapen de har, mens andre følte de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap for å kunne tillate FA som en del av behandlingen (funnstudie 2, 7). Det å være profesjonell nok til å vite når man bør henvise videre, eller oppsøke mer hjelp, ble dratt fram som en viktig faktor (funnstudie 2). En av terapeutene i PED-t-prosjektet sa:

«Jeg kan gi råd som et medfølende medmenneske, men jeg har ikke tilstrekkelig kunnskap til å tilby en slik samtale en psykolog ville gitt.» (oversatt fra funnstudie 2)

Det kom fram i en av studiene at deltagerne mente at yrkesgrupper som er spesialiserte på trening, derunder fysioterapeuter, idrettspedagoger og treningsfysiologer, ville vært et verdifullt tilskudd i behandling (funnstudie 6).

Personlige kvaliteter hos behandlerne som vennlighet og empati ble også trukket fram som viktige momenter (funnstudie 2, 6). Å møte personen der hun eller han er, støtte fremgang og være genuint interessert var kvaliteter som ble belyst (funnstudie 2). At

behandlerne tok seg tid til å prate om hverdagslige ting ble satt pris på av deltagerne, og gjorde at de følte seg mer sett (funnstudie 2).

5.0 Diskusjon

Hensikten med studien var å undersøke hvilke aspekter som er viktig når FA brukes som en del av behandlingen ved SF. I resultatene kom det fram tre ulike hovedtemaer: 1) *regulere og normalisere fysisk aktivitet*, 2) *individuelle tilpasninger*, og 3) *profesjonalitet og personlige kvaliteter*. Med utgangspunkt i disse ønsker vi å besvare vår problemstilling; *hvilken rolle har fysioterapeuten ved bruk av FA som en del av behandlingen ved SF?*

5.1 Diskusjon av resultat

5.1.1 Regulere og normalisere fysisk aktivitet

Det er viktig for personer med SF å regulere og normalisere sitt forhold til FA. Det er behov for at de får avkreftet myter og vrangforestillinger de har om FA og trening, og får erfare hvordan aktivitet kan være noe lystbetont. Skårderud (2000) mener at ved å tillate FA i behandlingen kan man trekke fram det positive ved bevegelse og aktivitet. I en studie med AN- og BN-pasienter kommer det fram at deltagerne opplever at de ikke vet om de trener fordi de vil eller fordi de må, samt usikkerhet rundt hva som er riktig mengde trening (Aarmo, 2021). Fysioterapeuten kan ha en viktig rolle i dette arbeidet. Det bekreftes av Soundy, et al. (2016) som argumenterer for viktigheten av at fysioterapeuten bistår personen med SF å endre usunn treningsatferd, i tillegg til å jobbe med kroppslige erfaringer som bevissthet, regulering og akseptering av kroppslige signaler. Dette tematiseres også i retningslinjene for fysioterapi og SF (Nilsen, et al., 2005). I de nylige publiserte anbefalingene for FA og SF står det at målet for behandling er å *«fremme en sunn og tilpasset fysisk aktivitet»* (NKNS, 2021, s. 3).

En forutsetning for å normalisere personens forhold til FA er å komme fram til en felles definisjon på hva FA er (NKNS, 2021). Hun eller han kan ha en annen oppfatning av hva som inngår i begrepet, og hva som er «normalt» og «sunt». For eksempel vil noen tenke på det å gå en time til og fra jobb hver dag som *transport*, og ikke aktivitet (Bratland-Sanda, et al., 2010). Funnene våre viser at deltagerne har lite kunnskap om FA, og hvordan dette spiller en rolle i sykdomsbildet deres. Grunnleggende treningslære, hvordan FA kan påvirke den psykiske helsen og offentlige anbefalinger for FA kan fungere som et utgangspunkt for

psykoedukasjon (NKNS, 2021). I tillegg vil det å adressere hvilken funksjon aktiviteten har i sykdomsbildet gjennom både erfaring og informasjon være verdifullt.

I resultatene kommer det fram at dersom deltagerne ikke får erfare hvordan sunn og normal FA kan se ut, ender de opp med å gå tilbake til gamle rutiner. Flere deltagere sier at de har endret sine treningsmål etter å ha innført trening som en del av behandlingen. Mange har også utviklet et sunnere forhold til FA. Flere av deltagerne i funnstudiene er polikliniske pasienter. Majoriteten av studier og retningslinjer som finnes om FA og SF er rettet mot inneliggende pasienter. Det kan se ut til at fysioterapeuter ikke har en rolle i behandling av personer med SF før de er innlagt på døgnet. Det regionale kompetansesenteret for SF (RKSF) i Helse Midt-Norge har 12 døgnplasser (M. Danielsen, personlig kommunikasjon, 7. desember 2021). Dette gjenspeiler at det er svært få av de med SF som blir innlagt på spesialiserte enheter. Tvangspreget trening og kroppsbildeforstyrrelser er sentrale symptom i SF, og bør ha en naturlig plass i behandlingen hos alle med lidelsen (Danielsen, 2006). Fysioterapeuter innehar unik kompetanse som kan være nyttig på dette området. Det kan tenkes at de som ikke har like alvorlige sykdomsforløp sjelden er i kontakt med en fysioterapeut. Kunnskapen en fysioterapeut besitter kan være nyttig også på lavere behandlingsnivå, både i poliklinisk behandling og i primærhelsetjenesten.

Mange med SF har et anstrengt forhold til FA (Monell, et al., 2018). Å kartlegge den enkeltes relasjon, syn og oppfatninger til FA vil være av stor betydning. I NKNS (2021) sine retningslinjer pekes det på at en slik kartlegging vil kunne bidra til å utforske helsefremmende måter å være i aktivitet på. Forskning viser at FA som en del av symptombildet vanskeliggjør behandlingsprosessen, da det kan virke som en opprettholdende faktor, samt en faktor for både utvikling og tilbakefall (Meyer, et al., 2011). Dette kommer også fram i resultatene, ved at den totale treningen kan bli for mye. I retningslinjene for fysioterapi og SF pekes det på at det ofte er små marginer mellom et positivt resultat, og et resultat der den fysiske aktiviteten forsterker sykdommen (Nilsen, et al., 2005). FA i behandling er en balansegang, og bør derfor gjøres med forsiktighet, respekt og kompetanse.

For en del pasienter, spesielt inneliggende, vil det være nødvendig å begrense mengden aktivitet. For mange vil det å begrense aktivitet også føre til tap av en viktig mestringsstrategi (NKNS, 2021). Det er viktig å være bevisst på om et slikt tiltak faktisk gir en symptomlettelse, eller om det i stedet bidrar til at det utvikles andre uønskede strategier, som oppkast, spisevegring eller selvskading (NKNS, 2021). Davies (2015) skriver

at dersom personen blir hindret fra å være i aktivitet vil det kunne gi en negativ effekt på behandlingen. Dette beskriver også deltakerne i funnstudiene, da det å få lov til å være i aktivitet ble sett på som nødvendig for en god behandling. Tidligere forskning viser at ved å åpne for FA i behandling øker den totale etterlevelsen (Beumont, et al., 1994). Skårderud (2000) argumenterer for at FA og trening kan være en del av behandling fordi det kan gi pasientene en opplevelse av å *få* noe. Et ja med forbehold, fremfor et nei, kan vise et ønske om å samarbeide fremfor å gå til kamp mot lidelsen.

En kontraindikasjon for å bruke FA i behandling er ved ekstremt lav BMI (<14). Ved en så lav BMI vil det kunne oppstå en rekke komplikasjoner, og førsteprioritet er derfor en vektøkning (Statens helsetilsyn, 2000; Bang, et al., 2020). I en studie vises det at ulike klinikere og behandlere mener at en vektprogresjon i riktig retning er essensielt for å kunne tillate FA i behandlingen (Quesnel, et al., 2018). Selv ved så lav BMI som 14 anbefales det individuell fysioterapibehandling med fokus på rolige bevegelser, bevisstgjørende øvelser og avspenningsøvelser (NKNS, 2021). For andre helseprofesjoner kan det oppleves som et paradoks å innføre FA når målet er å gå *opp* i vekt. Dette vises også i resultatene.

Fysioterapeuter innehar kompetanse på hvordan dette kan gjøres på en trygg måte. Å formidle viktigheten av bevegelse på dette stadiet bør være fysioterapeutens oppgave. Ved BMI rundt 16-17 sier anbefalingene at det er mulig å åpne for mer målrettet FA (NKNS, 2021). Danielsen & Rø (2012) beskriver et behandlingsprogram for inneliggende pasienter med SF. Der blir gruppebasert trening av moderat til høy intensitet gjennomført to ganger i uken når pasientene har en BMI ≥ 17 . På bakgrunn av kunnskap om hvilke effekter FA har på psykisk helse og kognitive funksjoner kan det være hensiktsmessig å gradvis implementere FA av høyere intensitet på dette stadiet. En slik tilnærming setter krav til både kompetanse og erfaring, hvor fysioterapeuter kan spille en vesentlig rolle.

Gradvis implementering av FA kan bidra til mer enn normalisering av forholdet til FA og trening. Kroppsbildeforstyrrelser kan ses på som et kjernesymptom ved SF og en forbedring av dette er derfor viktig for en god behandling (Cash & Deagle III, 1997; Striegel-Moore, et al., 2004; Danielsen & Rø, 2012). En metaanalyse viser at FA og trening har en positiv effekt på kroppsbildet (Campbell & Hausenblaus, 2009). Ginis & Bassett (2011) peker på at dette kan skyldes både en reell endring, men også *antatte* endringer, i fysisk form. Dog kan trening føre til et økt fokus på egen kropp, dersom fokuset vendes mot objektive endringer, kroppsfasong, fettprosent, vekt mm. (Tylka & Homan, 2015). Tall fra Ungdata-undersøkelsen i 2020 viser at 70% av barn og unge opplever *litt* til *svært mye* kroppspress, og at prevalensen

er opptil tre ganger så høy for jenter som gutter (Bakken, 2020). Samtidig viser den at over 60% trener mer enn tre ganger i uka. Som fysioterapeut vil det i arbeid med spiseforstyrrede personer være viktig å fokusere på funksjon, mestring og bevegelsesglede fremfor objektive tall og målinger. En deltager fra funnstudiene forteller at hun etter hvert klarte å flytte fokuset fra hvordan hun så ut og følte seg under FA, til å sette pris på at hun hadde en kropp som fungerte. En av de viktigste rollene til en fysioterapeut i arbeid med SF er ikke bare å normalisere forholdet til FA, men også å normalisere forholdet til egen kropp og kroppsbilde (Danielsen, 2006; Danielsen & Bratberg, 2013).

5.1.2 Individuelle tilpasninger

Resultatene viser at det er store individuelle forskjeller mellom deltagerne, både med hensyn til diagnose og innenfor samme diagnosegruppe. For å kunne gi hver person best mulig forutsetninger, stilles det krav til fysioterapeutens evne til å tilpasse seg den enkeltes behov. Dette blir tydeliggjort i NKNS (2021) sine anbefalinger ved at *«det er viktig å presisere at det alltid gjøres individuelle vurderinger i samarbeid med den enkelte pasient og det tverrfaglige teamet»* (s.4). Terapeuter i funnstudiene tar opp vanskeligheter med å forholde seg til protokoller når det er behov for å gjøre individuelle tilpasninger. Fysioterapeuter har kompetanse til å gjøre slike justeringer, men det fordrer at det er rom i en eventuell protokoll for å gjøre dette. Retningslinjer eller anbefalinger, slik som de fra Nilsen, et al. (2005) og NKNS (2021), vil kunne være et mer hensiktsmessig utgangspunkt for å gjøre individuelle tilpasninger.

Det er nødvendig å kartlegge personens forhold til FA for å kunne bruke dette som et behandlingstiltak (NKNS, 2021). I resultatene kommer det fram at personer med SF har varierende forhold til FA. For noen kan FA handle om helse og å ha det gøy, mens for andre handler det om å kompensere for matinntak eller redusere uro og negative tanker (NKNS, 2021). Her vil samtale og anamnese være viktige verktøy. Denne kartleggingen danner grunnlag for hvordan behandlingen utformes. Spiseforstyrrede personer er både normalvektige, undervektige og overvektige, og det er ikke gitt at en vektendring er det som vil gi best mulig helse (Skårderud, 2000). God helse for en med overvekt kan like gjerne være å vedlikeholde vekten sin, framfor å strebe etter en vektnedgang som kan være vanskelig å holde. Om overvekten derimot har medført andre komplikasjoner som hjerte- og karsykdommer og diabetes vil man få en helsegevinst av å redusere vekten (Nasjonalt råd for

ernæring, 2019). På en annen side vil det for en med alvorlig AN være nødvendig å gå opp i vekt, på grunn av de fysiologiske og kognitive komplikasjonene alvorlig undervekt medfører (Statens helsetilsyn, 2000; Bang, et al., 2020). Er en osteoporose allerede etablert, er det viktig at aktiviteten er forebyggende og minsker sjansen for potensielle langvarige skader og plager (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Dog vil disse personene være mer utsatt for skader og aktiviteten må reguleres deretter. Dette understreker viktigheten av rollen fysioterapeuten har til å se det varierende sykdomsbildet og tilrettelegge for hver enkelt.

Av resultatene kan man lese at deltakerne setter pris på aktiviteter med meningsfulle mål, og aktiviteter de klarer å gjennomføre. Ved å tilrettelegge for FA som virker hensiktsmessig kan dette gi både fysiske og psykiske gevinster (Sundgot-Borgen, et al., 2002; Bratland-Sanda, et al., 2009; Mathisen, et al., Erickson et al., 2011; Mathisen, et al., 2018). I retningslinjene for fysioterapi og SF argumenteres det for at aktivitet kan foregå i grupper, da det kan gi en økt opplevelse av fellesskap og tilhørighet (Nilsen, et al., 2005). Aarmo, et al. (2021) fant at kvinner med AN eller BN som regel velger å være i FA alene. Samtidig beskriver flere også positive erfaringer med FA i grupper. Dog er det viktig å merke seg at enkelte kan oppleve det å være i gruppe som utrygt og at det kan vekke et konkurranseinstinkt. Danielsen et al. (2018) beskriver et grunnleggende behandlingsprinsipp om at aktiviteten skal foregå i et ikke-konkurrerende miljø. Dette kan støttes opp mot en tidligere studie fra Sundgot-Borgen, et al. (2004) som viser at forekomsten av SF er høyere blant konkurranseaktive mennesker. Skårderud (2000) beskriver viktigheten av å tematisere konkurranse i grupper fordi det kan føre til destruktive prosesser, som at de sammenligner seg med hverandre. En økt kunnskap om fordelene og ulempene ved ulike gruppesammensetninger kan gjøre det enklere å tilrettelegge for individuelle tilpasninger. Dette, kombinert med å være bevisst på det varierende og komplekse sykdomsbildet, ser ut til å være det viktigste når det kommer til individuelle tilpasninger.

5.1.3 Profesjonalitet og personlige kvaliteter

Det siste temaet som trekkes fram i resultatene er viktigheten av å fremstå profesjonell. Profesjonalitet handler ikke kun om den faglige kompetansen, men også om holdninger, kommunikasjon og personlige kvaliteter. Fysioterapeuter må hele tiden arbeide for å heve sin egen kompetanse ved å søke ny kunnskap og erfaring, både objektivt og subjektivt. I NFFs (2019) yrkesetiske retningslinjer for fysioterapeuter står det at man som fysioterapeut har et ansvar for å holde seg faglig oppdatert, og til enhver tid tilstrebe høy kvalitet av yrkesutøvelsen. Dette innebærer å ha tilstrekkelig med kunnskap på fagområdet, men

samtidig være klar over egne begrensninger. Å kjenne sine begrensninger går blant annet ut på å anerkjenne at ens kompetanse ikke dekker alle områder av en lidelse. Som fysioterapeuter har man ofte stor tro på at FA og trening kan optimalisere livet til de fleste, men dette er ikke nødvendigvis tilstrekkelig for alle (Lossius, 2021). Selv om man kan ha gode kommunikasjonsferdigheter, mye erfaring og bred kunnskap om psykiske lidelser, er det ofte nødvendig med et tverrfaglig samarbeid mellom psykisk helsevern og somatisk fagfelt (Helsedirektoratet, 2017b). Et tverrfaglig samarbeid kan bestå av lege, psykolog/psykiater, sykepleier, klinisk ernæringsfysiolog og fysioterapeut (Frostad, 2004). Det å vite når man bør innhente hjelp fra andre profesjoner og henvide videre blir tematisert i resultatene. I de yrkesetiske retningslinjene står det: «*Fysioterapeuten skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og skal innhente bistand eller henvide pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.*» (NFF, 2019). Dette bygger videre på kap. 2, §4 i helsepersonelloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Å være profesjonell nok til å stole på det man kan, men også ha innsikt til å se hva man ikke kan, er essensielt i arbeid med komplekse og sammensatte lidelser.

Resultatet viser at profesjoner som er spesialiserte på FA og trening vil være et nyttig tilskudd til behandlingen. Til forskjell fra andre yrker innenfor helse og trening, er fysioterapeuter helsepersonell og arbeider med *pasienter* som har et behov for helsehjelp. Mens for eksempel en personlig trener (PT) arbeider med frisktrening til *kunder* (NFF, 2020). Som helsepersonell er fysioterapeuter underlagt lovfestet taushetsplikt, noe en PT ikke nødvendigvis er. Dette er noe som blir tematisert i resultatene, der deltagerne forteller at det er vanskeligere å stole på en terapeut som ikke har taushetsplikt.

Bratland-Sanda, et al. (2009) fant ut at enheter med spesialisert personal til å planlegge FA hadde større sannsynlighet for å inkludere FA i behandlingsprogrammet. Fysioterapeuter har bred kunnskap om hvordan man kan planlegge og tilrettelegge for FA, samt hvilke gevinster dette kan gi. Likevel er det mange som oppgir bekymringer rundt det å implementere FA som en del av behandlingen. En gjennomgående bekymring er at FA kan hindre vektprogresjon (Davies, et al., 2008). Dette kom også fram blant helsepersonell som ikke har treningsfaglig bakgrunn i funnstudiene. Vancampfort, et al. (2014) fant at personer med AN som fikk veiledet FA og trening økte mer i vekt og kroppsfett sammenlignet med de som ikke trente. Nyere forskning om temaet FA og trening bør implementeres i behandling av SF, og fysioterapeutens rolle i dette arbeidet bør diskuteres.

Enkelte personlige kvaliteter, som å vise empati, blir satt pris på av deltagerne i funnstudiene. En studie fra 2016 har sett på hvordan relasjonen mellom fysioterapeut og utøver påvirker behandlingsresultatet (O'Keeffe, et al., 2016). Hollekim-Strand (2020, s. 40) oppsummerer funnene og skriver at en viktig faktor for et godt samarbeid og en god relasjon er at *«fysioterapeuten formidler selvtillit og har god evne til å lytte, oppmuntre og å uttrykke empati og vennlighet»*. Slike egenskaper kan man ikke lære på et utdanningsløp, og er ikke særegent for en fysioterapeut. Dog er dette viktige egenskaper som ligger til grunn for mange helse- og omsorgsyrker. Kommunikasjon utgjør en sentral del av utdanningsløpet til en fysioterapeut, samt en viktig del av yrkesutøvelsen (NTNU, 2019). Skårderud (2020b) forsterker dette og skriver: *«Holdninger og væremåte er viktigere enn teknikker når fysioterapeuter og helsepersonell møter personer med spiseforstyrrelser i ulike kontekster»* (s. 467).

5.2 Diskusjon av metode

Malterud (2017) skriver at kvalitativ metasyntese er en metode som stiller krav til erfaring med lignende metoder. Studentene i denne oppgaven har lite erfaring med litteraturstudie og denne metoden fra før, men har valgt å la seg inspirere av metoden uten å kalle det en kvalitativ metasyntese. I tillegg hadde studentene lite erfaring med å gjennomføre et systematisk litteratursøk og ulike søkestrategier. Dette gjør at relevante artikler og funn kan ha blitt oversett.

Ved en kvalitativ metasyntese er målet å besvare en ny problemstilling på bakgrunn av funnstudiene. Det var svært få til ingen treff ved bruk av søkeord som omhandlet fysioterapi, og dette ble derfor ekskludert fra søket. Problemstillingen ønsker å besvare hvilken rolle en fysioterapeut har, men ingen av funnstudiene inkluderer fysioterapeuter. Dette gjør at tolkningene må gjøres på bakgrunn av hvilke ferdigheter og kunnskap studentene mener fysioterapeuter bør ha. Positive aspekter ved å bruke fysioterapeuter i behandling kan derfor ha blitt overrapportert, da studentene har et ønske om å fremme egen profesjon.

I denne oppgaven er det valgt å kun inkludere kvalitative intervjustudier. Ved intervju kan man komme inn på temaer eller momenter som intervjueren på forhånd ikke hadde tenkt på (Tjora, 2017). En slik begrensing kan bety at man kan ha gått glipp av annen relevant forskning. På en annen side så vil studier som kun tar for seg én persons erfaringer eller

observasjoner kunne vise et mindre nyansert bilde av behandlingen. Det at funnstudiene har lik metode, gjør det lettere å sammenligne dem.

Kvalitativ forskning er basert på fortolkninger, og Tjora (2017) skriver at man i dag er innforstått med at fullstendig nøytralitet ikke kan eksistere. Hva vi velger å trekke ut som essensielle temaer og punkter fra hver funnstudie, er ikke nødvendigvis det samme som noen andre ville valgt å trekke ut. Samtlige funnstudier er intervjustudier der transkripsjonene har blitt brukt som råstoff for analyse. Allerede her det gjort en rekke fortolkninger (Malterud, 2017). Det gjøres en oversettelse av forfatterens fortolkninger, og disse vil igjen bli preget av leserens subjektive oppfatninger. Noblit og Hare (1988) poengterer at oversettelsene som gjøres ved metaetnografi alltid preges av forskerens tolkningsrammer og forforståelse, men fordi at metoden følger en systematisk fremgangsmåte øker det resultatets troverdighet.

I det systematiserte søket kom det opp fire studier fra samme forskergruppe. Én av disse studiene ble ekskludert, selv om den oppfylte inklusjonskriteriene. Dette for å unngå overrapportering av de samme perspektivene, noe som kunne påvirket tolkningen. Funnstudie 1, 2, og 6 tar utgangspunkt i samme forskningsprosjekt (PED-t) (Mathisen, et al., 2017). Malterud (2017) viser til eksempler på at metaetnografi kan brukes som metode for syntese av studier fra samme forskningsprosjekt, men det er da viktig å tydeliggjøre konsekvensene av dette. Ved å inkludere disse studiene vil man kunne få et syn på behandlingen fra flere perspektiver. I dette tilfellet fra behandlere og deltagere som både fullførte og ikke fullførte prosjektet. En konsekvens av dette kan være at positive erfaringer overrapportertes. Inklusjon av studier fra andre forskere og land vil kunne styrke syntesen da PED-t-studiene kan vurderes opp mot annen forskning.

Fire av syv studier er gjennomført i Norge (funnstudie 1, 2, 5, 6). De tre andre fra Canada (funnstudie 4, 7) og Australia (funnstudie 3). Dette er land som har relativt lik kultur og lik standard på helsevesenet som Norge. Utfallet av dette er at resultatene hovedsakelig kan relateres til den vestlige verden. Som fysioterapeuter i Norge vil det likevel være nyttig å se på forskning fra en kultur som er mest lik vår egen.

6.0 Konklusjon

I studien kom det fram at FA og trening kan være en viktig del av den helhetlige behandlingen for personer med SF. Både blant inneliggende pasienter og personer i poliklinisk behandling. Mye tyder på at personer med SF kan ha positiv effekt av veiledet FA

og trening, men ingen av studiene konkluderer med at det er fysioterapeuter som er den foretrukne yrkesgruppen for å gjøre dette. Fysioterapeuter har en forståelse om hvordan fysiske, psykiske, sosiale og samfunnsmessige faktorer påvirker menneskers helse, livskvalitet og mulighet til å bevege seg. Dette gjør at de har potensialet til å være store bidragsytere i denne behandlingen. Å normalisere og regulere forholdet personer med SF har til FA, samt egen kropp, er det viktigste aspektet fysioterapeuten kan bidra til. Dette krever at man innehar tilstrekkelig kompetanse til å kunne gjøre individuelle tilpasninger basert på sykdomsbildet. Man må holde seg faglig oppdatert og ha kunnskap om den paradoksale rollen FA spiller i sykdomsbildet som både et symptom og en behandlingsmetode. I tillegg til faglig kunnskap, er personlige egenskaper som empati og vennlighet viktig for et godt samarbeid og behandlingsresultat.

SF er psykiske lidelser som ofte kommer til uttrykk via kroppslige plager. Til tross for fysioterapeuters kunnskap om hvordan kropp og psyke må ses i sammenheng med hverandre, er viktigheten av deres rolle i denne behandlingen enda ikke godt nok formidlet. Videre forskning bør derfor fokusere på hvilken rolle fysioterapeuten kan ha i et tverrfaglig samarbeid og hvordan de kan integreres som en del av et behandlingsforløp for SF. Dette gjelder for alle behandlingsnivå, både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

7.0 Referanseliste

- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5. utgave). American Psychiatric Publishing.
- Aarmo, I., Danielsen, M., & Almvik, A. (2021). Erfaringer med fysisk aktivitet blant kvinner med spiseforstyrrelser. En intervjustudie. *Fysioterapeuten*, 88(4), ss. 46-52.
- Aveyard, H. (2010). *Doing A Literature Review In Health And Social Care: A Practical Guide*. McGraw-Hill Education.
- Bahr, R. (2020, Mai 14). *Fysisk aktivitet*. Hentet fra Store Norske Leksikon: https://sml.snl.no/fysisk_aktivitet
- Baker, D., Roberts, R., & Towell, T. (2000). Factors Predictive of Bone Mineral Density in Eating-Disordered Women: A Longitudinal Study. *International Journal of Eating Disorders*, 27(1), ss. 29-35.
- Bakken, A. (2020). *Ungdata 2020: Nasjonale resulater*. (Velferdsforskningsinstituttet NOVA) Hentet fra Forebygging.no: <https://www.forebygging.no/globalassets/ungdata-2020-nasjonale-resultater-nova-rapport-16-20-1.pdf>
- Bakland, M., Rosenvinge, J., Wynn, R., Sørli, V., Sundgot-Borgen, J., Mathisen, T. F., Hanssen, T. A., Jensen, F., Innjord, K., Pettersen, G. (2020). A new treatment for eating disorders combining physical exercise and dietary therapy (the PED-t): experiences from patients who dropped out. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*(15).
- Bakland, M., Sundgot-Borgen, J., Wynn, R., Rosenvinge, R. H., Stornæs, 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), ss. 1-7.
- Bang, L., & Stedal, K. (2020). Biologiske risikofaktorer for spiseforstyrrelser. I Ø. Rø, T. W. Hage, & V. W. Torsteinsson, *Spiseforstyrrelser; forståelse og behandling. En håndbok* (ss. 78-81). Fagbokforlaget.
- Bang, L., Tamnes, C. K., Norbom, L. B., Thomassen, R., Holm, J. S., Skotte, L. H., Juliusson, P. B., Mejlænder-Evjensvold, M., Rø, Ø. (2020). Associations of age, body mass index and biochemical parameters with brain morphology in patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 144(29), ss. 1-12.
- Bergmeier, H., Morris, H., Mundell, N., & Skouteris, H. (2019). What role can accredited exercise physiologists play in the treatment of eating disorders? A descriptive study. *Eating Disorders*, 29(6), ss. 561-579.
- Beumont, P., Arthur, B., Russell, J., & Touyz, S. (1994). Excessive physical activity in dieting disorder patients: Proposals for a supervised exercise program. *International Journal of Eating Disorders*, 15(1), ss. 21-36.

- Bratland-Sanda, S., Rosenvinge, J., Vrabel, K., Norring, C., Sundgot-Borgen, J., Rø, Ø., & Martinsen, E. (2009). Physical activity in treatment units for eating disorders: Clinical practice and attitudes. *Eating and Weight Disorders*(14), ss. 106-112.
- Bratland-Sanda, S., Sundgot-Borgen, J., Rø, Ø., Rosenvinge, J., Hoffart, A., & Marinsen, E. (2010). "I'm not physically active - I only go for walks": Physical activity in patients with longstanding eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), ss. 88-92.
- Campell, A., & Hausenblaus, H. (2009). Effects of Exercise Interventions on Body Image: A Meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 14(6), ss. 780-793.
- Cash, T., & Deagle III, E. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), ss. 107-126.
- Cash, T., & Pruzinsky, T. (2002). *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. New York: The Guildford Press.
- Caspersen, C., Powell, K., & Christenson, G. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports*, 100(3), ss. 126-131.
- Checkrout, S., Gueorguieva, R., Zheutlin, A., Paulus, M., Krumholz, H., & Krystal, J. (2018). Association between physical exercise and mental health in 1·2 million individuals in the USA between 2011 and 2015: a cross-sectional study. *The Lancet*, 5(9), ss. 739-746.
- Chubbs-Payne, A., Lee, J., Isserlin, L., Norris, M., Spettigue, W., Spence, K., & Longmuir, P. (2020). Attitudes toward physical activity as a treatment component for adolescents with anorexia nervosa: An exploratory qualitative study of patient perceptions. *International Journal of Eating Disorders*(54), ss. 336-345.
- Danielsen, M. (2006). Kroppsbilde, spiseforstyrrelse og fysioterapi - en kasusrapport. *Fysioterapeuten*(12), ss. 21-24.
- Danielsen, M. (2020). Fysioterapi i behandling av pasienter med spiseforstyrrelser. I Ø. Rø, T. Hage, & V. Torsteinsson, *Spiseforstyrrelser; Forståelse og behandling. En håndbok* (ss. 226-230).
- Danielsen, M., & Bratberg, G. (2013). Kroppsbildeforstyrrelse hos kvinnelige pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse. *Fysioterapeuten*(6), ss. 22-27.
- Danielsen, M., & Rø, Ø. (2012). Changes in Body Image During Inpatient Treatment for Eating Disorders Predict Outcome. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 20(4), ss. 261-275.
- Danielsen, M., Rø, Ø., & Bjørnelv, S. (2018). How to integrate physical activity and exercise approaches into inpatient treatment for eating disorders: fifteen years of clinical experience and research. *Journal of Eating Disorders*, 34(6).
- Davies, R. R. (2015). The treatment of compulsive physical activity in anorexia nervosa lacks a conceptual base. *Advances in Eating Disorders; Theory, Research and Practice*, 3(1), ss. 103-112.

- Davies, S., Parekh, K., Etelapaa, K., Wood, D., & Jaffa, T. (2008). The inpatient management of physical activity in young people with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 16(5), ss. 334-340.
- Duesund, L., & Skårderud, F. (2003). Use the Body and Forget the Body: Treating Anorexia Nervosa with Adapted Physical Activity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8(1), ss. 53-72.
- Erickson, K. I., Voss, M. W., Prakash, R. S., Basak, C., Szabo, A., Chaddock, L., Kim, J. S., Heo, S., Alves, H., White, S. M., Wojcicki, T. R., Mailey, E., Vieira, V. J., Martin, S., Pence, B. D., Woods, J. A., McAuley, E., Kramer, A. F. (2011, Februar). Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(7), ss. 3017-3022.
- Fernandez-Aranda, F., Pinheiro, A. P., Tozzi, F., Thornton, L. M., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Kaplan, A. S., Klump, K. L., Strober, M., Woodside, D. B., Crow, S., Mitchell, J., Rotondo, A., Keel, P., Plotnicov, K. H., Berrettini, W. H., Kaye, W. H., Crawford, S. F., Johnson, C., ... Bulik, C. M. (2007). Symptom profile of major depressive disorder in women with eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(1), ss. 24-31.
- FHI. (2015, Mars 1). *Kroppsmasseindeks (KMI) og helse*. Hentet fra FHI: <https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-kmi-og-helse/>
- Finsås, O. L., & Ulsten, V. M. (2021, August 3). *Enorm økning i henvendelser om spiseforstyrrelser: – Stadig flere yngre som tar kontakt*. Hentet fra TV2 Nyheter: <https://www.tv2.no/a/14118714/>
- Fonagy, P. (2020). Den sosiale kroppen. I F. Skårderud, B. Sommerfeldt, & P. Robinson, *Sult; mentaliseringsbaserte tilnærminger til spiseforstyrrelser* (ss. 20-24). Gyldendal Akademisk.
- Frostad, S. (2004). Somatisk utredning og behandling av spiseforstyrrelser. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 124(16), ss. 2121-2125.
- Fu, C., Fan, Y., & Davatzikos, C. (2020). Widespread Morphometric Abnormalities in Major Depression: Neuroplasticity and Potential for Biomarker Development. *Neuroimaging Clinics of North America*, 30(1), ss. 85-95.
- Ganci, M. (2021). *Familiebasert terapi*. Fagbokforlaget.
- Ginis, K. M., & Bassett, R. (2011). Chapter 43: Exercise and Changes in Body Image. I T. Cash, *Body Image: A Handbook of Science, Practice and Prevention* (ss. 378-386). Guilford Press.
- Hagen, A., & Lie, S. L. (2021, Oktober 7). *Tårevåt Lundby står over OL: – Det er veldig tungt*. Hentet fra NRK Sport: https://www.nrk.no/sport/tarevat-lundby-star-over-ol_-_det-er-veldigtungt-1.15680850
- Hauge, A., & Tonstand, S. (2020, Januar 21). *Overvekt*. Hentet fra Store norske leksikon: <https://sml.snl.no/overvekt>
- Høiseth, J. R. (2020). Spør oss heller hvordan vi har det enn hvor mye vi veier. I Ø. Rø, T. W. Hage, & V. W. Torsteinsson, *Spiseforstyrrelser; forståelse og behandling. En håndbok* (ss. 29-33). Fagbokforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Lovdata*. Hentet fra Lov om helsepersonell: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

- Helsebiblioteket.no. (2016, Juni 3). *PICO*. Hentet fra Helsebiblioteket:
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsedirektoratet. (2017a, April 25). *Spiseforstyrrelser*. Hentet fra Helsedirektoratet:
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Helsedirektoratet. (2017b, April 25). *For pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse, anbefales et formalisert samarbeid mellom psykisk helsevern og somatisk fagfelt*. Hentet fra Helsedirektoratet:
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/somatisk-behandling-for-pasienter-med-spiseforstyrrelser/for-pasienter-med-alvorlig-spiseforstyrrelse-anbefales-et-formalisert-samarbeid-mellom-psykisk-helsevern-og-somatisk-fagfelt#db75a0>
- Helsedirektoratet. (2018, Mars). *Fysisk aktivitet ved sekundærforebygging av hjerte- og karsykdommer*. Hentet fra Helsedirektoratet:
https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf/_/attachment/inline/e7710401-9ac5-4619-916d-ff15a9edb3d4:380162e0f16eef64d00906fc472987340fbcc
- Hollekim-Strand, S. M. (2020). Fysioterapeuten som pedagog. I I. Eitzen, S. Hollekim-Strand, & H. Markussen, *Idrettsfysioterapeuten* (ss. 37-49). Cappelen Damm AS.
- Jansen, J., & Holck, P. (2021, November 7). *Hippocampus*. Hentet fra Store Norske Leksikom:
<https://sml.snl.no/hippocampus>
- King, L., March, L., & Anandacoomarasamy, A. (2013). Obesity & osteoarthritis. *Indian Journal of Medical Research*, 138(3), ss. 185-193.
- Kvalem, I. L. (2007). Ungdom og kroppsbygge. I I. L. Kvalem, & L. Wischstrøm, *Ung i Norge: Psykososiale utfordringer*. Oslo: Cappelen Akademiske forlag .
- Lossius, L. O. (2021, November 21). *For lite mat og veldig mye trening – en kropp i underskudd*. Hentet fra Fysioterapeuten: <https://www.fysioterapeuten.no/fysioterapeut-fysioterapeuter-fysioterapi/for-lite-mat-og-veldig-mye-trening--en-kropp-i-underskudd/138033?fbclid=IwAR1ZnWDnUINn6eQ42kzSinowfsMK7GDIXrMFetE4MTD2WJWd6ktRr2p54o>
- Lucas, A. R., Melton III, L. J., Crowson, C. S., & O'Fallon, W. M. (1999, Oktober). Long-term Fracture Risk Among Women With Anorexia Nervosa: A Population-Based Cohort Study. *Mayo Clinic Proceedings*, 74(10), ss. 972-977.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), ss. 483-488.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Universitetsforlaget AS.
- Mathisen, T. F., Bratland-Sanda, S., Rosenvinge, J., Friborg, O., Pettersen, G., Vrabel, K., & Sundgot-Borgen, J. (2018). Treatment effects on compulsive exercise and physical activity in eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 43(6).
- Mathisen, T. F., Rosenvinge, J. H., Pettersen, G., Friborg, O., Vrabel, K. A., Bratland-Sanda, S., Svendsen, M., Stensrud, T., Bakland, M., Wynn, R., Sundgot-Borgen, J. (2017). The PED-t trial

- protocol: The effect of physical exercise– and dietary therapy compared with cognitive behavior therapy in treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *BMC Psychiatry*, 180(17).
- Mathisen, T. F., Rosenvinge, J., Friborg, O., Pettersen, G., Stensrud, T., Hansen, B., Underhaug, K.B., Teinung, E., Vrabel, K., Svendsen, M., Bratland-Sanda, S., Sundgot-Borgen, J. (2018, Februar 25). Body composition and physical fitness in women with bulimia nervosa or binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 51(4), ss. 331-342.
- McCuen-Wurst, C., Ruggieri, M., & Allison, K. (2018, Januar). Disordered eating and obesity: associations between binge eating-disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1411(1), ss. 96-105.
- Mehler, P. S. (2002). Osteoporosis in Anorexia Nervosa: Prevention and Treatment. *Wiley InterScience*, 33(2), ss. 113-126.
- Mehler, P., Krantz, M., & Sachs, K. (2015). Treatments of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Eating Disorders*(3).
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Pax.
- Meyer, C., Taranis, L., & Haycraft, E. (2011). Compulsive exercise and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 19(3), ss. 174-189.
- Monell, E., Levallius, J., Mantilla, E. F., & Birgegård, A. (2018, Juni 12). Running on empty – a nationwide large-scale examination of compulsive exercise in eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 11(6).
- Nasjonalt råd for ernæring. (2019). *Hvordan gå ned i vekt, og holde vekta stabil*. Helsedirektoratet.
- NEM. (2019, 10 Februar). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet fra De nasjonale forskningsetiske komiteene: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- NFF. (2019). *NFFs yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra Norsk Fysioterapeutforbund: <https://fysio.no/Forbundsforbunden/Jus-arbeidsliv/Aktuelle-tema/Etikk/NFFs-yrkesetiske-retningslinjer>
- NFF. (2020, September 16). *Fysioterapi i kombinasjon med andre helse- og treningsrelaterte yrker*. Hentet fra Fysioterapeuten: <https://www.fysioterapeuten.no/personlig-trener-personlig-trening-pt-og-fysioterapeut/lett-a-tra-feil-nar-du-er-bade-fysioterapeut-og-pt/126746>
- NHI. (2021, April 21). *Overspising*. Hentet fra Norsk Helseinformatikk: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/diverse/overspising/>
- Nilsen, J.-V., & Torsteinsson, V. W. (2020). På hvilket nivå skal pasienten behandles? Om behandlingsskjeden. I Ø. Rø, T. W. Hage, & V. W. Torsteinsson, *Spiseforstyrrelser; forståelse og behandling. En håndbok* (ss. 119-128). Fagbokforlaget.
- Nilsen, M., Danielsen, M., & Grønlund, G. E. (2005). *Fysioterapi og spiseforstyrrelser*. Hentet fra Norsk Selskap for Spiseforstyrrelser: http://nsfsf.no/wp-content/uploads/2015/12/fysioterapi_og_spiseforstyrrelser.pdf
- NKNS. (2021, Mai 20). *Fysisk aktivitet og alvorlige spiseforstyrrelser*. Hentet fra Helse Bergen: <https://helse->

bergen.no/seksjon/Spiseforstyrringar/Documents/Anbefalinger%20fysisk%20aktivitet%20Undennettverk%20NKNS%2020.05.2021.pdf

Noblit, G., & Hare, R. (1988). *Meta-Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies*. SAGE Publications Inc.

NTNU. (2019). *Fysioterapi - studiets oppbygging*. Hentet fra NTNU: <https://www.ntnu.no/studier/hsgftb/studiets-oppbygging#year=2019&programmeCode=HSGFTB>

O'Keeffe, M., Cullinane, P., Hurley, J., Leahy, I., Bunzli, S., O'Sullivan, P., & O'Sullivan, K. (2016). What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Physical Therapy*, 96(5), ss. 609-622.

Oksnes, B., Gaarder, J., Rasmussen, J., & Godø, Ø. (2021, November 17). *Behandler bekymret: - Balanserer på grensen til startnekt*. Hentet fra Dagbladet: <https://www.dagbladet.no/sport/balanserer-pa-grensen-til-startnekt/74581974?fbclid=IwAR3dA49r65jibQUZnuX2wswuOjLs9n3t9iK0yvVPviEaETZMo3vhMkZD5aQ>

Oslo universitetssykehus. (2019). *Kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser*. Hentet fra Oslo universitetssykehus: https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/documents/49608%20ous%20brosjyre_hr_cbte.pdf

Pendleton, V. R., Goodrick, G. K., Poston, W. S., Reeves, R. S., & Foreyt, J. P. (2002, Februar 15). Exercise augments the effects of cognitive-behavioral therapy in the treatment of binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 31(2), ss. 172-184.

Pettersen, G., Sørdal, S., Rosenvinge, J., Skomakerstuen, T., Mathisen, T. F., & Sundgot-Borgen, J. (2017). How do women with eating disorders experience a new treatment combining guided physical exercise and dietary therapy? An interview study of women participating in a randomised controlled trial at the Norwegian School of Sport Sciences. *BMJ Open*, 7(12).

Powers, P. S. (1999). Osteoporosis and eating disorders. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 12(2), ss. 51-57.

Quesnel, D. A., Libben, M., & Caperchione, C. (2018). Preliminary assessment criteria for prescribing exercise when treating eating disorders: What do the experts have to say? *Mental Health and Physical Activity*, 15, ss. 27-33.

Quesnel, D. A., Libben, M., Oelke, N., Clark, M., Willis-Stewart, S., & Caperchione, C. (2017, November 17). Is abstinence really the best option? Exploring the role of exercise in the treatment and management of eating disorders. *The Journal of Treatment & Prevention*, 26(3), ss. 290-310.

Rø, Ø. (2020a). Hva er spiseforstyrrelser? I Ø. Rø, T. W. Hage, & V. W. Torsteinsson, *Spiseforstyrrelser; forståelse og behandling. En håndbok* (ss. 43-53). Fagbokforlaget.

Rø, Ø. (2020b). Atferdsendring og motivasjon. I Ø. Rø, T. W. Hage, & V. W. Torsteinsson, *Spiseforstyrrelser; forståelse og behandling. En håndbok* (ss. 110-118). Fagbokforlaget.

Rør, A. (2006). *Spiseforstyrrelser; symptomforståelse og behandlingsstrategier*. Gyldendal Akademisk.

- Robinson, L., Aldridge, V., Clark, E., Misra, M., & Micali, N. (2016). A systematic review and meta-analysis of the association between eating disorders and bone density. *Osteoporosis International*, 27, ss. 1953-1966.
- ROS. (2021). *Behandling*. Hentet November 2021 fra Rådgivning om spiseforstyrrelser: <https://nettros.no/fa-kunnskap/behandling/>
- Rosenvinge, J., & Pettersen, G. (2006). Tjenestetilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser: En nasjonal kartlegging i primær- og spesialisthelsetjenesten. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(11), ss. 1159-1168.
- Sapolsky, R. M. (2000). Glucocorticoids and Hippocampal Atrophy in Neuropsychiatric Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), ss. 925-935.
- Shelton, D., & Kirwan, C. (2013). A possible negative influence of depression on the ability to overcome memory interference. *Behavioural Brain Research*, 256, ss. 20-26.
- Silva, H. H., & Vold, A. (2020). Kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser. I Ø. Rø, T. W. Hage, & V. W. Torsteinsson, *Spiseforstyrrelser; forståelse og behandling. En håndbok* (ss. 176-191). Fagbokforlaget.
- Skårderud, F. (2000). *Sterk/svak; håndboken om spiseforstyrrelser*. H. Aschehoug & Co.
- Skårderud, F. (2004b). Den kommuniserende kroppen – spiseforstyrrelser og kultur. *Tidsskriftet den norske legeförening*, 124(18), ss. 2365-2368.
- Skårderud, F. (2020a). Selvbilder og kroppsbilder. I I. Eitzen, S. Hollekim-Strand, & H. Markussen, *Idrettsfysioterapeuten* (ss. 257-265). Cappelen Damm AS.
- Skårderud, F. (2020b). Spiseforstyrrelser. I I. Eitzen, S. Hollekim-Strand, & H. Markussen, *Idrettsfysioterapeuten* (ss. 462-468). Cappelen Damm AS.
- Skårderud, F., & Rosenvinge, J. (2001). The history of eating Disorders in Norway. *European Eating Disorders Review*.
- Skårderud, F., Rosenvinge, J., & Göttestam, G. (2004a). Spiseforstyrrelser – en oversikt. *Tidsskriftet den norske legeförening*, 124(15), ss. 1938-1942. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2004/08/tema-spiseforstyrrelser/spiseforstyrrelser-en-oversikt>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Soundy, A., Stubbs, B., Probst, M., Gyllensten, A. L., Skjaerven, L. H., Catalan-Matamoros, D., & Vancampfort, D. (2016). Considering the Role of Physical Therapists Within the Treatment and Rehabilitation of Individuals With Eating Disorders: An International Survey of Expert Clinicians. *Physiotherapy research international: the journal for researchers and clinicians in physical therapy*, 21(4), ss. 237-246.
- Statens helsetilsyn. (2000). *Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. Utredningsserien 7-2000*. Statens helsetilsyn.
- Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å gjennomføre en litteraturstudie, 2. utgave*. Cappelen Damm Akademisk.

- Strømme, S., & Høstmark, A. (2000). Fysisk aktivitet, overvekt og fedme. *Tidsskriftet den norske legeförening*, 120(29), ss. 3578-3782.
- Striegel-Moore, R., Franko, D., Thompson, D., Barton, B., Schreiber, G., & Daniels, S. (2004). Changes in weight and body image over time in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 26(3), ss. 315-327.
- Sundgot-Borgen, J., Rosenvinge, J., Bahr, R., & Schneider, L. S. (2002). The effect of exercise, cognitive therapy, and nutritional counseling in treating bulimia nervosa. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 34(2), ss. 190-195.
- Sundgot-Borgen, J., Torstveit, M. K., & Skårderud, F. (2004). Spiseforstyrrelser i idretten. *Tidsskriftet den norske legeförening*, 124(16), ss. 2126-2129.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (Vol. 3.utgave). Gyldendal Akademiske.
- Torgersen, L. (2016, Januar 25). *Fakta om spiseforstyrrelser – anoreksi, bulimi og overspisingsslidelse*. Hentet Desember 2021 fra Folkehelseinstituttet:
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/spiseforstyrrelser2/>
- Torsteinsson, V. W. (2020a). Psykologiske og relasjonelle risikofaktorer. I Ø. Rø, T. Wiig Hage, & T. Wie Torsteinsson, *Spiseforstyrrelser; forståelse og behandling. En håndbok* (ss. 68-76). Bergen: Fagbokforlaget.
- Torsteinsson, V. W. (2020b). Grunnleggende elementer i behandling av spiseforstyrrelser. I Ø. Rø, T. W. Hage, & V. W. Torsteinsson, *Spiseforstyrrelser; forståelse og behandling. En håndbok* (ss. 97-109). Fagbokforlaget.
- Tylka, T., & Homan, K. (2015). Exercise motives and positive body image in physically active college women and men: Exploring an expanded acceptance model of intuitive eating. *Body Image*, 15, ss. 90-97.
- UNN. (2020, september). *Universitetssykehuset i Nord-Norge*. Hentet fra Psykisk helse- og rusklinikken: <https://unn.no/behandlinger/psykoedukasjon>
- Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Soundy, A., Adámkova, M., Skjaerven, L. H., Catalán-Matamoros, D., Gyllensten, A.M., Gómez-Conesa, A., Probst, M. (2014). A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disability and Rehabilitation*(36(8)), ss. 628-834.
- Vandvik, I., & Moen, H. (2021, Mai 18). *Anoreksi*. Hentet fra Store Norske Leksikon:
<https://sml.snl.no/anoreksi>
- Vedul-Kjelsås, E., & Gøtestam, G. (2004). Spiseforstyrrelser i et historisk perspektiv. *Tidsskriftet den norske legeförening*, 124(18), ss. 2369-2371. Hentet fra
<https://tidsskriftet.no/2004/09/tema-spiseforstyrrelser/spiseforstyrrelser-i-et-historisk-perspektiv>
- Villa Sult. (i.d.). *Kan vi forstå det?* Hentet Desember 2021 fra Villa Sult:
<https://spiseforstyrrelser.no/disorders/forsta/>
- WHO. (1993). *The ICD-10: Classification of Mental and Behavioural Disorders*. World Health Organization.

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1: Sjekkliste

Hentet fra (Malterud, Qualitative research: standards, challenges, and guidelines, 2001, ss. 224-225)

| SJEKKLISTE FOR KRITISK LESING AV KVALITATIVE STUDIER |
|--|
| <i>Bearbeidet fra THE LANCET – Vol 358 – August 11, 2001 485 (Malterud)</i> |
| Problemstilling |
| Er forskningsspørsmålet relevant? |
| Er problemstillingen tilstrekkelig avgrenset og fokusert? |
| Gir artikkelens tittel et dekkende inntrykk av innholdet? |
| Refleksivitet |
| Har forskeren presentert egne motiver, bakgrunn, perspektiver og antakelser? |
| Er konsekvensen av for forståelsen drøftet spesifikt og tilfredsstillende? |
| Metode og design |
| Er kvalitative metoder egnet for utforskning av artikkelens problemstilling? |
| Har forskeren valgt det mest adekvate kvalitative design? |
| Datainnsamling og utvalg |
| Har forskeren presentert sin utvalgsstrategi (oftest strategisk, ikke representativt)? |
| Er dette tilfredsstillende begrunnet? |
| Er dette den utvalgsstrategien som er best mulig egnet til å belyse problemstillingen? |
| Har forskeren drøftet konsekvensene av sin utvalgsstrategi i forhold til alternative valg? |
| Presenteres betydningsfulle kjennetegn ved utvalget slik at leseren forstår konteksten? |
| Kan vi vurdere utvalgets informasjonsstyrke? |
| Teoretisk referanseramme |
| Presenteres de teoretiske perspektivene som studien bygger på? |

| |
|---|
| Er den teoretiske referanserammen adekvat i forhold til prosjektets problemstilling? |
| Forklarer forfatteren hvordan teorigrunnlaget har formet analysen? |
| Analyse |
| Beskrives prinsipper og prosedyrer for bearbeiding og analyse av data tilstrekkelig? |
| Forklares prinsippene for organisering av resultatpresentasjonen? |
| Presenteres strategier for resultatvalidering i metodepresentasjonen eller diskusjonen? |
| Resultater |
| Gir resultatene relevante svar på studiens problemstilling? |
| Lærer vi noe nytt ved å lese resultatene? |
| Er resultatpresentasjonen en overbevisende fremstilling av funn fra materialet og analysen? |
| Brukes sitater på en adekvat måte til å illustrere hovedfunnene? |
| Diskusjon |
| Drøftes spørsmål om intern validitet (hva handler egentlig denne studien om)? |
| Drøftes spørsmål om eksternt validitet (overførbarhet av resultater)? |
| Drøftes spørsmål om refleksivitet (forskerens rolle, perspektiver og posisjoner)? |
| Finner vi selvkritiske overveielser om konsekvenser av det valgte design? |
| Drøftes studiens begrensinger, samtidig som forskeren tar ansvar for de valg som er gjort? |
| Drøftes funnene i lys av aktuelle teoretiske og empiriske referanser? |
| Peker forskeren på noen utvalgte implikasjoner av de funn som er presentert? |
| Presentasjon |
| Er teksten velorganisert og lettlest? |
| Kan leseren skjelve mellom informantenes stemmer og forskerens stemme? |
| Referanser |
| Er sentrale og spesifikke referanser på feltet tilfredsstillende dekket og presentert? |

8.2 Vedlegg 2: Funnstudier

| Studie | Land | Hensikt | Deltager-gruppe | Antall deltagere | Metode |
|--------|-----------|--|-----------------|------------------|--|
| 1 | Norge | Utforske erfaringene til pasientene som droppet ut av behandlingen for BN og BED (PED-t) | Pasienter | 5 | Semistrukturelle intervju, systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017b) |
| 2 | Norge | Utforske pasientens syn på behandlingen og dens effekt (PED-t), samt deres erfaring til ulike komponenter i behandlingen | Pasienter | 15 | Semistrukturelle intervju, systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017b) |
| 3 | Australia | Utforske treningsfysiologers erfaringer og syn relatert til å jobbe med pasienter med SF | Behandlere | 12 | Semistrukturelle intervju, tematisk tekstanalyse (Braun & Clarke, 2006) |
| 4 | Canada | Utforske holdninger til FA som en del av behandling mot AN hos ungdommer, samt pasientens syn på at et objektivt mål på aktiviteten deres | Pasienter | 17 | Semistrukturelle intervju, tematisk tekstanalyse (Braun & Clarke, 2006) |
| 4 | Norge | Bidra med kunnskap om hvordan tilpasset FA kan være klinisk nyttig for pasienter med AN | Pasienter | 7 | Semistrukturelle intervju, meningsfull kondensering (Kvale, 1996) og observasjoner |
| 6 | Norge | Utforske hvordan kvinner med BN og BED erfarte et nytt behandlingsprogram for SF, basert på fysisk aktivitet og kostholdsveiledning (PED-t) | Pasienter | 10 | Semistrukturelle intervju, systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017b) |
| 7 | Canada | Utforske helsepersonells oppfatninger og syn på FA sin rolle i behandling av SF, og å introdusere ekspertbaserte anbefalinger for hensiktsmessig bruk av trening som en supplerende behandling for SF. | Behandlere | 13 | Semistrukturelle intervju, tematisk tekstanalyse (Braun & Clarke, 2006) |

8.3 Vedlegg 3: Analysematrise

| Hovedtema | Bakland, 2020 | Bakland, 2018 | Bergmeier, 2019 | Chubbs-Payne, 2020 | Duesund, 2003 | Pettersen, 2017 | Quesnel, 2017 | Tolkning | En fysioterapeuts rolle |
|-----------|--|---|---|---|--|--|--|---|--|
| 1 | <p>Å regulere og normalisere treningsvaner</p> <p>Utfordringer med å følge treningsprogram på egenhånd</p> <p>Treningsprogrammet i tillegg til den treningen man ellers gjør førte til for mye trening</p> | <p>Å oppleve innvirkningen av FA er den beste måten for pasientene å lære på.</p> <p>Ikke bare en kunnskapsoverføring, men må gjøres med respekt, empati, interesse og glede.</p> | <p>«Så fort de skrives ut går de tilbake til gamle rutiner fordi de ikke har muligheten til å se hva en sunn og normal treningsrutine er»</p> <p>Mange vil trene i hemmelighet om de ikke får trent som en del av behandlingen</p> <p>Sikre at behandlingen/treningen blir utført på en trygg måte.</p> | <p>Veiledet FA med fokus på å ha det gøy</p> <p>«Jeg tror ikke det er noen risiko, så lenge det kommer psykoedukasjon sammen med treningsprogrammet»</p> <p>«Uten FA tror jeg behandlingen min hadde vært ubrukelig»</p> <p>FA kan føre til tvangsmessig adferd til trening</p> | <p>FA skal gi gode treningsvaner</p> <p>«Det var gøy med aktivitetene og å føle at det ikke var noen prestasjonskrav»</p> <p>«Hvis jeg har vært så og så aktiv en dag, kan jeg ikke være noe mindre aktiv dagen etterpå»</p> <p>FA var en påminnelse om muligheten for å brenne kalorier</p> | <p>“Prosjekt tynn” vs en funksjonell kropp</p> <p>Regelmessig trening fører til mestring</p> <p>Lærte at kroppen trenger mat for å kunne trene</p> | <p>Å tillate trening som en del av behandlingen vil gi pasientene mulighet til å oppleve enn sunn form for FA</p> <p>LA trening få en normal plass i livet igjen</p> <p>Mangel på kunnskap i forholdet mellom SF og FA</p> <p>“det er et interessant og et slags tabu-område for behandling»</p> | <p><i>Endre synet og oppfatningen pasientene har til FA. Mange har et overdrevent og tvangspreget forhold til FA. Gjør det om til noe positivt og lystbetont, fremfor tvangspreget.</i></p> | <p>Å regulere og normalisere treningsvaner</p> <p>a) Gjennom erfaring</p> <p>b) Gjennom psykoedukasjon</p> <p>c) Å anerkjenne paradokset mellom FA og SF</p> |
| 2 | | <p>Individuelle forskjeller mellom pasientene.</p> <p>«Noen ganger er det viktigste at pasienten føler seg bra når hun går hjem»</p> | <p>Kunne utvikle en treningsplan som tar hensyn til det fysiske og det psykiske</p> | <p>Gruppeaktiviteter er mer motiverende og sosialt</p> <p>Individuelle tilpasninger</p> | <p>Erfaringene varierte ut ifra hvor i sykdomsforløpet man var, og alvorligheten</p> | <p>Individuell oppfølging viktig</p> | <p>“One size does not fit all”</p> | <p><i>Behandling foregår ofte i grupper, noe som har både fordeler og ulemper. Men det er viktig å kunne se hver enkelt pasient og dens behov for tilpasninger og justeringer.</i></p> | <p>Individuelle tilpasninger</p> |
| 3 | <p>Manglende tillit til terapeutene da de ikke har taushetsplikt.</p> | <p>Selvtillit og innsikt i egne begrensninger i sin rolle som terapeut</p> | <p>Å vite når man skal henvise videre</p> | | <p>I akuttfasen vil aktiviteten kun bli sett på som en måte å forbrenne kalorier på</p> | <p>“Jeg vet at det er mange ting jeg har undertrykt, og at jeg trenger hjelp til å ta fatt i dem”</p> | <p>«En frykt er å ikke vite utfallet av å implementere trening i behandling på lang sikt»</p> | <p><i>Pasientene setter pris på at terapeutene opptrer profesjonelt og kunnskapsbasert, men det er også viktig å kunne være imøtekommende og vise empati.</i></p> | <p>Profesjonalitet og personlige kvaliteter</p> |

