

Camilla Gillingsrud Aamodt

Hvilke evidensbaserte behandlingsmetoder rettet mot barn med ARFID, kan hjelpe barnet med en forbedret måltidsatferd?

Masteroppgave i Logo6710 Erfaringsbasert master i Logopedi

Veileder: Monica Norvik

Medveileder: Malin Sinding

Juni 2023

Camilla Gillingsrud Aamodt

Hvilke evidensbaserte behandlingsmetoder rettet mot barn med ARFID, kan hjelpe barnet med en forbedret måltidsatferd?

Masteroppgave i Logo6710 Erfaringsbasert master i Logopedi
Veileder: Monica Norvik
Medveileder: Malin Sinding
Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Institutt for språk og litteratur



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tema og problemstilling: Denne litteraturstudien ser på hvilke evidensbaserte behandlingsmetoder for barn med diagnosen unnnvikende og restriktiv spisevanske (ARFID), som kan forbedre barnets spiseatferd, spiseatferd som i upassende måltidsatferd. I tillegg ser studien på viktigheten av tverrfaglighet, logopeder og foreldre i arbeidet rundt barn med ARFID. Problemstillingen er som følger: «Hvilke evidensbaserte behandlingsmetoder rettet mot barn med ARFID, kan hjelpe barnet med en forbedret måltidsatferd»?

Bakgrunn: ARFID er en forholdsvis ny diagnose internasjonalt. Den ble tatt i bruk i DSM-5 i 2013 og av ICD-11 i 2022. Det finnes per nå ingen behandlingsmetode som anbefales fremfor andre i behandling av barn med ARFID. Det forskes mye på ARFID for å finne evidens, slik at barn med denne spisevansken skal få best mulig hjelp. ARFID er en pediatrik spisevanske og kan være vanskelig å skille fra andre spisevansker, men ARFID har ikke kroppsfokuset som er forbundet med anoreksi.

Forskning ugitt i 2023, viser til at det under og etter pandemien har vært en økning i atypiske spisevansker og ARFID.

Formål: Formålet med denne studien er å kartlegge hvilke evidensbaserte behandlingsmetoder rettet mot barn med ARFID, som kan gi barn og ungdom og foreldrene en enklere hverdag. Det er også et formål med oppgaven å se på logopeders oppgaver og deltakelse i behandlingsprosessen.

Metode: For å finne svar på problemstillingen, ble litteraturstudie som metode valgt. Det ble utført søk i fire elektroniske databaser for å finne relevante forskningsartikler. Søket ble utført i Cinahl, Cochrane, Medline og PubMed. Søket ga 107 artikler og etter fjerning av duplikater, en gjennomgang av inklusjons- og eksklusjonskriterier og kvalitetsvurderinger, ble resultatet seks inkluderte studier. Studienes resultater blir beskrevet gjennom en narrativ syntese. For å finne svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene er det i syntesen sett på behandlingsmetodens effekt, måltidsatferd og tverrfaglige team, logopeder og foreldre.

Resultater og konklusjoner: Resultatene viser at det er evidens for flere behandlingsmetoder for barn med ARFID. Kognitiv atferdsterapi, familiebasert terapi og intensiv tverrfaglig behandling skiller seg særlig ut som gode behandlingsmetoder. Familiebasert terapi og intensiv tverrfaglig behandling har blant annet behandlingsmål som innebærer å forbedre spiseatferden til barn, i likhet med tre andre metoder. Tverrfaglighet viser seg å være viktig i alt arbeid som gjøres i disse metodene, og det kreves god kunnskap om spisevansker, spiseutvikling og behandlingsmetoder, i tillegg til flere sårbarhetsfaktorer rundt foreldre. Logopeder er viktige i arbeidet med barn med spisevansker. Underveis i arbeidet med litteraturstudien, kom det frem at alle de inkluderte studiene anerkjente viktigheten av tverrfaglig team og et godt foreldresamarbeid, og de fleste så viktigheten av å ha med logopeder i teamet.

Abstract

Theme and issue: This literature study looks at which evidence-based treatment methods for children with a diagnosis of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) can improve the child's eating behaviour, eating behavior such as inappropriate mealtime behaviour. In addition, the study looks at the importance of interdisciplinarity, speech-language therapists and parents in the work around children with ARFID. The problem is as follows: "Which evidence-based treatment methods aimed at children with ARFID can help the child achieve improved mealtime behaviour"?

Background: ARFID is a relatively new diagnosis internationally. It was adopted in DSM-5 in 2013 and by ICD-11 in 2022. There is currently no treatment method that is recommended over others in the treatment of children with ARFID. A lot of research is being done on ARFID to find evidence, so that children with this eating disorder will receive the best possible help. ARFID is a pediatric eating disorder and can be difficult to distinguish from other eating disorders, but ARFID does not have the body focus associated with anorexia.

Research published in 2023 shows that during and after the pandemic there has been an increase in atypical eating disorders and ARFID.

Purpose: The purpose of this study is to map which evidence-based treatment methods aimed at children with ARFID, can give children and young people and their parents an easier everyday life. It is also a purpose of the assignment to look at speech-language therapists' tasks and participation in the treatment process.

Method: To find an answer to the problem, a literature study was chosen as the method. A search was carried out in four electronic databases to find relevant research articles. The search was carried out in Cinahl, Cochrane, Medline and PubMed. The search yielded 107 articles and after removal of duplicates, a review of inclusion and exclusion criteria and quality assessments, the result was six included studies. The results of the studies are described through a narrative synthesis. In order to find answers to the problem and the research questions, the synthesis looked at the effect of the treatment method, mealtime behavior and interdisciplinary teams, speech-language therapists and parents.

Results and conclusions: The results show that there is evidence for several treatment methods for children with ARFID. Cognitive behavioral therapy, family-based therapy and intensive multidisciplinary treatment particularly stand out as good treatment methods. Family-based therapy and intensive interdisciplinary treatment have, among other things, treatment goals that involve improving the eating behavior of children, like the other three methods. Interdisciplinarity turns out to be important in all work done in these methods, and a good knowledge of eating disorders, eating development and treatment methods is required, in addition to several vulnerability factors around parents. Speech-language therapists are important in working with children with eating difficulties. During the work on the literature study, it emerged that all the included studies recognized the importance of interdisciplinary teams and good parental cooperation, and most saw the importance of having speech-language therapists in the team.

Forord

En reise på fire år går mot slutten. Reisen har inneholdt alle slags følelser og har vært lærerik, intens, utfordrende og spennende på samme tid. Logopedyrket gir så mange muligheter, dekker så mange områder og krever stor og bred kunnskap av oss logopeder. I vår første praksisperiode ble jeg veldig interessert i munnmotoriske øvelser og om dette hadde noe effekt. Tankene modnet over tid, og når valget om tema til masteren skulle tas, landet jeg på spisevansker. Munnmotoriske øvelser er vanlig å benytte i arbeidet med barn med spisevansker. Det hadde vært så interessant å jobbe med barn med spisevansker, så dette ville jeg finne ut mer om. Ved å fordype meg i teamet barn, spisevansker og hva en logoped kan gjøre, var målet å finne ut om dette var noe jeg kunne arbeide med etter endt utdanning.

Årene på NTNU har gitt meg masse ny kunnskap, nye venner og en jobb jeg gleder meg til å ta fatt på. Så takk NTNU, for flotte medstudenter og flotte lærere. Vi ble en fin liten gjeng, som trosset korona og dro på samlinger i Trondheim likevel. Chris og Marthe, uten dere er jeg usikker på om jeg hadde klart å fullføre denne utdanningen, så en stor takk til dere. En ekstra plass i hjertet mitt har også Janne og Steffen fått, takk for dere. Takk til Karen, som tok seg tid til å lese denne oppgaven.

En stor takk til mine veiledere Monica Norvik og Malin Sinding, som har gitt konstruktive tilbakemeldinger, vært tilgjengelige, kommet med tips og ideer og oppmuntrende ord underveis i oppgaveskrivingen, det vil jeg aldri glemme. En spesiell takk til Helle Schjørbeck, psykologspesialist ved OUS, som har latt meg få innblikk i foredragene sin, jeg er dypt takknemlig.

Den største oppmerksomheten og takken må nok gå til familie og venner. Venner som har sett lite til meg de siste fire årene og spesielt nå det siste halve året, jeg kommer sterkere tilbake og takk for tålmodigheten deres. Familie, som har fått lite oppmerksomhet den siste tiden, takk for at dere er dere. Så er det Svein, Sander og Vegard, takk for at dere var så tålmodige og lot meg leve mitt eget liv. Som dere sa, mamma du er hjemme, men du er ikke her likevel! Takk for dere, låv ju gutta mine.

Båstad, juni 2023

Camilla Gillingsrud Aamodt

Innhold

Figurer	xiii
Tabeller	xiii
Forkortelser/symboler	xiii
1 Innledning	1
1.1 Logopeder og spisevansker	1
1.2 Tilbudet til barn i Norge med spisevansker	2
1.3 Kjennetegn på spisevanske og upassende måltidsatferd	2
1.4 Bakgrunn for valg av tema	2
1.5 Formål og problemstilling	3
1.6 Oppgavens oppbygning	3
2 Teori	4
2.1 Unngående restriktiv spisevanske (ARFID)	4
2.1.1 ARFID og profiler	4
2.1.1.1 Profil A: Manglende interesse for mat eller lav appetitt	4
2.1.1.2 Profil B: Sensorisk følsomhet	5
2.1.1.3 Profil C: Frykt for ubehagelige opplevelser	5
2.1.2 ARFID og hvordan symptomene viser seg	5
2.1.3 Prevalens	6
2.1.4 Etiologi	6
2.2 Behandlingsmetoder	6
2.2.1 Oversikt over behandlingsmetoder	6
2.3 Upassende måltidsatferd	7
2.4 Oral placement therapy	8
2.4.1 OPT og evidens	8
2.5 Typisk spiseutvikling og utviklingsutfordringer	8
2.5.1 Typisk spiseutvikling	8
2.5.2 Sensitive og kritiske perioder	9
2.5.3 Matneofobi	9
2.5.4 Livskvalitet hos barn med ARFID	9
2.5.5 Tidlig innsats	9
2.6 Tverrfaglighet	10
2.6.1 Tverrfaglig samarbeid	10
2.6.2 Kunnskapsbasert praksis	10
2.6.3 Logopeder	10
2.7 Foreldre og barn	11

2.7.1	Det å ha et barn med ARFID.....	11
2.7.2	Voksne med ARFID.....	11
2.7.3	Foreldrenes sårbarhetsfaktorer	11
2.8	Oppsummering	12
3	Metode	13
3.1	Begrunnelse for valg av metode.....	13
3.1.1	Evidensbasert praksis	13
3.1.2	Litteraturstudie	14
3.1.3	Narrativ syntese.....	14
3.2	Litteratursøket	14
3.2.1	Søkestrategi	15
3.2.2	Søkeprosessen.....	15
3.3	Utvelgelsesprosessen.....	19
3.3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	19
3.4	Screening	19
3.5	Litteraturstudiens begrensinger.....	19
3.6	Validitet og reliabilitet	19
3.7	Etiske betraktninger	20
3.8	Oppsummering	20
4	Presentasjon av de inkluderte studiene	21
4.1	Oversikt over de inkluderte studiene.....	21
4.2	Metodisk kvalitetsvurdering av de inkluderte artiklene	22
4.3	Oppsummering	24
5	Presentasjon av hovedfunnene i studiene.....	25
5.1	Syntese	28
5.2	Studiens formål og utvalg	28
5.2.1	Studiens formål	28
5.2.2	Studiens utvalg	28
5.3	Behandlingsmetoder	28
5.3.1	Ulike metoder innen kognitiv behandling	29
5.3.1.1	CBT-AR metoden	29
5.3.1.2	FBT-ARFID metoden	29
5.3.1.3	PHP og IOP metoden	29
5.3.1.4	IMI metoden	30
5.3.1.5	Forsterkningsbasert metode	30
5.3.2	Metoder med blandet tilnærming.....	30
5.3.2.1	Prompt som metode	30

5.3.2.2	Food chaining som metode.....	30
5.3.2.3	FBI som metode	31
5.4	Behandlingsmetoder som kan ha effekt på et barns måltidsituasjon.....	31
5.5	Tverrfaglighet	32
5.5.1	Hvorfor er tverrfaglighet viktig i ARFID	32
5.5.2	Hvilke faggrupper er med i det tverrfaglige teamet.....	32
5.5.3	Hvilke behandlingsmetoder inkluderer logoped	32
5.6	Foreldre	33
5.6.1	Foreldreinvolvering i de ulike behandlingsmetodene for ARFID	33
5.6.2	Foreldrenes sårbarhetsfaktorer	33
5.7	Oppsummering	34
6	Diskusjon.....	35
6.1	Hovedfunn og metoderefleksjon	35
6.1.1	Kort beskrivelse av hovedfunn	35
6.1.2	Metode refleksjon.....	35
6.2	Problemstillingen.....	36
6.2.1	Evidensbaserte behandlingsmetoder	36
6.2.2	Behandlingsmetoder med mål om forbedret måltidsatferd	37
6.2.2.1	Familiebasert terapi.....	37
6.2.2.2	Intensiv tverrfaglig behandling	37
6.2.2.3	Delvis sykehusinnleggelsesprogram.....	37
6.2.2.4	Forsterkningsbasert metode	37
6.2.2.5	Prompt	37
6.2.3	Upassende måltidsatferd.....	38
6.2.4	Behandlingsmetoder med liten eller ingen evidens.....	38
6.3	Forskningsspørsmålene	39
6.3.1	Tverrfaglighet.....	39
6.3.1.1	Anbefalte faggrupper i det tverrfaglige teamet.....	40
6.3.2	Inkluderingen av logopeder i behandlingen.....	41
6.3.3	Foreldre	41
6.3.3.1	Foreldrenes sårbarhetsfaktorer	42
7	AVSLUTNING.....	44
7.1	Til ettertanke	44
8	Referanser	46
	Vedlegg	50

Antall ord: 19878

Figurer

Figur 1 PRISMA-flytskjema	18
---------------------------------	----

Tabeller

Tabell 1 Oversikt over ulike behandlingsmetoder	7
Tabell 2 Søkord	16
Tabell 3 Oversikt over feltkoder og søkestrenger benyttet i det elektroniske søket	16
Tabell 4 Oversikt over de inkluderte artiklene med kvalitetsvurdering	24
Tabell 5 Oversikt over inkluderte studier og funn	26

Forkortelser/symboler

ARFID	Eng: Avoidant/restrictive food intake disorder
	No: Unnvikende/restriktiv spisevanske
PFD	Pediatric feeding disorder
OUS	Oslo Universitets Sykehus
NTNU	Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
ICD-11	International Classification of Diseases, 11th Revision
DCM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

1 Innledning

Det å spise er en av de mest avanserte aktivitetene et menneske kan gjøre. Det krever at alle organsystemer er aktiverte og at de fungerer korrekt. Bare det å svelge krever involvering av 26 ulike muskler samtidig og svelge gjør vi omtrent 600 ganger i døgnet (Logopedförbundet, 2022). Alle våre sanser aktiveres av maten vi skal spise. Det å spise er noe vi har lært oss. Tradisjoner og kulturelle ritualer er noe vi forbinder med mat. Et barn med spisevansker står i spiseutfordringer flere ganger hver dag, både hjemme og på skole eller i barnehage. Barnet og familien har valget om å velge bort sosiale situasjoner som inkluderer måltider, men dette kan medføre at både barnet og familien blir mindre sosiale (Muldoon et al., 2022). Gode måltider kan skape gode interaksjoner mellom barn og foreldre, krevende måltider kan skape konfliktfylte og stressende interaksjoner mellom barn og foreldre (Cerniglia et al., 2020; Feillet et al., 2019).

Spisevansker kan utvikle seg og bli helseskadelig, dersom barnet ikke får nødvendig hjelp. Unnvikende restriktiv spisevanske (eng; Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, heretter kalt ARFID) er en spisevanske som kan vise seg ved dårlig appetitt eller manglende interesse for å spise, upassende spiseatferd, matselektivitet grunnet sensoriske vansker og frykt for å spise grunnet tidligere traumatiserende erfaringer (Dinkler et al., 2023). ARFID kan føre til at barn og hele familier systematisk unngår sosiale sammenkomster, slik som bursdager eller restaurantbesøk. Symptomer og konsekvenser av ARFID kan gi lav vekst og utfordrende spiseatferd, vanskelige sosiale situasjoner og lav selvtillit. Konstant unngåelse av sosiale relasjoner påvirker selvtilliten og den mentale tilstand negativt (Brytek-Matera et al., 2022; Cohen & Dilfer, 2022; Dinkler et al., 2023; Kim et al., 2022).

1.1 Logopeder og spisevansker

Forskning fra USA viser at logopeder er en viktig del av det tverrfaglige arbeidet rundt barn med spisevansker. I USA jobber blant annet logopeder med barn med ARFID i det offentlige, i det private og i skolen (Bryant-Waugh et al., 2021). Logopeder kan diagnostisere, utrede, planlegge, behandle, forebygge og veilede foreldre, delta i tverrfaglige samarbeid og de kan samarbeide med skoler og barnehager rundt barn som har ARFID (Feillet et al., 2019; Monroe, 2020). Under ARFID-konferansen som det svenske Logopedförbundet arrangerte våren 2022, kom det frem at logopeder i Sverige utreder og behandler orale sensoriske vansker og ARFID, og i tillegg utreder de hvordan barnet håndterer og reagerer på ulike konsistenser og smaker.

Logopeder i Sverige og USA er en viktig del av det tverrfaglige arbeidet rundt barn med spisevansker og nyere forskning inkluderer logopeder i flere av behandlingsmetodene som benyttes for barn med ARFID (Gosa et al., 2020). Logopeder er også en viktig del av behandlingen av barn med pediatriske spisevansker. Pediatriske spisevansker og ARFID har flere fellestrekk (Gosa et al., 2020; Muldoon et al., 2022). ARFID er en omfattende og forholdsvis ny diagnose internasjonalt. En diagnose som det fortsatt gjenstår mye forskning på, både i forhold til hva som forårsaker ARFID og hvilken behandlingsmetode som er den best egnede (Bialek-Dratwa et al., 2022; Sanchez-Cerezo et al., 2023; Schöffel et al., 2021).

I Norge og internasjonalt er det per i dag ingen behandlingsmetode, som på bakgrunn av evidens, benyttes fremfor andre metoder. Nasjonal kompetansetjeneste ved Oslo universitetssykehus (OUS, 2017), refererer til Bryant-Waugh (2021). Bryant-Waugh er klinisk psykolog med over 30 års erfaring innen spisevansker hos barn og unge. Hun har vært med i arbeidsgruppene til DSM-5 og ICD-11 og hun innehar masse kompetanse om ARFID (NHS, 2023). Kompetansetjenesten fremhever betydningen av tverrfaglig kartlegging og utredning, for å gi et barn med ARFID best mulig hjelp og omsorg til sin spisevanske.

1.2 Tilbudet til barn i Norge med spisevansker

I Norge kan oppfølging av barn med spisevansker være ulikt organisert under de ulike helseforetakene i landet. Uavhengig av bosted, har barn rett til et godt oppfølgingstilbud. Barna skal følges opp lokalt, primært av det lokale helseforetaket, som enten er et spiseteam eller en BUP(A). De ulike helseforetakene har barneavdelinger, habiliteringstjenester for barn og unge (HABU) og barne- og ungdoms psykologisk poliklinikk/avdeling (BUP/BUPA). Det er viktig med et godt samarbeid mellom lokale helsetjenester og spesialisthelsetjenester for å sikre et godt tilbud til barna og deres familier (OUS, 2021).

1.3 Kjennetegn på spisevanske og upassende måltidsatferd

Kjennetegn på en spisevanske kan være oralmotoriske mangler, som gir konsekvenser i form av evne til å spise utviklingsmessig passende tekstur, selektivitet etter matvaretype etter tekstur eller begge, brekning eller oppkast, spytt ut mat eller upassende måltidsatferd eller begge eller matvegring (Rubio et al., 2021).

Upassende måltidsatferd er en utfordrende atferd som kommer i sammenheng med måltider og som kan vise seg som for eksempel gråt, sinne, snu seg vekk fra maten, knipe igjen tennene. Over tid kan denne atferden utilsiktet forsterkes, og bidra til å øke alvorlighetsgraden og opprettholdelsen av spisevansken (Hodges et al., 2020).

1.4 Bakgrunn for valg av tema

Ønsket om å skrive om spisevansker har kommet gradvis. Først ønsket jeg å se på oralmotoriske øvelser og øvelsenes effekt. Deretter ønsket jeg å se på sensoriske spisevansker. Men etter å ha deltatt på ARFID konferansen i Sverige i 2022 ble interessen for barn med ARFID vekket.

VG (Verdens gang) publiserte en artikkel om ARFID 29 mars i år (Dyrnes, 2023), noe som viser at ARFID er dagsaktuelt. I artikkelen kom det frem at det er lite hjelp å få, til en så kompleks vanske som ARFID er.

På Facebook er det en privat gruppe for foreldre med «barn med spisevegring». I denne gruppen er det innlegg fra foreldre som er bekymret for sitt barn og frustrert fordi de opplever lite eller sen hjelp. Det er fint å se at disse foreldrene støtter hverandre og gir hverandre råd. Likevel er det trist å se at så mange barn og deres familier opplever å ikke få hjelp. Dette er min motivasjon til å undersøke temaet, med et ønske om å kunne si til disse foreldrene at hjelpen er underveis.

1.5 Formål og problemstilling

ARFID er en heterogen diagnose, altså uensartet, noe som medfører viktigheten av en grundig utredning. En del av det å ha spisevansker inkluderer ofte en upassende måltidsatferd (Kirkwood et al., 2021). Derfor er det viktig å finne den behandlingsmetoden som er best egnet til det konkrete barnets situasjon og til å endre barnets upassende måltidsatferd. I dette arbeidet har et tverrfaglig team, logopeder og foreldre en viktig rolle (Bryant-Waugh et al., 2021).

Formålet med denne oppgaven er å undersøke om det er evidensbaserte behandlingsmetoder rettet mot barn med ARFID og upassende måltidsatferd, som kan gi barn og ungdom mellom 0-18 år og foreldrene en enklere hverdag. Det er også et formål med oppgaven å se på viktigheten av tverrfaglighet, logopeder og foreldres oppgaver og deltakelse i behandlingsprosessen. Barn og ungdom mellom 0-18 år vil heretter bli omtalt som barn. I tillegg til problemstillingen, har studien flere forskningsspørsmål.

Problemstillingen er som følger:

«Hvilke evidensbaserte behandlingsmetoder rettet mot barn med ARFID, kan hjelpe barnet med en forbedret måltidsatferd?»

Gitt at tverrfaglighet er viktig, at logopeder er ønsket inn i tverrfaglige team og at foreldreinvolvering er avgjørende, har oppgaven følgende forskningsspørsmål:

1. Hvorfor er det viktig med tverrfaglighet i behandlingen?
2. Hva er logopedenes rolle i det tverrfaglige samarbeidet?
3. Hvordan kan foreldre bidra til at barnet får en forbedret måltidsatferd?

Oppsummert kan denne litteraturstudien være et bidrag i kartleggingen av evidensen, for logopedens deltakelse i det tverrfaglige samarbeidet rundt barn med ARFID og innen de ulike behandlingsmetodene. Denne litteraturstudien har som mål å vise at logopeder kan arbeide med barn med ARFID, støtte og veilede foreldre og å kanskje utgjøre en forskjell.

1.6 Oppgavens oppbygging

Denne oppgaven har 7 kapitler. Kapitlet 1 gjorde rede for bakgrunnen for studien, ved å se på logopeder og spisevansker, tilbudet til barn i Norge med spisevansker, i tillegg til en redegjørelse for hva spisevansker og upassende måltidsatferd er. Deretter ble problemstilling og forskningsspørsmål presentert.

Kapittel 2 tar for seg teorier som er relevant for oppgavens problemstilling. Kapittel 3 presenterer metoden som er brukt i oppgaven. Kapittel 4 gjør rede for de inkluderte studiene, sammen med en gjennomgang av kvalitetsvurderingen av de utvalgte studiene. Kapittel 5 fremstiller hovedfunnene. Kapittel 6 drøfter teori og studiens resultater, samt andre relevante aspekter opp mot teorien i oppgaven. Kapittel 7 oppsummer litteraturstudien, med konklusjon og betraktninger rundt videre forskning i lys av studiens funn.

2 Teori

Dette kapittelet tar for seg de teoriene som er nødvendig for å belyse problemstillingen. Først gjøres det rede for ARFID og hvordan barnet og familien kan påvirkes. Deretter vil de ulike behandlingsmetodene kort bli gjennomgått, før upassende måltidsatferd blir beskrevet. Så vil typisk spiseutvikling og utviklingsutfordringer bli gjennomgått. Videre kan ARFID påvirke livskvaliteten hos barnet og familien, og det gjøres kort greie for dette perspektivet. Tverrfaglighet er et viktig tema i behandlingen av barn med ARFID, siden diagnosen er så heterogen og det er mange faggrupper som i utgangspunktet kan behandle denne spisevansken også logopedier. Teoridelen avsluttes med en gjennomgang om foreldre og foreldres sårbarhetsfaktorer.

2.1 Unngående restriktiv spisevanske (ARFID)

ARFID som diagnose har eksistert i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V) siden 2013. Diagnosen ble tatt i bruk i International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11), 1. januar 2022 ([WHO], 2018; Association, 2013; Dinkler et al., 2023). Dette betyr at ARFID diagnosen er relativt ny internasjonalt og at det fortsatt er mye forskning som gjenstår. DSM-V og ICD-11 definerer ARFID på to forskjellige måter, men enes om at det er en spisevanske som er unnvikende og eller restriktiv. Årsaken til spisevansken kommer av enten manglende interesse for mat eller lav appetitt, sensorisk følsomhet i forhold til lukt, smak og tekstur på maten og eller frykt for ubehagelige konsekvenser ved å spise, som kvalning, oppkast og allergiske reaksjoner, ofte etter tidligere traumatiske opplevelser ([WHO], 2018; Association, 2013; Dinkler et al., 2023; Feillet et al., 2019). Barn med ARFID kan få vedvarende og manglende evne til å dekke ernærings- og energibehovet, konsekvenser som betydelig vekttap, ernæringsmangel og psykososiale vansker for å nevne noen (Association, 2013; Milano et al., 2019). Det er også viktig å få frem at barn med ARFID stort sett ikke motiveres av kroppsfokus (Dinkler et al., 2023). De medisinske konsekvensene av ARFID kan være livstruende (Billman et al., 2022; Feillet et al., 2019; Milano et al., 2019).

Som samarbeidende part eller fagperson som arbeider med en spisevanske som ARFID, kreves det god kunnskap om hva ARFID er, om konsekvenser, symptomer og de ulike profilene for å nevne noe. ARFID er en homogen vanske, som oppstår i tidlig barndom og som krever en omfattende kartlegging for å kunne stille rett diagnose, slik at barnet får hensiktsmessig oppfølging og behandling (Ibañez et al., 2020).

2.1.1 ARFID og profiler

ARFID har tre profiler som er vesentlig å kartlegge, for å kunne gi barnet den best egnede omsorgen og behandlingsmetoden. Det er økende evidens som tyder på at et barn med ARFID kan ha problemer på tvers av en, to eller alle tre profilene og med varierende alvorlighetsgrad (Milano et al., 2019).

2.1.1.1 Profil A: Manglende interesse for mat eller lav appetitt

Barn som viser manglende interesse for mat eller har liten appetitt, kan ha matvegring, og de kan trenge sondeernæring (Billman et al., 2022). Disse barna spiser for eksempel for lite mat, enn det som trengs for å støtte normal vekst og utvikling. Det er flere årsaker til denne profilen, som ulike medisinske tilstander, omsorgssvikt og/eller matmangel.

Dersom et barn har lavt inntak over tid, blir matlysten redusert og medfører et sløvt, inaktivt og lite engasjert barn. Det er viktig å vite årsaken til profil A for å sikre rett behandling for barnet. Manglende interesse for mat og lav appetitt utgjør omtrent 25 % av spisevanskene i ARFID (Milano et al., 2019).

2.1.1.2 Profil B: Sensorisk følsomhet

Barn med sensorisk følsomhet unngår visse matvarer på grunn av avsky, har utviklet ekstra følsomhet for spesifikke egenskaper ved maten, eller begge. Årsaken kan være oralmotoriske mangler til å mestre passende teksturer, eller de kan ha motvilje mot matens sensoriske egenskaper som type, tekstur, smak, temperatur eller lukt, de spiser for eksempel ikke grønnsaker (Billman et al., 2022). Sensorisk følsomhet er den mest dominerende profilen og utgjør omtrent 2/3 av barn med ARFID (Milano et al., 2019). Flere studier viser til en sammenheng mellom det å føle avsky og selektiv spising, matneofobi og matubehag (Menzel et al., 2019). Matselektivitet betyr å nekte å spise bestemte typer mat, både kjente og ukjente, og det er lite variasjon. Alvorlig sensorisk følsomhet kan gi store ernæringsmessige mangler og helseeffekter, som mangelsykdommer (Feillet et al., 2019).

2.1.1.3 Profil C: Frykt for ubehagelige opplevelser

Barn som er bekymret for ubehagelige opplevelser forbundet med å spise utvikler frykt for konsekvensene av å spise mat som de ikke anser som trygge (Billman et al., 2022; Milano et al., 2019). Noen av årsakene til frykten er knyttet til egne erfaringer med oppkast etter å ha spist en bestemt matvare eller følelsen av å kveles. Disse barna har få aksepterte matvarer (Milano et al., 2019). Kjentegn ved denne profilen er ofte en ekstrem følelsesmessig atferd, som skriking, sinneutbrudd, langvarig stillhet eller upassende måltidsatferd (eng: inappropriate mealtime behavior). Profilen kjennetegnes av ulike strategier som langsom tygging, eller at barnet skjuler eller kaster mat. De minste barna gråter og trekker seg bort fra flasker, brystvorter eller skjeer og avviser vanligvis væske. Profil C kan komme av sykdommer som gir smerte eller ubehag ved spising eller etter ulike medisinsk inngrep. Frykt for ubehagelige opplevelser er den minst vanlige profilen (Dumont et al., 2019; Milano et al., 2019).

2.1.2 ARFID og hvordan symptomene viser seg

ARFID kan vise seg på fire måter og gi ulike konsekvenser:

- A1 fører til et betydelig vekttap, vakkende vekst og manglende vektøkning i forhold til forventninger, men vansken finnes også hos normalvektige og overvektige pasienter (Bryant-Waugh et al., 2021). ARFID-pasienter spiser det de anser som trygge matvarer, og om det er matvarer med høy energi, kan det føre til overvekt (Davis, 2020).
- A2 gir ernæringsmessige mangler, som vitaminmangler og et lavere inntak av protein, fett og karbohydrater, som resulterer i et lavere energinivå. Dette kan føre til medisinske følgetilstander, som kan påvirke normal hjerneutvikling (Schöffel et al., 2021).
- A3 kan føre til et behov for oralt tilskudd eller sondeernæring, som kan skyldes behovet for å omgå munnhulen i spiseprosessen, for å unngå ubehagelige opplevelser. Underernæringen kan bli livstruende (Feillet et al., 2019).
- A4 medfører betydelig svekkelse av psykososial fungering på alle områder. Nedsatt selvtillit kan føre til unngåelse av sosial kontakt (Bryant-Waugh et al., 2021; Milano et al., 2019).

2.1.3 Prevalens

ARFID har en estimert prevalens på mellom 1 % til 5 %, og dermed er ARFID minst like vanlig som autismspekterforstyrrelse (ASD) og antakelig like vanlig som oppmerksomhetsvikt/hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD) (Dinkler et al., 2023). En studie av skolebarn i alderen 8–13 år i Sveits rapporterte en prevalens av vansken på 3,2 %. Disse dataene tyder på at ARFID kan være like vanlig som spesifikke spiseforstyrrelser, som anoreksi (Feillet et al., 2019). Studier har antydnet at prevalensen av samtidige diagnoser (komorbiditet) med ARFID er høy, og varierer fra 57 % til 95 %. Angstlidelser er rapportert å være den vanligste komorbide diagnosen, etterfulgt av ADHD og ASD (Dinkler et al., 2023).

2.1.4 Etiologi

Barn kan utvikle ARFID fra de er rundt et år, de fleste er gutter og de er ofte syke lenge før de mottar behandling og hjelp. Barna har ofte sameksisterende fysiske og psykiske symptomer og lavere livskvalitet (Feillet et al., 2019; Milano et al., 2019). En studie av Katzman et al. (2021) fant at kjønn og alder er av betydning når det kommer til hvordan ARFID-symptomer viser seg. Gutter nekter oftere enn jenter å spise på grunn av matens sensoriske egenskaper, og barn i aldersgruppen 5 til 10 år har oftere sensorisk motvilje og manglende interesse for å spise enn eldre barn (Brytek-Matera et al., 2022; Katzman et al., 2021).

2.2 Behandlingsmetoder

Spisevansker kan resultere i flere helserelaterte komplikasjoner. Vanskene kan ses hos barn fra de er nyfødte og dette vil kreve tidlig innsats, ulike tiltak og behandlingsmetoder, adekvat kunnskap og ferdigheter hos fagpersoner for å møte de ulike behovene til denne heterogene gruppen (Arvedson et al., 2010). Det er mange ulike behandlingsmetoder som benyttes og som prøves ut i arbeidet med barn med ARFID. De fleste metodene er behandlingsmetoder som benyttes til andre spisevansker, men som har blitt tilpasset til ARFID (Lane-Loney, 2022).

I denne delen vil de ulike behandlingsmetodene kort gjennomgås og vises i en tabell. Upassende måltidsatferd vil bli gitt litt større plass, da denne atferden er ekstra krevende for både barn og foreldre og en viktig del av problemstillingen i oppgaven.

2.2.1 Oversikt over behandlingsmetoder

Atferdsmetoder er mye benyttet i behandlingen av barn med ARFID. Metoder som kognitiv atferdsterapi (eng; cognitive behavior therapy, CBT), familiebasert terapi (eng; family based therapy, FBT), delvis sykehusinnleggelsesprogram (eng; partial hospitalization program, PHP) (Billman et al., 2022; Burton Murray et al., 2022) og ulike forsterkningsteknikker som består av fading, forming og modellering, er metoder som brukes for å forsterke ønsket atferd (Kirkwood et al., 2021). Intensiv tverrfaglig metode (eng; Intensive multidisciplinary intervention, IMI) er en tverrfaglig atferdsmetode (Desai et al., 2022). Food chaining, fysisk veiledning (Prompt) og Food investigators ARFID (FBI) er alle metoder som gjennomføres av andre fagpersoner enn psykologer (Kirkwood et al., 2021), og som oftest benyttes metoden sammen med en atferdsmetode som FBT. Disse metodene vises i en tabell der metoden, behandlingsstrategien og metoden kort beskrives, i tillegg til å uttrykke noe om hvilken alder og profil som metoden er best egnet for.

Tabell 1 Oversikt over ulike behandlingsmetoder

Behandlings metode	Behandlingsstrategi	Metoden	Alder Foreldre	Profil
Cognitive behavior therapy ARFID. CBT-AR. Kognitiv atferdsterapi.	Fire trinns modell, med 20–30 behandlinger. Tidspenode 6-12 mnd. Skreddersys til pasienten.	Psykoedukasjon for barn og foreldre. Eksponering av matvarer.	10 år + Foreldre	Kan passe alle. Best for A.
Family-based treatment ARFID. FBT-ARFID. Familierterapi.	En strategi i to stadier (for ARFID).	Teamet veileder familien til å hjelpe barnet med å overvinne spise vansken.	Alle aldere Foreldre	Best for B og C.
Partial hospitalization program. PHP. Delvis sykehus innleggelse.	Innleggelse og klinisk oppfølging i etterkant av sykehusopphold. Intens behandlingsmetode.	6 timer behandling hver dag, 5 dager i uken.	Alle aldere Foreldre	
Intensive multidisciplinary intervention. IMI. Intensiv tverrfaglig intervensjon	Dag- eller døgnbehandling, pasient støttes og overvåkes av et stort tverrfaglig behandlingsteam. Innleggelse opptil 2 mnd.	Bedre ernæring, matutvalg og måltidsatferd. Fokus foreldre-barn interaksjoner under måltider.	2 – 8 år Alle aldere Foreldre	Kan passe alle. Best for B
Food Chaining.	Behandling med FBT/CBT. Foreldremodellering, lek og berøring av ny mat.	Målet er utvidet matvariasjon og støtte barnet ernæringsmessig.	Alle aldere Foreldre	B
The feeling and body investigator (FBI). FBI - ARFID	Intro- og eksteroseptive sensasjoner og følelser. Behandlingen gjøres med FBT/CBT.	Opplive og utforske ubehagelige kroppsfølelser, og lære å akseptere disse følelsene gjennom lek	4-10 år Foreldre	
Forsterknings teknikker	Uten påtrengende inngrep. Differensiell forsterker. Økt oral aksept mat og væske.	Forsterker alternativ atferd, fading, forming, kjeding modellering og visuell støtte	1 – 12 år Foreldre	
Forming og atferdsterapi	Målrettet forbedre sult/metthetssykluser, sikre ernæring for vekst og behandle årsak.	Etablerer måltider med 3 timers mellomrom og kun drikke mellom. Atferdsterapi i form av FBT.	Alle aldere Foreldre	A
Leke terapi og atferdsterapi.	Målrettede redusere angst, alternativt utstyr, som skje.	Gjøre barnet kjent med ny mat på en morsom måte.	Små barn Foreldre	C

2.3 Upassende måltidsatferd

I tillegg til disse betydelige helseproblemerne ARFID kan medføre, så er spisevansker ofte forbundet med upassende måltidsatferd (eng; Inappropriate mealtime behavior, IMB) (Hodges et al., 2020). Upassende måltidsatferd er ofte et fokus i foreldres beskrivelser av spisevansken, fordi atferden er veldig forstyrrende og svært merkbare (Desai et al., 2022). Foreldre kan oppleve økt stress, angst og vanskeligheter med å fysisk håndtere upassende måltidsatferd. Det er avgjørende at denne atferd blir riktig vurdert og behandlet. Dessuten er det stor sannsynlighet for at behandlingen direkte eller indirekte kan føre til forbedringer i spisevansken på ett eller flere områder. Upassende måltidsatferd kan hemme et barn fra å motta tilstrekkelig ernæring, kan forårsake skade på barnet eller andre og kan potensielt hindre normal vekst (Hodges et al., 2020). For å effektivt kunne behandle upassende måltidsatferd er det nyttig å identifisere alle variablene som opprettholder atferden (Hodges et al., 2020; Kirkwood et al., 2021). Den vanligste atferden er hodevending, banking med skje, aggresjon og tildekking av

ansiktet. Den mindre vanlige atferden er å kaste mat eller redskaper, si negative ord eller sutre, oppkast, selvskading og spyting for å nevne noen (Hodges et al., 2020). Analyser viser at upassende måltidsatferd opprettholdes av både positiv og negativ forsterkning hos barn med ARFID (Kirkwood et al., 2021). Positiv forsterkning vil eksempelvis være at barn bruker det for å få oppmerksomhet. Dette står i motsetning til negativ forsterkning, som kan være at barn bruker det på en slik måte at foreldrene fjerner kopp og tallerken, slik at barnet slipper å spise. (Hodges et al., 2020; Kirkwood et al., 2021). Den vanligste behandlingsmetoden for upassende måltidsatferd er atferdsmetode slik som positiv forsterkning. Differensiell forsterkning av alternativ atferd er positiv forsterkning av målrettet ønsket atferd, som å bruke fotballkort, leker og spill for å motivere til endring (Desai et al., 2022; Kirkwood et al., 2021).

2.4 Oral placement therapy

Oral placement therapy (OPT) vil bli redegjort for. Logopeder benytter metoden i arbeidet med barn som har ulike spisevansker, og dette er årsaken til at metoden blir inkludert.

Grunnleggeren Sara Rosenfeld-Johnson er logoped, og hun har utviklet metoden i samarbeid med ergoterapeut og fysioterapeut. Metoden er for logopeder og andre faggrupper som arbeider med barn og tale- og spisevansker. Mange logopeder benytter OPT i arbeid med barn, både til tale- og spisevansker. OPT stimulerer og trener muskler, sensorikk og det taktile hjelpesystemet. Pasienter med motoriske og/eller sensoriske svekkelser har nytte av aktiviteter som støtter den sansemotoriske utviklingen. OPT brukes for å forbedre artikulatortilstand i forhold til plassering, stabilitet og muskelminne. Det benyttes eget utstyr i behandlingene. Metoden kom først ut i 2000 og har siden utviklet seg (Rosenfeld-Johnson, 2009).

2.4.1 OPT og evidens

Det hersker stor uenighet om effekten av OPT i behandlingen av personer med spise- og svelgevansker, selv om mange logopeder bruker disse teknikkene. Kritikken handler om evidensen til metodene og den kunnskapsbaserte praksisen. Debatten handler blant annet om mangelen på objektive og standardiserte tiltak for å vurdere effekten av oralmotoriske øvelser, spesielt hos små barn. Den handler også om prinsippet om treningsspesifisitet, som argumenterer for at øvelser som ikke målrettet går på en funksjon (for eksempel svelging) ikke vil være effektiv for å endre målfunksjonen. (Arvedson et al., 2010).

2.5 Typisk spiseutvikling og utviklingsutfordringer

Spising krever koordinering av en rekke handlinger og dette har signifikant betydning på et barns vekst, utvikling, sosialisering (Ibañez et al., 2020) og livskvalitet (Krom et al., 2019). Typisk spiseutvikling har både kritiske og sensitive perioder som kan føre til alvorlige konsekvenser om det vedvarer, og som igjen kan påvirke et barns livskvalitet. Delen om spiseutvikling og utfordringer vil kun bli kort beskrevet med hensyn til oppgavens omfang. Selv om det å ha god kunnskap om typisk spiseutvikling er viktig for det tverrfaglige teamet og logopeder som arbeider med denne type problematikk.

2.5.1 Typisk spiseutvikling

Spiseprosessen starter når alle våre sanser aktiveres og sansene stimuleres av duft, smak, følelse og hørsel. Maten føres til munnen ved hjelp av armer og hender, det tygges og det svelges og dette krever en viss rytme (Logopedförbundet, 2022). Det er en

gjensidig prosess som avhenger av spesifikke evner og egenskaper hos både foreldre og spedbarn. For at typisk spiseutvikling skal skje, er barnet avhengig av at foreldrene tolker og reagerer rett på barnets signaler. Dersom foreldrene avbryter matingen, så er det ikke alle spedbarn som gjenopptar sugingen uten videre og dette kan mistolkes som at barnet ikke vil ha mer mat og det kan gi ulike konsekvenser. (Arvedson, 2006; Delaney & Arvedson, 2008). Oversikt over spiseutvikling ligger ved som vedlegg 1.

2.5.2 Sensitive og kritiske perioder

En sensitiv periode er et begrenset vindu der hjernen er spesielt mottakelig for virkningene av erfaring. Læring kan fortsatt skje, men det vil kreve ekstra energi for å få det til. En kritisk periode er et vindu der en atferd må læres, og hvis denne læringen ikke skjer, kan atferden aldri tilegnes da hjernen blir motstandsdyktig mot påfølgende forandring. Både sensitiv periode og kritisk periode kan påvirke mataksept i barndommen (Harris & Mason, 2017). Dersom et barn ikke blir introdusert for fast føde i de kritiske eller sensitive periodene, kan barna gå glipp av den kritiske perioden for tygging, men også ferdigheter som kroppsstabilitet, hodekontroll og munnopplevelser som involverer hender, fingre og leker (Arvedson, 2006). Det er evidens som støtter at det er en sensitiv periode for introduksjon av smaker, en kritisk periode for introduksjon av teksturer og for utvikling av oral motorisk funksjon, og en mulig kritisk periode for introduksjonen av ny mat (Arvedson, 2006; Delaney & Arvedson, 2008; Harris & Mason, 2017).

2.5.3 Matneofobi

Barnets evne til å akseptere fast føde, ervervet oral-motoriske ferdigheter og smakspreferanser er med på å påvirke spiseatferden til et barn. Matneofobi betyr å avvise eller være motvillig til å prøve ny og ukjent mat og er en naturlig del av utviklingen. Matneofobi oppstår i tidlig barndom og kan påvirke barnets matvalg, forme smakspreferanser og påvirke kvaliteten på barnets kosthold betydelig. Neofobisk atferd ses først hos barn i 18 og 24 måneders alder. Er det et normalt utviklingsforløp, så kan den neofobien perioden bli borte rundt 6 års alder. Dersom den atferden ikke går over av seg selv, bør barnet behandles av et team av spesialister (Białek-Dratwa et al., 2022).

2.5.4 Livskvalitet hos barn med ARFID

Det å være diagnostisert med ARFID kan ha innvirkning på et barns liv, som følge av gjentatte sykehusbesøk, behandlinger, stress under måltider og samspillsvansker mellom foreldre og barn. Health-related quality of life (HRQOL) er en metode som evaluerer den helserelaterte livskvaliteten. Metoden evaluerer fysiske symptomer, funksjonsstatus og sykdomspåvirkning i forhold til psykologisk og sosial fungering. Barn i alderen 0–5 år med ARFID viser signifikant lavere livskvalitet innen appetitt, motorisk funksjon, humør og livlighet. Barn i alderen 6–7 år hadde signifikant lavere livskvalitet innen områdene psykososial helse og skolefunksjon. ARFID-pasienter i alderen 8–10 år hadde lavere livskvalitet på området skolefungering. Dette sammenlignet med friske barn og med kronisk syke barn. Det anbefales å legge til HRQOL i kartleggingen, for å oppdage og iverksette tiltak for å gjøre noe med barnas livskvalitet (Davis, 2020; Krom et al., 2019).

2.5.5 Tidlig innsats

Unnvikende og restriktiv spiseatferd i barndommen, kan følge inn i voksen alder, og kan gi senere psykologiske problemer som angst, sensorisk følsomhet, depresjon og spisevansker (Cunliffe et al., 2022). Motivasjon er den sterkeste drivkraften for endring (Burton Murray et al., 2022). Det er størst sannsynlighet for at behandlingen har effekt,

dersom hjelpen blir gitt tidlig. Selve målet med behandlingen blir å lette på symptomene, øke matutvalget og matmengden, slik at det blir lettere å leve med vansken og at barnet og familien opplever en forbedret livskvalitet (Feillet et al., 2019).

2.6 Tverrfaglighet

I arbeidet med barn med ARFID er det viktig med tverrfaglighet, nettopp for å fange opp alle aspekter rundt barnet og ARFID. Det tverrfaglige teamet anbefales å ha felles modeller og mål. Den siste delen i dette kapittelet redegjør for kunnskapsbasert praksis, som er viktig i et tverrfaglig samarbeid.

Bryant-Waugh et al. (2021) og Milano et al. (2019) har laget trinnvise modeller for å sørge for at alle vurderinger og behandlinger utføres av tverrfaglige team, slik at barnet på best mulig måte blir fulgt opp og ivaretatt i påvente av en evidensbasert behandling. Modellen til Bryant-Waugh et al. (2021) vektlegger foreldresamarbeid. Trinnene har som hensikt å hjelpe fagpersoner med å velge den best egnede behandlingen for barnet, ut fra profilene og manifestasjonene i ARFID, risiko, hva foreldrene ønsker og hva som vil føre til endring for barnet ut fra faglige vurderinger i det tverrfaglige teamet.

2.6.1 Tverrfaglig samarbeid

Milano et al. (2019) nevner i sin artikkel at det er anbefalt at tverrfaglig team bruker biopsykososial tilnærming, og at teamet har med faggrupper som dekker fagområdene som anbefales. Spisevansker er komplekse. Det er derfor viktig at hver enkelt fagperson i det tverrfaglige teamet vurderer barnet ut fra sitt ståsted. Medisinske faktorer vurderes av leger og ernæringsmessige faktorer vurderes av kliniske ernæringsfysiologer. Psykososiale faktorer som utvikling, atferd og sosiale- og miljøfaktorer vurderes av psykologer. Oralmotorisk- og sensorisk funksjon, samt spiseerfaring vurderes av logopeder (Milano et al., 2019).

Det er viktig at alle i teamet har et familieorientert perspektiv, med kompetanse innen områdene tilknytning, sosialt samspill og foreldres måltidspraksis og oppdragerstil. Noen foreldre kan ha egne utfordringer med mat og måltider som må ivaretas. Denne tilnærmingen setter søkelys på barnets- og familiens ressurser og utfordringer, og fører til en helhetlig og tverrfaglig tilnærming. Hvilke medlemmer som er med i det tverrfaglige teamet er avhengig av pasientgruppe teamet er rettet mot og hvilke fagressurser og kompetanse som er tilgjengelig (OUS, 2017).

2.6.2 Kunnskapsbasert praksis

Fordelene med tverrfaglig tilnærming til spisevansker er trygghet for barn og foreldre, sikrer at barnets ernæring blir individuelt ivaretatt, flere faggrupper vurderer barnets helsemessige-, psykososiale og ernæringsmessige utfordringer og ressurser, som til sammen fører til kunnskapsbaserte tiltak for å fremme barnets spiseutvikling (Feillet et al., 2019; OUS, 2017). Alle fagpersonene har sine sett med regler å følge og det er viktig å arbeide etter kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis betyr å finne og arbeide ut fra oppdatert forskningsbasert kunnskap, brukerkunnskap og brukermedvirkning. Som blant annet betyr å jobbe etter evidensbaserte metoder, samarbeid og lytte til foreldre (Gosa et al., 2020).

2.6.3 Logopeder

Et barns svikt eller manglende evne til å spise og drikke er vanligvis forårsaket av en kompleks interaksjon mellom mange faktorer. Derfor er det viktig med tverrfaglig

vurdering for å utelukke, behandle eller ta opp medisinske, oralmotoriske og ernæringsmessige problemer før behandling starter (Ibañez et al., 2020). Logopeder er viktige medlemmer av tverrfaglige team på grunn av deres unike opplæring i anatomiske, utviklingsmessige, fysiologiske og atferdsmessige aspekter ved spising og svelging (Gosa et al., 2020). Logopeder evaluerer orale motoriske ferdigheter, svelgesikkerhet og vurderer behovet for videre henvisning, foreslå passende mat og bolusstørrelser (Ibañez et al., 2020). Logopeder er med å avgjøre om barn kan spise eller ikke (Gosa et al., 2020). De er med å avgjør passende strategier ved terapeutiske måltider, om de er oralmotoriske, oralsensorisk eller sensorisk og atferdsmessig. Logopeder gir også opplæring og veiledning til foreldre (Desai et al., 2022).

2.7 Foreldre og barn

Det er viktig for de som arbeider med barn med ARFID og vite hva foreldrene står i og hva foreldre kan være sårbare på.

2.7.1 Det å ha et barn med ARFID

Flere studier har sett på hvordan det oppleves å ha et barn med en spisevanske, og for de som arbeider med spisevansker er det verdifullt å vite hvordan foreldrene opplever dette. Barnets sensoriske evner til å skille mellom matslag fører til stor frustrasjon. Hele familiens psykiske helse kan bli påvirket av barnet, fordi barnet preger og forstyrrer familiens måltider og familieliv og opplever høyt stress. Foreldre kan utvikle lav selvfølelse av å stå i barnets avvising, noe som igjen kan påvirke evnen til å ta imot veiledning. I møte med hjelpeapparatet sier flere at de føler seg avvist, misforstått og at de møtes med lite forståelse (Cunliffe et al., 2022). Foreldre ønsker at barna skal føle seg komfortable nok til å spise og prøve nye ting, og de vil at barnet skal passe inn og ha det bra (Muldoon et al., 2022).

Foreldrene ser som regel konsekvensene av spisevansken og de kan ønske endring for barnet, men de vil ikke utsette barnet for noe ubehagelig (Muldoon et al., 2022). Mange foreldre blir gradvis mer positive og aksepterende i sin holdning til barnets spising, noe som fører til et mer positivt samspill med barnet. Forskning har vist at det foreldrene ønsker mest av alt, er mer støtte og forståelse (Cunliffe et al., 2022).

2.7.2 Voksne med ARFID

Råd fra voksne kresne spisere til foreldre med barn med spisevansker er viktig kunnskap. Det å anerkjenne barnets vanskeligheter med mat var viktig. Videre det å ha gode samarbeidsstrategier og måltider med god struktur. Et godt råd for å øke gleden eller interessen for matopplevelser, var å spise mat fra andre nasjoner, noe som kan oppmuntre barnet til å prøve ny mat. Det å benytte tvang og press har ingen effekt, og det gir i tillegg dårlige minner og vanskelig samarbeid (Kim et al., 2022).

2.7.3 Foreldrenes sårbarhetsfaktorer

En viktig faktor for ARFID er foreldrenes måltidspraksis (Feillet et al., 2019). Det å få ARFID i tidlig barndom, kan føre til en dårlig samspillskvalitet mellom barn og foreldre. Måltider er viktige i barns liv, ikke bare når det gjelder ernæring, men erfaringene de får knyttet til mat og spising påvirker deres følelse av trygghet, indre selvfølelse, autonomi og initiativ (Cerniglia et al., 2020). Å gjenkjenne kroppsspråket, ansiktsuttrykkene og den fysiske oppførselen til barnet, kan hjelpe foreldre med å gi barnet mat, men det fordrer at foreldrene responderer på signalene fra barnet (Cohen & Dilfer, 2022).

2.8 Oppsummering

I dette kapitlet har teorigrunnlaget til oppgaven blitt gjennomgått, slik at problemstillingen på best mulig måte kan belyses og ses fra ulike vinkler. Disse områdene vil bli drøftet opp mot funnene og syntesen i kapittel 5. Det neste kapitlet handler om de metodiske valgene jeg har tatt underveis i prosjektet for å få svar på problemstillingen min.

3 Metode

I dette kapittelet vil bakgrunnen for valg av metode presenteres. Det redegjøres for hvordan innhenting av data til denne litteraturstudien ble gjennomført, slik at litteraturstudien på best mulig måte kan besvare problemstillingen i oppgaven. Litteratursøket og utvelgelsesprosessen blir forklart og det inkluderer en oversikt over de databasene som blir benyttet, en oversikt over søkeord og inklusjons- og eksklusjonskriterier. I oppgaven er det gjort noen bevisste valg om hva oppgaven ekskluderer i forhold til barn og ARFID og dette vil bli forklart. Til slutt i oppgaven blir aspekter rundt validitet og reliabilitet blir beskrevet, sammen med betraktninger rundt etiske hensyn. I denne delen av oppgaven handler det om å beskrive fremgangsmåten til oppgaven så tydelig som mulig (Reinar & Jamtvedt, 2010).

3.1 Begrunnelse for valg av metode

3.1.1 Evidensbasert praksis

I studiene ved NTNU har det blitt lagt stor vekt på evidens og hvilke artikler som anses som gode. I artikkelen «Evidensbasert praksis – av interesse for norsk logopedi?» (Haaland-Johansen, 2007) beskrives det hvor viktig det er for logopeder å ha innblikk i og forståelse for det stoffet vi finner. Logopeder må holde seg oppdatert, og de blir anbefalt å bruke litteratur som viser til evidensbasert praksis (EBP). Logopeder må være kritiske til det de leser, samtidig som en ikke kan lese seg opp på alle fagfelt. Jamtvedt og Bjørndal (2016) viser til at det er viktig å ta kunnskapsbaserte avgjørelser, ut fra systematisk innhentet evidensbasert forskning, for å best mulig kunne møte en pasients behov og ønsker i en gitt situasjon. Det tar tid å bygge evidens og ARFID er en relativ ny diagnose, hvor det er en lang vei å gå for å finne den beste evidensbaserte praksisen i forhold til hvilke behandlingsmetoder som har best effekt. Det krever flere studier med de samme resultatene på det samme teamet. Når det foreligger flere studier med sammenlignbare resultater, bygger disse studiene tilsammen et godt evidensgrunnlag (Aveyard, 2018; Bryant-Waugh et al., 2021). Dermed er det grunn til å tro at i takt med forskningen på ARFID, bygges evidensbasert praksis, som videre vil indikere hvilke behandlingsmetoder som har best evidens.

Målet med denne litteraturstudien er å finne og undersøke evidensbaserte behandlingsmetoder rettet mot barn med ARFID, som forbedrer barnets og familiens måltider. Litteraturstudien vil gå i dybden på blant annet familiebasert terapi, intensiv tverrfaglig behandling og Prompt, for å undersøke om disse metodene ser på upassende måltidsatferd. Upassende måltidsatferd er likevel ikke et av kriteriene for inkludering i litteraturstudien. Bakgrunnen for dette er intensjonen om først finne de evidensbaserte metodene med behandlingseffekt, for så blant metodene med behandlingseffekt finne metodene som har som mål å forbedre upassende måltidsatferd. Ved innhenting av kunnskapsgrunnlag, ser jeg det som mest hensiktsmessig å gjennomføre en litteraturstudie. Litteraturstudier er til stor hjelp for logopeder, da disse studiene har sammenfattet det materialet som allerede foreligger på fagfeltet på en samvittighetsfull måte (Aveyard, 2018).

3.1.2 Litteraturstudie

Når studiedesign skal velges til en studie, er det studiens forskningsspørsmål som avgjør hvilken tilnærming som bør velges. En litteraturstudie er en systematisk gjennomgang av allerede eksisterende faglitteratur, der en vurderer, analyserer og sammenstiller resultater og funn, med mål om å finne ny kunnskap på gitt område (Befring, 2020). Den eksisterende faglitteraturen som kan benyttes er fagartikler, fagbøker og andre kilder som er relevant for dette forskningsområdet (Dysthe et al., 2010).

Systematiske litteraturstudier er den mest detaljerte og systematiske formen for en litteraturstudie. En slik studie gir evidensbasert forskning. Den er et viktig verktøy som gjør analyse og syntese av forskning innenfor et bestemt område tilgjengelig og benytter seg av funnene fra mer enn én studie (Aveyard, 2018).

En systematisk tilnærming er en type litteraturgjennomgang som kjennetegnes av at den er svært detaljert, transparent og har et klart avgrenset spørsmål eller problemstilling og den følger tydelige og rigide metoder gjennom hele prosessen (Aveyard, 2018). En god systematisk oversikt har en klar tittel og et tydelig formål, en omfattende og god søkestrategi, inkluderende og ekskluderende kriterier, kvalitetsvurdering av alle inkluderte studier og en beskrivelse av de inkluderte studiene i en analyse (Jamtvedt & Bjørndal, 2016). Folkehelseinstituttet (2022) skriver at i en systematisk litteraturstudie finner en svaret på om et tiltak er effektivt. For en leser er det viktig å kunne stole på resultatet og resultatet skal være etterprøvbart.

3.1.3 Narrativ syntese

Syntesen er et av nøkkelelementene i systematiske litteraturstudier. Syntesen er prosessen som setter sammen funnene fra de inkluderte studiene, med mål om å trekke konklusjoner basert på evidens. Det finnes to typer synteser, den ene er kvantitativ syntese som er statistikk og den andre er narrativ syntese som er en beskrivende fremstilling. En narrativ syntese gjør det mulig å belyse ulike aspekter som kan ha betydning for resultatet, både om metoden virker, mulige innvirkninger på resultatet og viktige egenskaper ved metoden som kreves for at den skal ha best mulig effekt (Popay et al., 2006). I denne litteraturstudien vil en narrativ syntese beskrive funnene.

I denne litteraturstudien er det både metodisk og klinisk heterogenitet. Den metodiske heterogeniteten viser til tre forskjellig studiedesign og at studiene har forskjellig bruk av kontrollgrupper. Mens den kliniske heterogeniteten viser til at studiene er ulike i forhold til i populasjon, behandlingsmetode og utfall. På bakgrunn av disse elementene er det hensiktsmessig med en narrativ tilnærming i denne litteraturstudien (Helsebiblioteket, 2016b). Det er også viktig i denne prosessen å få frem hvor robuste og konsistente studiene er (Popay et al., 2006). Folkehelseinstituttet (2022) anbefaler å bruke sjekklister til dette arbeidet.

Stoffet vil bli presentert gjennom en narrativ tilnærming, det vil si at resultater og samlet kunnskap vil formidles gjennom tekst og tabeller, på en systematisk og oversiktlig måte.

3.2 Litteratursøket

I dette underkapittelet vil søkestrategien og søkeprosessen beskrives sammen med valg av databaser og søkeord, utvelgelsesprosessen med inklusjons- og eksklusjonskriterier og screeningen. Til slutt vil PRISMA-flytskjema presenteres.

3.2.1 Søkestrategi

Funn i søket danner grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen som undersøker hvilke evidensbaserte behandlingsmetoder rettet mot barn med ARFID, som kan gi de en forbedret måltidsatferd. Det er viktig for oppgaven å utelukke tidligere systematiske oversikter, og dette ble kontrollert ved å søke generelt på temaet og ved søk i Cochrane Library og PROSPERO. Etter det jeg vet finnes det ikke tidligere forskning som ser på det samme som denne studien.

I søket har jeg tatt utgangspunkt i tema og problemstilling, og trukket ut nøkkelord. Relevante databaser ble undersøkt for å kunne innhente studier i tråd med oppgavens problemstilling. Alle databasene som ble valgt var tilgjengelige ved NTNU. Narrativ analyse anbefaler bruk av minst 2 databaser for å få dekket temaet tilstrekkelig (Rienecker, 2013). Databasene ble valgt ut fordi de er helserelevante.

3.2.2 Søkeprosessen

Gjennom tidligere pilotsøk ble jeg oppmerksom på at det forskes på mange og ulike behandlingsmetoder på barn med ARFID. For å favne de ulike behandlingsmetodene, valgte jeg en bred tilnærming, slik at jeg på best mulig måte kunne vurdere effekten på barns måltidsatferd. Litteraturstudien inkluderer forskning som er gjort på området i perioden 2018 – 2023. Bakgrunnen for dette tidsvalget er at selv om diagnosen ARFID har eksistert siden 2013, er det i denne studien kun søkt etter studier i tidsperioden 2018 til 2023. Årsaken til er at ARFID ble anerkjent av WHO i 2018 og planlagt innlemmet i ICD-11 i nærmeste fremtid, og det er ICD benyttes i Norge ([WHO], 2018).

Som nevnt innledningsvis, ble det utført pilotsøk. Pilotsøkene ble gjort i september 2022 og i starten av februar 2023 og det førte til flere relevante artikler. Disse ble gjennomgått for sentrale søkeord, med tanke på terminologien som blir benyttet innen forskningen. Det ble også lett etter lignende ord som forfattere kan ha benyttet. Søkeordene som ble brukt blir presentert i tabell 2.

Det første litteratursøket til oppgaven ble utført i databasene Medline, Cinahl og PubMed den 13. februar 2023. Funnene ble vurdert og det endte med planlegging av et nytt søk med mer konkrete søkeord. Det neste litteratursøket ble gjennomført i databasene Medline, Cinahl, PubMed og The Cochrane Library 8. mars 2023. Det er anbefalt å søke i artikler og på nettsteder, da de ofte er mer oppdaterte enn bøker (Rienecker, 2013).

Det endelige søket ble gjort 28. april 2023 og søkestrengen inneholdt ikke ordet «children». Søkeordet ble ekskludert på bakgrunn av at en i avansert søk, kan velge alderen man søker på og dermed var det unødvendig og ha med det kriteriet flere steder. Søket ble gjennomført i databasene Cinahl, Cochrane, Medline og PubMed. Med følgende søkeord, som vist i tabell 1 og beskrevet etter tabellen.

Tabell 2 Søkord

ARFID		Treatment
AND/OR		OR
Avoidant/restrictive food intake disorder	AND	Intervention
		OR
		Therapy

Søkeordene ble tilpasset de ulike databasene. For at dette skal bli fremstilt på en oversiktlig måte, vises dette i tabell 3.

Tabell 3 Oversikt over feltkoder og søkestrenger benyttet i det elektroniske søket

Søk	Type søk	Søkeord	Filter	Treff	Duplikater	Inkludert
Cinahl	Advanced search	arfid AND (treatment OR intervention OR therapy)	Limiters Published date: 20180101-20231231 Expanders – Apply equivalent subjects. Narrow by subject Age: -all child. Narrow by Language: -English	46	6	2
Cochrane library	Advanced search	avoidant restrictive food intake disorder AND arfid in Title Abstract Keyword AND "treatment" in Title Abstract Keyword	2018-2023 English (Word variations have been searched)	19	5	0
Medline EBSCOhost	Advanced	"(arfid AND avoidant restrictive food intake disorder) AND (treatment OR intervention OR therapy)"	Limiters Published date: 20180101-20230431 English language Review Articles Age related: All Child: 0-18 years	15	6	2
PubMed		Arfid AND treatment	Filters applied: Review, Systematic Review In the last five years English Child: birth-18 years.	27	7	1
Total				107	24	5

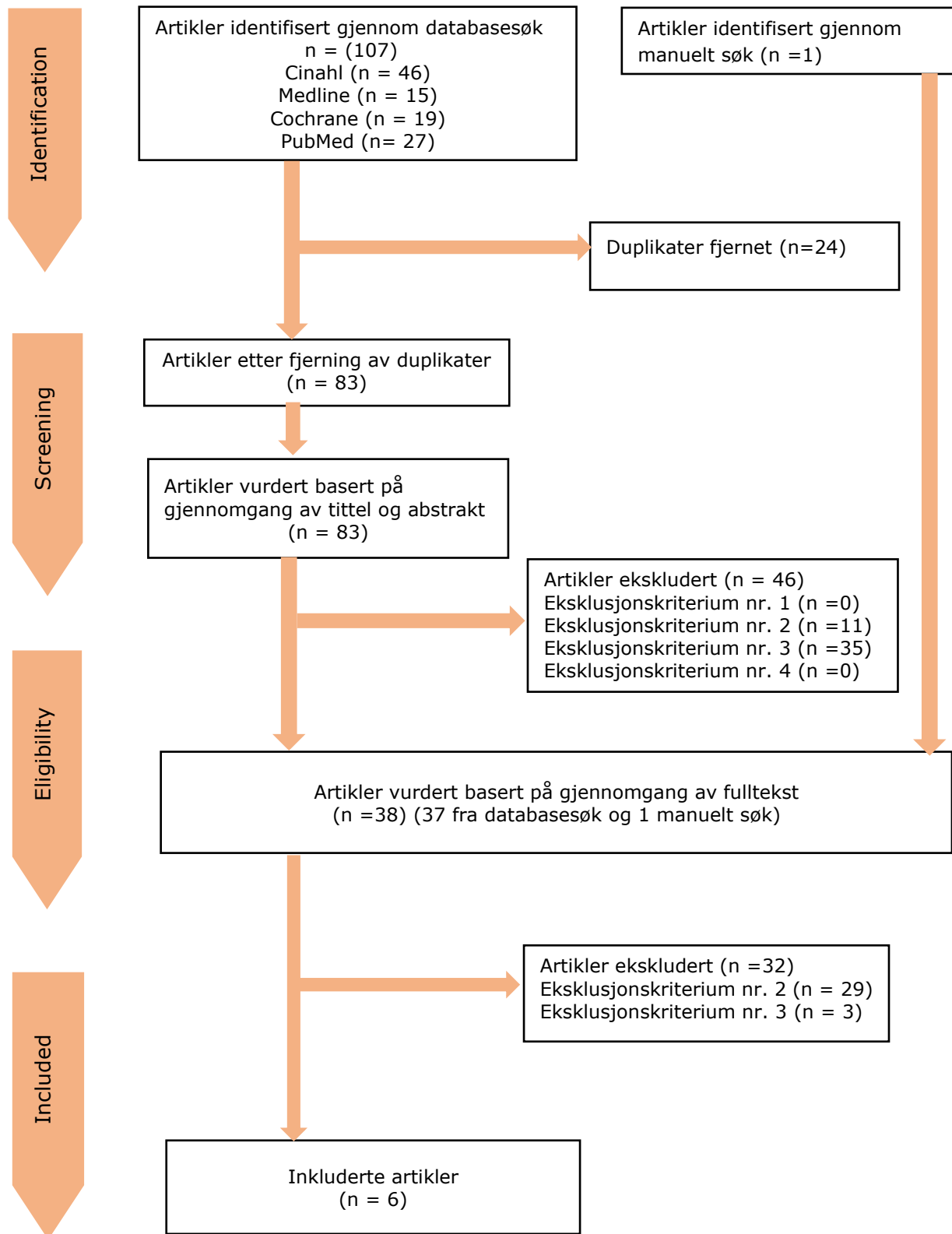
Søket i disse fire databasene resulterte i 107 artikler. Ved hjelp av en funksjon i referanseverktøyet Endnote, ble 24 duplikater filtrert ut, og det elektroniske søket ga dermed i alt 83 ulike treff. Studiene ble ført opp i en tabell, før arbeidet med å finne de studiene som oppfylte studiens inklusjonskriterier begynte (se vedlegg 2). Tabellen gir en oversikt over forskning på barn og ungdom mellom 0-18 år med diagnosen ARFID de siste fem årene.

I tillegg til det elektroniske søket, ble det inkludert en artikkel fra et tidligere søk. Når denne artikkelen dukket opp i søket, var søket mye bredere og det ble blant annet søkt

etter arfid, spisevansker hos barn og selektive spisevansker. Selv om artikkelen ikke er med i det siste søket, er den veldig og relevant i forhold til oppgavens problemstilling. Artikkelen viser til en metode med god effekt, i tillegg viser den til metoder som benyttes av logopeder Norge.

I selve utvelgelsesprosessen er det benyttet inklusjons- og eksklusjonskriterier. En systematisk oversikt skal ved bruk av PRISMA flytskjema vise en oversikt over et evidensbasert minimum av elementer som skal beskrives (Folkehelseinstituttet, 2022). Denne utvelgelsesprosessen vil bli forklart nedenfor og i tillegg vil prosessen bli vist visuelt, i form at et PRISMA flytskjema (Figur 1) (Moher et al., 2009).

Figur 1 PRISMA-flytskjema



3.3 Utvelgelsesprosessen

Inklusjons- og eksklusjonskriterier brukes i arbeidet med å finne studier som svarer på en problemstilling. Inklusjonskriteriene beskriver spesifikke krav som studien må ha for å inkluderes i en litteraturstudie. Mens eksklusjonskrav er årsaken til at artikkelen ikke kan være en del av de inkluderte studiene (Reinar & Jamtvedt, 2010).

3.3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Følgende inklusjonskriterier ligger til grunn for utvelgelsesprosessen i denne studien:

1. Populasjon: Artikkelen omhandler barn fra 0- 18 år med diagnosen ARFID.
2. Artikkeltype: Artikkelen er en intervensjonsstudie.
3. Språk: Artikkelen er skrevet på engelsk.

Følgende eksklusjonskriterier ligger til grunn for utvelgelsesprosessen i denne studien:

1. Populasjon: Artikkelen omhandler ikke barn under 18 år med diagnosen ARFID.
2. Artikkeltype: Artikkelen er ikke en intervensjonsstudie.
3. Diagnose: Artikkelen omhandler barn og ungdommer med annen spiseproblematikk enn ARFID (som AN, PFD), differensialdiagnoser, diagnoser som ASD, funksjonshemninger, sondeemat, forskning på ARFID med mer.
4. Språk: Artikkelen er skrevet på et annet språk enn engelsk.

3.4 Screening

I første omgang ble alle de 83 studiene vurdert ut fra titler og sammendrag. Noen få av dem kunne ekskluderes med bakgrunn i tittelen, men stort sett måtte sammendraget leses, for å få informasjon om innholdet. På bakgrunn av tittel og sammendrag ble 46 studier ekskludert. Fulltekstlesing måtte til på 37 av studiene for å få oversikt over innholdet og etter fulltekstlesning ble ytterligere 32 studier ekskludert. Resultatet ble fem inkluderte artikler fra søket i databasene, i tillegg til en manuelt søkt studie og som gir til seks inkluderte studier. Alle de inkluderte studiene oppfylder inklusjonskriteriene.

3.5 Litteraturstudiens begrensinger

Denne litteraturstudien handler om barn med ARFID, uten tilleggsdiagnose. Det vil si at barn med andre spisevansker, dysfagi, barn med tilleggsdiagnoser som autisme (ASD), premature barn eller andre diagnoser ikke er en del av studien. I noen sammenhenger vil de likevel bli nevnt, som en sammenligning med ARFID. For eksempel har noen spisevansker like symptomer som ARFID, og ARFID kan for eksempel være en sameksisterende vanske med ASD.

3.6 Validitet og reliabilitet

Her vil det bli redegjort for hva som er gjort i oppgaven for å minimere eller unngå systematiske skjevheter, (bias), ved å se på validiteten (gyldigheten) og reliabiliteten (påliteligheten) i denne litteraturstudien.

I utgangspunktet skal en forholde seg kritisk til alle studier som inkluderes i litteraturstudien. Fagfellevurderte studier er i utgangspunktet de mest troverdige, men de må også kvalitetvurderes. Kritikken bør handle om hvem som har utført arbeidet, om det finnes særinteresser og om en kan finne det samme andre steder (Rienecker, 2013). En god artikkel har en klart formulert problemstilling eller formål og som svarer på det

den spør om, gjør det ikke det, er antakelig artikkelen av lav kvalitet (Jamtvedt & Bjørndal, 2016). Eget subjektivt skjønn kan være en svakhet ved litteraturstudier, både ved utvelgelse og ved vurdering av tilgjengelig forskningen. Det å utføre en prosedyre og en metode på riktig måte kan være avgjørende for resultatet (Befring, 2020).

Denne litteraturstudien har til hensikten å undersøke evidensgrunnlaget til behandlingsmetoder for barn med ARFID som kan gi en forbedret måltidsatferd. En valid studie vil si at det måles det som de blir beskrevet at skal måles (Befring, 2020). For å sikre at studier som ble inkludert i studien kunne anvendes for å finne svar på problemstillingen i oppgaven, ble det benyttet inklusjonskriterier. På den andre siden fungerer eksklusjonskriterier motsatt, de sørger for at studier som ikke passer inn ekskluderes. For å gi litteraturstudien troverdighet og vise studiens robusthet er det viktig med gyldighet og generaliserbarhet av studien (Popay et al., 2006) Dette vises best ved å gjennomføre grundige kvalitetsvurderinger ved å følge sjekklister for valgt design (Helsebiblioteket, 2018; Reinart & Jamtvedt, 2010).

I en litteraturstudie er det viktig med etterprøvbarehet og dette gir stor reliabilitet (Befring, 2020). Det er viktig at den som skriver en litteraturstudie setter seg inn i hva dette handler om. Ved å beskrive alt som er gjort på en systematisk og forståelig måte, og be om veiledning fra egen veileder og følge anbefalt oppbygging av en masteroppgave kan studiens reliabilitet øke. Påliteligheten til en litteraturstudie vises for eksempel ved å vise til og legge ved de sjekklister for kvalitetsvurderingen som er benyttet og ved å legge ved oversikten over inkluderte og ekskluderte artikler fra søket.

3.7 Etiske betraktninger

De nasjonale forskningsetiske komiteene NESH (2021) beskriver de forskningsetiske prinsippene som anbefales å følge i arbeidet med en litteraturstudie og i forskning generelt. I denne litteraturstudien vil eksisterende forskning benyttes, og av den grunn er det viktig at jeg behandler materialet som blir benyttet i studien på en samvittighetsfull måte, ved å sørge for en så korrekt fremstilling av forskningen som mulig. All inkludert litteratur i denne studien er engelsk materiale og ved oversettelse av engelskspråklige studier er det viktig å oversette nøye, bruke litteraturen på en måte som viser hele bildet og ikke bare trekke ut de svarene en søker, altså ikke tolke i oversettelsene som utføres. Dette trygges blant annet ved å kvalitetsvurdere alle inkluderte studier.

I denne litteraturstudien vil viktige etiske mål være å sørge for at studien er av høy faglig kvalitet, at det benyttes god henvisningsskikk, at funnene skal kunne etterprøves og at forskningen er samvittighetsfullt dokumentert og fremstilt (NESH, 2021). Med hensyn til oppgavens problemstilling er det dermed viktig at jeg blant annet sørger for å benytte kvalitetsvurderinger på de inkluderte studiene, at jeg er sikker på at jeg oversetter artiklene korrekt og at fremstillingen er så systematisk at hvert steg kan etterprøves.

3.8 Oppsummering

I dette kapitlet har det blitt redegjort for begrunnelse av valg av metode og evidensbasert praksis, litteraturstudie som studiedesign og narrativ syntese. Litteratursøk, søkestrategi og søkeprosessen har blitt beskrevet. Utvelgelsesprosessen med inklusjons- og eksklusjonskriterier er beskrevet og vist i PRISMA flytskjema. Studiens begrensninger er også gjort rede for. Til slutt ble validitet, reliabilitet og etiske betraktninger beskrevet.

4 Presentasjon av de inkluderte studiene

Dette kapittelet presenterer litteraturstudiens utvalgte studier gjennom en redegjørelse av studiedesign og kvalitet. Videre presenteres en tabell med oversikt over de inkluderte studiene og kvalitetsvurderingen som er utført. Studiene presenteres i lys av problemstillingen og forskningsspørsmålene.

4.1 Oversikt over de inkluderte studiene

I denne litteraturstudien er det seks inkluderte studier. Disse studiene kommer både fra databasesøk (fem) og fra manuelle søk (en), slik at denne litteraturstudien på best mulig måte kan finne frem til og belyse hvilke evidensbaserte behandlingsmetoder rettet mot barn med ARFID, som kan hjelpe barnet med en forbedret måltidsatferd. Først vil studiene som er systematiske litteraturstudier bli presentert. I følge Helsebiblioteket er oversiktsstudier en fremgangsmåte som er både systematisk og tydelig med hensikt om å finne, vurdere og oppsummere alle undersøkelser om samme tema og der resultatet beskrives som en syntese (Helsebiblioteket, 2018). Deretter vil innendeltakerstudien bli presentert. Innendeltakerdesign er en studie som ofte har med kun en deltaker og der deltakeren kontrolleres imot seg selv eller sammenlignes med seg selv, og dette gjøres heller enn å sammenligne deltakeren med en annen person eller gruppe (Helsebiblioteket, 2021). Til slutt blir medisinsk oversiktsstudie presentert, en tverrsnittstudie samler informasjon i en definert populasjon på en planlagt måte på et gitt tidspunkt (Helsebiblioteket, 2016).

I dette kapittelet og i kapittel 5 og 6, skilles de inkluderte studiene fra hverandre ved bruk av nummeret på studien, slik som vist i tabell 4 og 5. Tabell 4 viser oversikten over de inkluderte artikkelen med kvalitetsvurdering. Studiene vil bli presentert etter design og ikke nummerisk.

Studie 1 er en systematisk litteraturstudie skrevet av Białek-Dratwa, Szymańska, Grajek, Krupa-Kotara, Szczepańska & Kowalski. Białek-Dratwa har en PhD og har sin ekspertise innen ernæring. Målet med artikkelen er å se på ARFID og kjennetegn ved diagnosen, ernæring og ernæringsterapeutiske oppgaver. Behandlingsmetodene som trekkes frem er familiebasert terapi (FBT), kognitiv atferdsterapi (CBT), Food chaining og Feeling and body investigators (FBI) og hva som skal til for å oppnå best mulig resultater for hvert barn. Det kommer frem at CBT og FBT har best evidens og resultater. Det er kun FBT som ser på upassende måltidsatferd.

Studie 2 er en systematisk litteraturstudie skrevet av Kambanis & Thomas. Kambanis har sin ekspertise innen spisevansker og er en doktorgradskandidat. Thomas er en psykologiprofessor som har sin ekspertise innen spisevansker. Målet med denne studien er å gjennomgå forskning som er utført de siste ti årene, med søkelys på vurdering og behandling. Behandlingsmetodene som trekkes frem er FBT, CBT og IMI og det er disse tre metodene som per nå har best evidens og resultater og har flere likhetstrekk. FBT og IMI er metodene som ser på upassende måltidsatferd. IMI inkluderer logopeder.

Studie 4 er en systematisk litteraturstudie skrevet av Rubio, McMahon & Volkert. Rubio har en PhD og har sin ekspertise innen spiseprogram. Denne studien vurderer fysiske veiledningsprosedyrer, som oppfordrer til åpen munn, for å øke mataksept hos barn med ARFID. Denne metoden er påtrengende, og målet er å gi råd slik at kvaliteten på bruken av metoden økes. Behandlingsmetoden som trekkes frem er Prompt som er en form for fysisk veiledning med fokus på upassende måltidsatferd (IMB). Prompt som metode har liten evidens alene, men som brukes sammen med andre metoder, som for eksempel forsterkningsbasert metode.

Studie 5 er en systematisk litteraturstudie skrevet av Tereshko, Leaf, Weiss, Rich & Pistorino. Tereshko har en PhD og har sin ekspertise innen spisevansker og behandling. Denne studien ser på barn med restriktivt og unngående spiseatferdsmønster, som kan føre til ARFID. Studien gjennomgår kognitive behandlingsmetoder som ikke er påtrengende og kommer med fem viktige anbefalinger for suksess i behandlingen. Behandlingsmetodene som trekkes frem er ulike metoder innen kognitiv behandling og IMB. Metoden viser til effekt på flere områder. Metoden har mål om forbedret spiseatferd og trekker frem logopeder.

Studie 3 er en innendeltakerstudie skrevet av Rienecke, Drayton, Richmond & Mammel. Rienecke har en PhD og har sin ekspertise innen spisevansker og behandling. I denne studien presenteres det tre kasusstudier av barn med ARFID, som deltok i et delvis sykehusinnleggelsesprogram (PHP) og intensivt poliklinisk program (IOP) for spisevansker. Metoden består av forsterkende metoder og elementer fra FBT. Behandlingsforløpet er beskrevet, i tillegg til en beskrivelse av hvordan behandlingen ble tilpasset det enkelte barn for å møte barnets behov. Tilnærming med vekt på foreldreinvolvering virker lovende. Metoden ser på upassende måltidsatferd.

Studie 6 er en medisinsk oversiktsstudie skrevet av Volkert, Burrell, Berry, White, Bottini, Murphy & Sharp. Volkert har en PhD og har sin ekspertise innen spisevansker og tverrfaglighet. I denne studien ble den kliniske presentasjonen, behandlingskarakteristikker og resultatene for barn som mottar IMI for ARFID undersøkt. Resultatene fra denne studien støtter bruken av IMI for å øke matutvalget, forbedre måltidsatferd og forbedre næringsinntaket for barn med ARFID. Behandlingsmetodene som trekkes frem er IMI og upassende måltidsatferd. Logopeder er en del av metoden.

Til sammen beskriver disse seks inkluderte studiene åtte ulike behandlingsmetoder som benyttes i arbeidet rettet mot barn med ARFID. Det er fem metoder som har som behandlingsmål å forbedre måltidsatferden og det er FBT, IMI, PHP med FBT, Prompt og forsterkningsbasert metode. Alle de seks inkluderte studiene nevner viktigheten av et tverrfaglig samarbeid, for å gi barn med ARFID den beste oppfølgingen og muligheten til forbedring på flere områder. I tillegg er samarbeid med foreldrene trukket frem som et viktig element i behandlingen av barn med ARFID. En logopeds deltakelse er avhengig av hvilken behandlingsmetode som benyttes og det er fire av seks studier som nevner logopeder.

4.2 Metodisk kvalitetsvurdering av de inkluderte artiklene

Det anbefales å bruke sjekklister for å kritisk vurdere kvaliteten på forskningsstudier (Aveyard, 2018) og i denne studien ble den metodiske kvalitetsvurderingen av fem av de inkluderte studiene utført etter sjekklister fra Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016a).

Studie 1, 2, 4 og 5 ble vurdert etter sjekklisten for oversiktsstudier, som er laget av Helsebiblioteket etter EPOC Checklist for Refereering Protocols of Review (Helsebiblioteket, 2018)(Vedlegg 3). Studie 3 er kvalitetsvurdert som innendeltakerdesign (Helsebiblioteket, 2021) (Vedlegg 4). Studiene er inkludert i litteraturstudien fordi de kan gi relevant og nødvendig stoff til å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene. Studie 6 som er en medisinsk oversiktsstudie, som ble kvalitetsvurdert etter en sjekklistesom utformet på bakgrunn Folkehelseinstituttets håndbok «Slik oppsummerer vi forskning» (Folkehelseinstituttet, 2022). (Vedlegg 5).

De inkluderte studiene har stor variasjon i antall deltakere. Studie 3 er studien med færrest nevnte deltakere, mens studie 6 har med flest deltakere. Variasjonen i antall deltakere kan det være flere årsaker til, blant annet fordi forskning innenfor dette fagfeltet er forholdsvis ny og fordi det fortsatt mangler mye forskning på feltet. All forskning som gjøres, er med på å bygge evidens rundt ARFID og de ulike behandlingstypene.

Etter at de inkluderte studiene var kontrollert etter sjekklister fra Helsebiblioteket, ble studiene rangert ut fra kategoriene høy-, middels-, og lav kvalitet (Vedlegg 6). Høy kvalitet gis til studier der nesten alle eller alle kriteriene er møtt og dersom de kriteriene som ikke ble møtt, ikke kan endre studiens resultat. Middels kvalitet gis til de studiene der noen kriterier ikke blir oppfylt eller der kriterier ikke er godt nok beskrevet. Kriteriene som ikke blir oppfylt eller godt nok beskrevet antas å ha liten sjanse for å endre studiens resultat. Mens lav kvalitet gis til de studiene som møter få eller ingen kriterier og der resultatet kan påvirkes av få eller ingen oppfylte kriterier (Helsebiblioteket, 2018). I denne litteraturstudien har studie 4, 5 og 6 høy kvalitet, mens studie 1, 2 og 3 har middels kvalitet.

Den samlede vurderingen av de inkluderte studiene, tilsier at det er liten sannsynlighet for at konklusjonen i denne studien vil påvirkes av de inkluderte studiene og at en kan være trygg på at resultatet som kommer frem er pålitelig. De fire systematiske oversiktsartiklene er likevel de som vil bli mest vektlagt.

Tabell 4 Oversikt over de inkluderte artiklene med kvalitetsvurdering

	Forfattere og årstall	Tittel	Land	Studie design	Metodisk kvalitet
1	Białek-Dratwa. A, Szymańska. D, Grajek. M, Krupa-Kotara. K, Szczepańska. E & Kowalski, O. 2022	ARFID - Strategies for dietary management in children	Sveits	Systematisk oversikt	Middels kvalitet
2	Kambanis E.P & Thomas J.J. 2023	Assessment and treatment of avoidant/restrictive food intake disorder	USA	Systematisk oversikt	Middels kvalitet
3	Rienecke R.D, Drayton A, Richmond R.L & Mammel K.A. 2020	Adapting treatment in an eating disorder program to meet the needs of patients with ARFID: Three case reports	USA	Innendeltakerstudie	Middels kvalitet
4	Rubio E.K, McMahon. X.H & Volkert V.M. 2021	A systematic review of physical guidance procedures as an open-mouth prompt increase acceptance for children with pediatric feeding disorders	USA	Systematisk oversikt	Høy kvalitet
5	Tereshko L, Leaf J.B, Weiss M.J, Rich Amy & Pistorino M. 2020	A systematic literature review of antecedent and reinforcement- based behavioral feeding interventions without the implementation of escape extinction	USA	Systematisk oversikt	Høy kvalitet
6	Volkert V.M, Burrell L, Berry R.C, Waddle C, White L, Bottini S, Murphy M & Sharp W. 2021	Intensive multidisciplinary feeding intervention for patients with avoidant/restrictive food intake disorder associated with severe food selectivity: An electronic health record review	USA	Medisinsk oversiktstudie / tverrsnittstudie.	Høy kvalitet

4.3 Oppsummering

I dette kapittelet har de inkluderte studiene blitt presentert. Studiene representerer forskning fra to land og består av tre ulike studiedesign, systematiske oversiktsartikler, innendeltakerstudie og medisinsk oversiktsstudie. De inkluderte studiene beskriver til sammen 8 ulike behandlingsmetoder og upassende måltidsatferd. Den metodiske kvalitetsvurderingen av de inkluderte artikkelen er beskrevet. Kapittelet blir avsluttet med en tabell der alle de inkluderte studiene er presentert og der vurderingen av den metodiske kvaliteten presenteres.

5 Presentasjon av hovedfunnene i studiene

Formålet med denne litteraturstudien er å undersøke problemstillingen «Hvilke evidensbaserte behandlingsmetoder rettet mot barn med ARFID, kan hjelpe barnet med en forbedret måltidsatferd»? Forskningsspørsmålene handler om tverrfaglighet, logopeder og foreldre.

På bakgrunn av denne problemstillingen vil hovedfunnene i de seks inkluderte studiene bli presentert som en tabell og som en narrativ syntese. Studien har fire systematiske oversiktsartikler, en innendeltakerstudie og en medisinsk oversiktsstudie. Det er systematiske oversiktsstudier som vil bli tillagt mest vekt, siden de er fagfellevurderte studier.

Tabellen gir en oversikt over forfattere og årstall, studiens formål og utvalg, funn knyttet til ARFID og behandlingsmetoder, måltidsatferd, tverrfaglighet, logopeder og foreldreinvolvering, i tillegg til andre funn som kan ha betydning for litteraturstudien.

Den narrative syntesen vil sammenstille funnene etter temaer. Del en er de inkluderte studienes formål og utvalg. Del to vil handle om de ulike behandlingsmetodene. Hver behandlingsmetode vil kort bli beskrevet i forhold til mål og resultater og metodens evidens. Så vil metodene knyttes opp mot måltidsatferd.

Del tre av sammenstillingen vil handle om tverrfaglighet og logopeders plass i dette samarbeidet. Den siste delen handler om foreldre, siden de er viktige samarbeidspartnere for både det tverrfaglige teamet og for logopeder.

Tabell 5 Oversikt over inkluderte studier og funn.

	Forfattere og årstall	Studiens formål og utvalg	Funn knyttet til ARFID og behandlingsmetoder, måltidsatferd, tverrfaglighet, foreldreinvolvering og en logopeds deltakelse
1	Bialek-Dratwa med kollegaer, 2022	*Formål: gjennomgå eksisterende kunnskap om ARFID, presentere DSM-5 diagnosekriteriene, konsekvensene av ernæringsmangel og håndteringsstrategier i ARFID. *Systematisk litteraturgjennomgang av PubMed og Science Direct fra 2012 – 2022. Totalt 5616 artikler. Data ble samlet inn fra 3728 barn i alderen 4–7 år. Andelen barn med ARFID var 1,3%.	* CBT er den best dokumenterte og effektive metoden. Mål som å øke det daglige inntaket og eksponeres for mat for å utvide matutvalget. * FBT mobiliserer familier for å hjelpe barnet. FBT-ARFID inkludert foreldreforsterkning ser ut til å passe alle ARFID-profilene, felles mål som vektøkning, utvidet matvalg og spiseatferd. * Food Chaining er et individuelt tilpasset program, for å redusere angst og utvide matutvalget ved å legge vekt på trygge produkter. Utføres sammen med FBT eller CBT. * FBI er en innovativ behandlingsstrategi. Mål som at barn må lære å akseptere følelser og opplevelser. Utføres sammen med FBT eller CBT. *Foreldrenes tillit og samarbeid i den terapeutiske prosessen viktig. Foreldrepres påvirker barnets spiseatferd negativt. Viktig med forståelsen om hva barnet sliter med i hverdagen. *Tverrfaglig team som tar hensyn til både biologiske, medisinske, psykologiske og miljømessige faktorer og deres interaksjon.
2	Kambanis & Thomas, 2023	*Formål: gjennomgå litteraturen knyttet til vurdering og behandling av ARFID ti år etter introduksjonen til DSM-5. *Gjennomgang av artikler siden ARFID kom i 2013.	* CBT-AR passer for alle ARFID profilene og viser evidens på gjennomførbarhet og akseptabilitet. Mål som regelmessig spising, vektøkning og variasjon i matutvalget. Resultat som forbedret psykisk helse, matutvalget økte med 17 nye matvarer, vektøkning og symptomnedgang på ARFID. * FBT-ARFID er en mulig effektiv behandling for barn med ARFID. Mål varierer i forhold til profilene og behov og kan være økt matvalg, redusert angst og frykt for å spise, redusert måltidsvarighet, forbedre ARFID symptomer, vekt og foreldres selvtilit. Foreldre læres opp til å handle mot upassende spiseatferd. Resultater viser til vektøkning og redusert alvorlighetsgrad. * IMI for barn med pediatriske spisevansker. Et stort tverrfaglig behandlingsteam. Mål som å forbedre ernæringsstatusen, matutvalget og måltidsatferd som biteaksept og måltidsforstyrrelser. Resultater som økt matvalg, bedret ernæringsmessig kosthold, atferdsendring, som biteaksept og svelging og en reduksjon i upassende måltidsatferd. * Økende evidens på vansker på tvers av en, to eller alle tre profilene.
3	Rienecke med kollegaer, 2020	*Formål: beskrive tre forskjellige presentasjoner av ARFID og presentere hvordan dem reagerte på familiebasert PHP. *Litteraturgjennomgang og 3 kasuser.	* PHP og kortversjonen IOP blir beskrevet. PHP med FBT-prinsipper er anvendt atferdsanalyse og atferdsmessig foreldreopplæring. Et tverrfaglig team er med i behandlingen. Mål som å lære barnet og foreldrene ulike teknikker. Om tygging på begge sider av munnen, konsistenser og hvordan unngå å gi etter når barna ikke vil ha mat og om angsthåndteringsstrategier. *Resultater som vektøkning og mindre stress og redsel for å spise. *Det er behov for ulike behandlingstilnærminger til profilene. Metoden ser satt sammen av forstekningsbaserte metoder og FBT.
4	Rubio med kollegaer, 2021	*Formål: gjennomgå atferdsbehandlinger ved bruk av fysiske veiledningsprosedyrer. *I ni inkluderte artikler var det til sammen 20 deltakere. Fysiske veiledningsprosedyrer ble systematisk evaluert for menn (65%) og kvinner (35%), mellom 14 og 108 måneder.	* Prompt er en fysisk veiledningsprosedyre, med mål om å få barnet til å åpne munnen. Mål som å øke matinntaket, øke biteaksept og munnrensing. Fysiske veiledningsprosedyrer er effektive for å redusere aktiv og passiv upassende måltidsatferd og øke mataksept hos barn med alvorlige ernæringsvansker, samtidig som metodene er akseptable for foreldre. Metoden bør benyttes i en tverrfaglig setting, etter medisinsk godkjenning og oppfølging av fagpersoner. *Barn med spisevanske bruker ofte upassende måltidsatferd (IMB), for å slippe å spise. Matvegning knyttet til biteaksept, er både av aktiv og passiv art. *Milde problemer behandles med ernæringsanbefalinger, logoped eller ergoterapeut og foreldreopplæring. * Finger- og sideprompt som er mest pålitelig i forhold til eksisterende forskningen. Prompt er en påtrengende metode fordi det er fysisk berøring.
5	Tereshko med kollegaer, 2020	*Formål: gjennomgå ulike spiseprosedyrer, effekten på spiseatferd, spiseprosedyrer uten bruk av	* Forsterkningsbasert prosedyre er en metode som bruk av fading og differensiell forsterkning. Prosedyrene kan brukes isolert sett eller i kombinasjon for å øke mataksepten uten bruk av påtrengende metoder. Mål som å øke mat- eller væskeaksept og samtidig redusere upassende

		<p>påtrengende teknikker og redusere upassende måltidsatferd.</p> <p>* Analysert 21 fagfelleverderte tidsskrifter fra 1980 og 2018. Totalt 31 deltakere ble inkludert fra de 21 studier. Alle studiene var med tre eller færre deltakere. Deltakere i alderen 2–12 år.</p>	<p>måltidsatferd. Resultater som bedret spiseevne, lindrende tilleggsvansker og redusert upassende måltidsatferd. *Metodene har evidens for å benyttes for barn med ulike spisevansker. *IMB brukes vanligvis for å slippe unna ubehagelige situasjoner. * Foreldres evne til gjennomføring bør vurderes av behandlere. Nødvendig med grundige funksjonsvurderinger, for å forstå spisevansken og tilpasse behandlingen til beste for barnet. ARFID påvirkes av biomedisinske, fysiologiske, miljømessige og sosiokulturelle faktorer. Tverrfaglige team er viktig. Logopeder bør vurdere oral motorisk funksjon. * Barns spisevansker kan påvirke foreldre negativt, som stress, samspillet i familie.</p>
6	Volkert med kollegaer, 2021	<p>*Formål: undersøke klinisk presentasjonen, intervensjons-karakteristikkene og resultatene for barn som mottok IMI grunnet matselektivitet.</p> <p>*Barn som var innlagt i IMI-programmet fra juni 2014 til juni 2019. 63 av barna oppfylte studieopptakskravene i løpet av disse 5 årene. Det fullførte 50 gutter og 10 jente, i alder 3-9 år.</p>	<p>* IMI blir i økende grad anerkjent som standarden for behandling av barn med spisevansker. Mål som å introdusere et ernæringsmessig kosthold og restrukturere foreldre og barn samspillet under måltidene. Atferdsbehandling som forsterkning og stimulusfading benyttes, for introduksjon ny mat og prosedyrer for bitefasthet. Resultater som forbedret måltidsatferd, raskere biteaksept, munnrengjøring. Barna prøve ny mat, fikk redusert avvisningsatferd og de spiste mer per måltid.</p> <p>*Foreldreopplæring er viktig for å overføre effekter av behandlingen til hjemmet. *Evidens for at IMI er en effektiv metode for barn med profil 2, som er alvorlig matselektivitet. *IMI-behandlinger styres av et team av ernæringsfysiologer, psykologer, leger, sykepleiere, logopeder, ergoterapeuter og sosialarbeidere. *Logopeder vurderer svelgesikkerheten og gir veiledning for å fremme munnmotorikk og mattekstur.</p>

5.1 Syntese

I dette kapitlet skilles studiene fra hverandre ved bruk av nummeret på studien, slik som vist i tabell 4 og 5. I tillegg vil hver studie bli omtalt med den engelske forkortelsen til behandlingsmetoden. Forkortelsene er som følger: CBT-AR er kognitiv atferdsterapi for ARFID, FBT-ARFID er familibasert terapi for ARFID, delvis sykehusinnleggelsesprogram er PHP med kortversjon IOP, IMI er intensiv tverrfaglig behandling, IMB er upassende måltidsatferd og FBI-ARFID er Feeling and bodyinvestigators ARFID.

5.2 Studienes formål og utvalg

Her blir studienes formål og utvalg sammenstilt.

5.2.1 Studienes formål

Formålet med studie 1 og 2 er å se på den eksisterende kunnskapen om ARFID frem til nå, som i dette tilfellet er frem til 2022/23. Studie 1 har i tillegg som mål å presentere diagnosen ARFID i sin helhet og samtidig se på hvilke metoder som benyttes i behandlingen av ARFID. Studie 2 har som mål å se på hvordan ARFD vurderes og hvilke behandlingsmetoder som benyttes. Formålet med studie 3, 4, 5 og 6 er gjennomgang av spesifikke behandlingsmetoder. Studie 3 ser på PHP og IOP, studie 4 ser på prompt som er en fysisk veiledningsmetode, studie 5 ser på forsterkningsbasert metode, mens studie 6 ser på IMI. Spiseatferd nevnes i formålet av studie 5 og 6.

5.2.2 Studienes utvalg

Studie 1 har gjennomført en systematisk litteraturgjennomgang i to ulike databaser i perioden 2012 – 2022 og de hadde et funn på 5616 artikler. Studie 2 har hatt en gjennomgang av artikler fra 2013 og studie 3 har gjennomført en litteraturgjennomgang. Studie 4 har sett på artikler fra 1978 til 2022. I studie 5 ble 21 fagfellevurderte tidsskrifter i perioden 1980-2018 analysert. Studie 6 analyserte barn som var innlagt i IMI-programmet fra juni 2014 til juni 2019.

Utvalget i studie 1 er 3728 barn i alderen 4-7 år. Av disse 3728 barna hadde 1,3 % barn ARFID. Utvalget i studie 3 er tre kasuser med barn i alderen 8-14 år og det var to gutter og en jente. I studie 4 var det med 20 deltakere i alderen 1,2 år og 9 år, 65 % gutter og 35% jenter. Totalt 31 deltakere er inkludert i studie 5, i alderen 2-12 år. I studie 6 var det 63 deltakere som oppfylte studiens inklusjonskriterier, det var 50 gutter og 10 jenter som fullførte studien i alderen 3-9 år.

Denne litteraturstudien bygger på resultater fra studier med populasjon på mellom 3-60 barn med ARFID i alderen 1,2 år til 14 år og artikler fra 1978-2022, med hovedvekt på perioden mellom 2013-2022.

5.3 Behandlingsmetoder

Her vil behandlingsmetodene som er funnet i de inkluderte studiene presenteres. Hver behandlingsmetode vil kort bli beskrevet, før metodens mål og resultater blir fremstilt. For at denne syntesen skal være koblet opp mot problemstillingen i oppgaven, vil de evidensbaserte behandlingsmetodene som kan ha effekt på barnets måltidsatferd bli ekstra vektlagt i slutten av dette delkapitlet.

5.3.1 Ulike metoder innen kognitiv behandling

Siden ARFID er en diagnose det fortsatt forskes mye på, er det mange metoder som benyttes i behandlingen av barn. Innen psykoterapi er det metodene CBT-AR, FBT-ARFID, PHP/IOP, IMI og forsterkningsbasert metode som nevnes.

5.3.1.1 CBT-AR metoden

Både studie 1 og 2 beskriver CBT-AR metoden. CBT-AR er en spesialisert behandling, der metoden skreddersys og målene er individuelle ut fra barnas behov. I studie 1 står det at målene med CBT-AR er å utvide matutvalget, øke matinntaket, redusere angst og eliminere eller redusere ARFID-symptomene. Mens det i studie 2 står at det er ulike behandlingsmål i hvert trinn i metoden og at det i tillegg er mål om vektøkning, regelmessig spising og økt variasjon. Resultater viser forbedret psykisk helse, økt matutvalg med gjennomsnittlig 17 nye matvarer, vektøkning og reduksjon i de diagnostiske kriteriene for ARFID. Studie 2 refererer til at flere barn etter intensiv CBT fikk økt variasjonen i kostholdet, redusert matneofobi og den psykososiale funksjonen ble forbedret. CBT viser evidens på gjennomførbarhet, akseptabilitet og foreløpig effekt for personer med ARFID fra 10 år og oppover (2) og er den best dokumenterte og effektive behandlingsmetoden for ARFID (1). Metoden ser ikke på upassende måltidsatferd.

5.3.1.2 FBT-ARFID metoden

FBT-ARFID er beskrevet av studie 1 og 2. FBT-ARFID er tilpasset barn med ARIFD og behandlingen har som mål å mobiliserer familier for å hjelpe barnet med å overvinne spisevansken i to stadier. Både studie 1 og 2 er enige om at behandlingsmålene og behandlingsvarigheten avhenger av ARFID profilene og barnets behov. Målene kan være vektøkning, redusert måltidsvarighet, økt matutvalg, reduksjon av angst og bedring i familiemåltidene med tanke på spiseatferd kommer det frem i studie 2, mens studie 1 sier det er spiseatferd som å øke matvariasjonen, vektøkning, fleksibilitet og familiemåltidene. Studie 2 viser til at resultatene både for undervektige og normalvektige barn er at de gikk opp i vekt og at alvorlighetsgraden av ARFID ble redusert etter behandling. Den viser også til en FBT-ARFID pilotstudie for barn i alderen 5–12 år, der resultatet viser at FBT-ARFID gir forbedre alvorlighetsgrad av ARFID-symptomer, vekt og foreldres selvtillit. Funnene viser at FBT-ARFID er en mulig effektiv behandling for barn med ARFID (2). Metoden ser på upassende måltidsatferd.

5.3.1.3 PHP og IOP metoden

Studie 3 beskriver PHP-metoden som har med prinsipper fra FBT. IOP er kortversjon av PHP. Metoden er en atferdsbasert foreldreopplæringsmetode som bruker elementer som differensiell forsterkning og foreldremodellering. Behandlingsmål kan være å gradvis prøve ny og ikke-ønsket mat og å gradvis eksponeres for stadig vanskeligere teksturer. Det er også viktig å lære barnet og foreldrene ulike teknikker, som å oppmuntre til tygging på begge sider av munnen og angsthåndteringsstrategier. Behandlingsmålene kan også variere etter ARFID-profilene. Resultater ved bruk av PHP er vektøkning, fjerne frykt for å spise, økt mengde, mindre stress og angst for å spise. Psykoedukasjon og veiledning er avgjørende for å gjøre endringene med å gjenopprette barnas helse, og samtidig kan en spesialist analysere de unike faktorene som opprettholder en upassende måltidsatferd hos barn med ARFID. Om evidens sier studie 3 at PHP har en viss støtte for effekt, siden FBT har god evidens.

5.3.1.4 IMI metoden

IMI som metode nevnes av studie 2 og 6. Behandlingen foregår på sykehus på dagtid eller ved døgnbehandling, der barnet følges opp gjennom flere måltider per dag av et stort tverrfaglig behandlingsteam. En innleggelse kan vare fra 40 dager til 2 måneder. Målet med IMI behandlingen er å forbedre ernæringsstatusen, matutvalget og måltidsatferd som biteaksept og måltidsforstyrrelser. Ved å benytte ulike atferdsmetoder som forsterkning og stimulusfading for å sakte introdusere ny mat og prosedyrer for bitefasthet (6). Resultater viser at barn utvider matutvalget sitt, et mer ernæringsmessig komplett kosthold, betydelig atferdsendring, som biteaksept, svelging og en reduksjon i upassende måltidsatferd og dette enes både studie 2 og 6 om. Studie 6 finner også gode resultater i forhold til munnrengjøring. IMI er standarden for omsorg for barn med pediatriske spisevansker og der mange vil oppfylle kriteriene for ARFID. Sammen støtter funnene at IMI er en effektiv behandling for barn med ARFID og alvorlig matselektivitet.

5.3.1.5 Forsterkningsbasert metode

Studie 5 ser på forsterkningsbasert metode. I denne studien er forutgående eller forsterkningsbasert prosedyre en atferdsbehandling. Disse prosedyrene kan isolert sett eller i kombinasjon øke mataksepten hos barn uten bruk av påtrengende metoder. Som forsterkere kan fading, forming, modellering og differensiell forsterkning av alternativ atferd benyttes. Målet med forsterkningsbasert metode er å redusere symptomer på ARFID, øke mataksepten, øke oral aksept for mat og væske og redusere upassende måltidsatferd. Resultater kan være bedret spiseevne, lindrende symptomer på ARFID og redusert upassende måltidsatferd. Metoden har evidens for å benyttes for barn med ulike spisevansker og det er fading og differensiell forsterkning som kommer best ut.

5.3.2 Metoder med blandet tilnærming

Det er som sagt mange metoder som benyttes i behandlingen av barn. Det finnes en del metoder med blandet tilnærming og disse vil nå sammenstilles. Disse metodene er Prompt, Food chaining og FBI.

5.3.2.1 Prompt som metode

Prompt er en fysisk veiledningsprosedyre for åpen munn. Veiledningen utføres enten ved bruk av ord eller fysisk berøring av barnet i ansiktet med hånd, finger eller børste. Målet er å forebygge upassende måltidsatferd, som er atferd barn benytter for å slippe å bli presentert for mat eller bittaksept. Ellers er målene å øke matinntaket, øke bittaksept, munnrensing, øke mengden spist og forbedret måltidsatferd. Dersom Prompt fungerer som ønsket, kan det føre til raskere bittaksept med mindre upassende måltidsatferd. Den fysiske veiledningsprosedyren Prompt har vist seg å være effektive for å redusere både aktiv og passiv upassende måltidsatferd og øke mataksept hos barn med alvorlige ernæringsvansker. Prompt består av finger-, side-, kjeve- og NUK-børste Prompt. Det er finger- og sideprompt som er mest pålitelige i forhold til den forskningen som eksisterer.

5.3.2.2 Food chaining som metode

Food chaining er en metode som ofte benyttes sammen med CBT/FBT. Food Chaining er et individuelt tilpasset program, som bygger på helselære og psykoterapi. For å redusere angst hos barn med ARFID, er det viktig å starte med trygge produkter. Et eksempel på Food Chaining kan da se ut som følger: toast med en liten mengde smør eller vafler med et annet mel, f.eks. Hvilke produkter som oppfattes som trygge av ARFID-pasienter er en viktig del av terapien og bør aksepteres av familien, barnehage, skole og fagpersoner. Målet er å utvide matutvalget ved å legge vekt på lignende egenskaper mellom et trygt

produkt og et som de rundt barnet ønsker eller barnet ønsker å introdusere i barnets kosthold. Food chaining utføres alltid sammen med FBT eller CBT og evidensen til metoden knyttes til de rene terapimetodene.

5.3.2.3 FBI som metode

FBI er en kreativ behandlingsstrategi, for barn mellom 4 og 10 år. Det er en eksponeringsterapi utviklet for angst og gastrointestinale vansker. Metoden ser på indre følelser og opplevelser, både behagelig og ubehagelige. Metoden bør støttes av psykoterapeutiske terapier, som CBT (1). Målet er at barn lærer å akseptere følelser og opplevelser gjennom lek og løse problemer knyttet til unnvikende/restriktiv av matinntak som følge av ubehagelige kroppsfølelser. Med ønske om at effekten av å undervise i selvbevissthet, kan redusere følelsen av angst og øke aksepten for disse følelsene. Som med Foodchaining så er denne metoden bruket sammen med FBT eller CBT og resultater og evidens knyttet sammen med de metodene.

Metodene CBT, Food chaining og FBI vil ikke bli en del av syntesen videre, siden de metodene ikke inkluderer upassende spiseatferd (1).

5.4 Behandlingsmetoder som kan ha effekt på et barns måltidsituasjon

Ved en ytterligere gjennomgang av de inkluderte studiene, for å undersøke om metoden har IMB som mål i behandlingsmetoden. Metodene som nevner IMB er CBT-ARFID, IMI, PHP med FBT, forsterkningsbasert metode og Prompt (1, 2, 3, 4, 5, 6).

IMB er en negativ forsterker som opprettholder spisevansker (5). Studie 4 sier at barn med spisevansker ofte bruker upassende måltidsatferd for å slippe unna ubehagelige situasjoner for dem, som å bli presentert for mat eller bittaksept. Barn lærer seg at dersom hodet snus vekk, så hindrer det mat å komme inn i munnen eller at det å kaste opp fører til at foreldrene avslutter måltidet. I begge tilfellene bruker barnet en atferd som fører til at barnet slipper å spise og den upassende måltidsatferden blir negativt forsterket og barnet vil mest sannsynlig prøvde denne atferden igjen. Matvegring knyttet til bittaksept, det å sette tennene i mat, er både av aktiv og passiv art. Aktiv matvegring er upassende måltidsatferd som å snu seg bort, dytte bort skjeen eller kaste ting, mens passiv spisevegring betyr å holde leppene sammen eller knipe tennene sammen så lenge at foreldrene gir opp.

FBT-ARFID oppfordrer foreldre til å handle mot upassende spiseatferd, ved å fremheve den negative effekten denne atferden har på barnet, familien og utvikling til barnet og er dermed en læringsprosess for atferdsendring (2). Studie 2, 4, 5 og 6 har alle mål om å endre måltidsatferden, studie 3 spesifiserer dette ved å analysere de unike faktorene som opprettholder en upassende måltidsatferd. Ellers viser studiene viser til bedring av upassende måltidsatferd ved å se på bittaksept som at barnet innen matvaren har blitt presentert 15 ganger har bitt i produktet. De ser også på svelging og munnrengjøring som betyr at innen det har gått 30 sekunder skal barnet ha svelget maten og det kan maksimalt være igjen en bit på størrelse med en peanøtt. Det handler også om å øke mataksepten, øke oral aksept for mat og væske og prompt har vist seg å være effektive for å redusere både aktiv og passiv upassende måltidsatferd.

5.5 Tverrfaglighet

Denne delen av sammenstillingen vil handle om tverrfaglighet, tverrfaglige team og logopeders plass i dette samarbeidet. Alle studiene viktigheten av tverrfaglighet. Det er stor variasjon i antall deltakere i det tverrfaglige teamet, avhengig av metoder og målsetting for behandlingen. Logoped nevnes av fire av de seks inkluderte studier.

5.5.1 Hvorfor er tverrfaglighet viktig i ARFID

Tverrfaglighet er knyttet til det å finne den best egnede behandling til et barn med ARFID, og det krever bred kunnskap om spisevansker. ARFID er en heterogen vanske og det anbefales i studiene at et team av spesialister jobber sammen, fra diagnostiseringsprosessen starter, gjennom analysen av kartleggingen og til det konkluderes med hva det enkelte barn trenger av behandling. Det er viktig med grundige funksjonsvurderinger, for å forstå spisevansken og tilpasse behandlingen til beste for barnet. Det bør være et tverrfaglig samarbeid grunnet den komplekse i spisevansken som påvirkes av flere biomedisinske, fysiologiske, miljømessige og sosiokulturelle faktorer (2, 3, 5, 6). Å forstå pasienten med en spiseforstyrrelse som ARFID ser ut til å være en ekstremt viktig del av hele den terapeutiske prosessen. Barn med ARFID har behov for en terapeutisk behandling som er sammenhengende og tilpasset barnets alder, utvikling og alvorlighetsgrad. Samarbeid med foreldre er en viktig del av det tverrfaglige teamets arbeidet, der de sammen definerer mål og forventninger. Prompt er en påtrengende metode og bør brukes med forsiktighet i en tverrfaglig setting, etter medisinsk godkjenning og oppfølging av fagpersoner (4).

5.5.2 Hvilke faggrupper er med i det tverrfaglige teamet

De ulike behandlingsmetodene har noe ulik praksis med hvilke profesjoner de har med i det tverrfaglige teamet, som avhenger av type behandling og av behandlingens målsetting. FBT metoden krever færrest faggrupper, mens de med blandet tilnærming involverer flest faggrupper. Det er anbefalt at et tverrfaglig team og teamets fagpersoner tilpasses i hver enkelt sak. Studie 2 sier at ulikhetene mellom behandlingsmetodene CBT, FBT og IMI blant annet handler om hvilke faggrupper som kreves for behandling.

Det tverrfaglige teamet i FBT, kan bestå av barnelege, psykiater, sykepleier og nevrolog (2). IMI har et stort tverrfaglig behandlingsteam bestående av psykolog, leger, sykepleier, ernæringsfysiolog, logoped, ergoterapeut, sosionom, psykiater og sosialarbeider (2, 3, 6). Et tverrfaglig team er nødvendig når man behandler pasienter med lav vekt eller ernæringsmessig vansker, mens mindre vansker kan behandles av en psykolog med ekspertise innen ARFID (4). Siden forsterkningsbasert metode, PHP, Food chaining og FBI alle er metoder som gjøres sammen med FBT eller CBT, så vil faggruppene til disse metodene være de samme som disse metodene, med unntak av studie 3, som ikke nevner logoped, noe FBT i utgangspunktet gjør.

5.5.3 Hvilke behandlingsmetoder inkluderer logoped

Det er stadig sterkere bevis som støtter bruken av atferdsmessige tilnærminger i behandlingen for barn med ARFID, som FBT-ARFID og IMI. En logoped må samarbeide med andre medlemmer i teamet for å overvåke svelgesikkerheten for barnet, i den behandlingen som er bestemt tilbudt barnet og veilede i forhold til munnmotorikk og mattekstur og eksisterende eller nye diagnoserelaterte bekymringer (6). IMI er en behandlingsmetode som tilbys barn med PFD, som også inkluderer ARFID. Barna støttes gjennom flere måltider per dag og overvåkes av et stort tverrfaglig behandlingsteam,

som blant annet inkluderer logoped (2, 6). Det er viktig med grundige funksjonsvurderinger, for å forstå spisevansken og tilpasse behandlingen til beste for barnet og en logoped bør vurdere oral motorisk funksjon (5). Nærmere 40 % av alle barn opplever noe problematisk måltidsatferd i kortere perioder frem til seks års alderen. De fleste problematiske spise- og måltidsatferder går over av seg selv. Milde ernæringsproblemer som ikke går over av seg selv, kan behandles med generelle ernæringsanbefalinger, foreldreopplæring, logopedbehandling eller ergoterapi (4).

5.6 Foreldre

I denne delen av sammenstillingen vil det handle om foreldre. Alle de inkluderte studiene trekker frem viktigheten av å inkludere foreldrene, de er viktige samarbeidspartnere for både det tverrfaglige teamet og for logopeder. Noen familier finner det vanskelig å benytte ulike behandlingsmetoder. Foreldrenes oppfattelse av en gitt metode er avgjørende, fordi de må samtykke til bruk av metoden og videreføre metoden etter endt behandling, for å opprettholde fremgangen eller for å fortsette den gode utviklingen (5).

5.6.1 Foreldreinvolvering i de ulike behandlingsmetodene for ARFID

Både FBT-ARFID og IMI vektlegger familieengasjement for barn. FBT-ARFID legger vekt på sterkt foreldreengasjement i behandling av barn, særlig når det gjelder å øke matvolum, matvariasjon og matutvalg. Metoden legger vekt på foreldres selvtilit, og endringer hos foreldrene henger sammen med forbedringer i barnets vektstatus. I en av fasene blir foreldrene oppfordret til å handle mot upassende spiseatferd, ved å fremheve den negative effekten denne atferden har på barnet, familien og utvikling til barnet og er dermed en læringsprosess for atferdsendring (2).

I IMI har den høyeste graden av behandlingsfullføring og tilnærmingen virket akseptabel for foreldrene. Foreldre gir tilbakemelding på at de er fornøyde med behandlingsmetoden og at de ser bedring i barnets spisevanske. De er viktige samarbeidspartnere og deltakere i behandlingen. Foreldreopplæring er viktig for å overføre effekter av behandlingen fra klinikken og til hjemmet, når dette gjennomføres får foreldrene en måltidsplan og tidsplan for kveldene og helgene før utskrivning (2, 6).

I PHP med FBT prinsipper er foreldrene involvert i behandlingen på mange måter, som å sette sammen meny, følge opp programmet hjemme og få opplæring i ulike metoder (3).

I Prompt læres foreldrene opp i fysiske veiledningsprosedyrer før utskrivning. Metoden oppleves som akseptabel for foreldre, selv om metoden er påtrengende. (4).

I forsterkningsbasert metode bør behandlere vurdere foreldres evne til å gjennomføre evidensbaserte intervensjoner som er hensiktsmessige for å behandle spisevansken og tilpasse behandlingen med dette i tankene (3, 5). Det er også en mulighet at påtrengende behandling kan brukes av behandlere, mens mindre påtrengende behandling overføres til hjemmet (5).

5.6.2 Foreldrenes sårbarhetsfaktorer

Spisevansker hos barn kan påvirke foreldre negativt. Foreldre opplever økt stress og press, lav selvsikkerhet, skam og dette kan påvirke forholdet mellom foreldrene og nær familie og til barnet. Disse faktorene kan gi en redusert familiefølelse, noe foreldre rapporterer om (4). Foreldres reaksjoner på barnets måltidsatferd, kan ha stor påvirkning på varighet på spisevansken. Foreldre er villige til å prøve alt for å oppmuntre

og få barnet sitt til å spise, ved å leke, lokke og belønne, men disse metodene kan ofte forverrer spiseatferden på flere områder (2). Når behandlingsmetode skal velges, skal det være med foreldrenes samtykke, dette er med på å øke aksepten til prosedyren hos foreldene (5). Foreldre kan bli så bekymret for sitt barns helse at de presser barnet og det kan få konsekvenser, så foreldrenes måltidspraksis kan være av betydning for utviklingen av spisevansken og samspillet mellom barn og foreldre (5).

5.7 Oppsummering

I dette kapitlet har funnene i de inkluderte studiene blitt presentert gjennom en narrativ syntese, både i en tabell og delt opp i fire hovedtemaer. Temaene var formål og utvalg, behandlingsmetoder, tverrfaglighet og foreldre. Behandlingsmetoder med evidens og som ser på upassende måltidsatferd er fem metoder og det er FBT-ARFID, IMI, PHP, Prompt og forstekningsbasert metode. I neste kapittel vil den narrative syntesen og funn fra teorikapitlet diskuteres opp mot hverandre.

6 Diskusjon

Målet med denne litteraturstudien var å undersøke hvilke evidensbaserte behandlingsmetoder for barn med ARFID som har som mål å gi barnet og foreldrene en forbedret måltidsituasjon og dermed en bedret livskvalitet for barnet og familiefungering. Dette kapitlet diskuterer studiens funn i lys av problemstillingen. Problemstillingen er følgende:

Hvilke evidensbaserte behandlingsmetoder rettet mot barn med ARFID, kan hjelpe barnet med en forbedret måltidsituasjon?

Diskusjonskapitlet vil bli delt i tre deler. I den første delen vil det bli gitt en kort beskrivelse av hoved funn og metode refleksjon. I den andre delen vil problemstillingen bli diskutert og i den tredje delen blir forskningsspørsmålene diskutert. I dette kapitlet vil de inkluderte studiene blir referert til ved bruk av tall, som i tabell 4. Mens artikler fra teoridelen blir referert til på ordinær måte.

6.1 Hovedfunn og metoderefleksjon

6.1.1 Kort beskrivelse av hovedfunn

Denne litteraturstudien fant fem evidensbaserte behandlingsmetoder som kan hjelpe barn med ARFID og foresatte til en forbedret måltidsituasjon. Metodene er funnet i de inkluderte studiene og det inkluderer familiebasert terapi, intensiv tverrfaglig behandling, delvis sykehusinnleggelsesprogram, forsterkningsbaserte metoder og Prompt, og alle har som mål å begrense eller fjerne upassende måltidsatferd. Familiebasert terapi og intensiv tverrfaglig intervensjon har best evidens, mens Prompt har lite evidens. Metodene er enige om betydningen av å involvere foreldrene i behandlingen (1, 2, 3, 4, 5, 6). Det er stor variasjon i forhold til hvilke fagpersoner som er en nødvendig og hensiktsmessig del av behandlingen, men alle er enige om viktigheten av tverrfaglighet. Logopeder er involvert i fire av fem metoder. Flere studier viser til at behandlingsmetodene har ulike mål knyttet til de ulike ARFID-profilene, og at metodene får ulike resultater knyttet til dette. De studiene som ser på måltidsatferd hos barn, er de studiene som bruker elementer fra ulike metoder og som har tverrfaglige team med flest faggrupper. Foreldre er viktig, uten et godt samarbeid med dem er det vanskelig å se for seg forbedret måltidsatferd.

6.1.2 Metode refleksjon

Som det kom frem i metodekapitlet, er det seks inkluderte studier i oppgaven. Fra studie 1 blir det bare referert til FBT, siden det er den studien som har mål om forbedret måltidsatferd. Alle studiene i litteraturstudien var heterogene og undersøkte ulike behandlingsmetoder. Studie 3, 4, 5 og 6 undersøkte enkeltstudier, mens studie 1 og 2 undersøkte flere metoder. Metodene vektla måltidsatferd, tverrfaglighet, logopeder og foreldresamarbeid, med unntak av CBT-AR, FBI og Food chaining fra studie 1. Det var stor variasjon i populasjonen og det varierte fra 2 til 63 barn i alderen 1,2 til 12 år. Ingen av studiene benyttet kontrollgruppe. Artiklene ble publisert mellom 1978 og 2022, men med hovedvekt på perioden 2013 - 2022.

Fire av studiene var systematiske litteraturstudier, en studie var en innendeltakerstudie og en studie var en medisinsk oversiktsstudie. Kvaliteten på studiene virker av god kvalitet, siden det er tre studier med middels kvalitet og tre studier med høy kvalitet. Den høye kvaliteten på studiene indikerer reliabilitet og validitet og at en kan stole på resultatene og funnene i studiene. Innen behandlingen av ARFID er dette spesielt viktig, siden det per nå ikke foreligger noen anbefalt behandlingsmetode. Behandlingsmetoder for andre spisevansker tilpasses og prøves ut på barn med ARFID, for å finne evidens på egnethet for ARFID. På bakgrunn av dette, ser det ut til at litteraturstudie var en egnet måte å svare ut problemstillingen.

Litteratursøket ble gjennomført våren 2023, med det siste søket gjennomført 28. april 2023 i fire ulike databaser. Andre databaser og andre søkeord kunne vært benyttet og det ville antakelig gitt andre resultater. Fra de inkludert studiene er det nå med fem ulike behandlingsmetoder og IMB. At det er fem metoder som ser på måltidsatferd er bra, derfor vurderes det dit hen at disse studiene dekker de behandlingsmetodene som det er hensiktsmessig å ha med.

6.2 Problemstillingen

I denne delen blir problemstillingen diskutert i lys av funn fra de inkluderte studiene og litteraturstudiens teoridel.

6.2.1 Evidensbaserte behandlingsmetoder

De som forsker på ARFID er enige om at det er for lite kunnskap om ARFID, både hos fagpersoner og hos folk flest. I tillegg er det stor enighet om at det ikke foreligger noen anbefalinger på hvilke behandlingsmetoder som er best egnet for barn med ARFID (1, 2, 3, 4, 5, 6). Bryant-Waugh et al. (2021) sier at til tross for økt forskning og stor interesse rundt ARFID, så foreligger det ikke noen evidensbaserte føringer for hvilke behandlingsmetoder som er best egnet, hvor og hvordan det best kan gjennomføres. Slik jeg ser det, kan det være flere årsaker til at det tar lang tid å gjennomføre kontrollerte forsøk og godt utformede undersøkelser og påfølgende evidensbygging. I tillegg kan det komme av at ARFID er en heterogen diagnose og at de ulike profilene til ARFID er i behov av ulik oppfølging og behandlingsmetode og dette påvirker evidensbyggingen. Dette vanskeliggjør situasjonen for behandlere, barn og familier. For behandlere og logopeder handler det om kravet om å arbeide etter evidensbasert praksis, holde seg oppdatert på kunnskap om ARFID og tilby det som er best egnet og anbefalt til barnet med ARFID til enhver tid (Bryant-Waugh et al., 2021; Haaland-Johansen, 2007). Det som tydelig har kommet frem er at barn med ARFID har behov for tverrfaglig oppfølging med tanke på vurdering og behandling. Studie 1, 2, 3, 4, 5 og 6 peker på at klinisk behandling er egnet for mange, mens de mest alvorlige tilfellene kan kreve sykehusoppfølging. Funnene er i tråd med teorien, og Bryant-Waugh et al. (2021) fremhever også at barn med ARFID trenger klinisk behandling, men at alvorlige tilfeller kan trenge tverrfaglig oppfølging og mulig innleggelse. Funnene samsvarer med Feillet et al. (2019) som trekker frem at alvorlighetsgraden på ARFID har betydning for hvilken oppfølging som trengs. Salatto et al. (2023) støtter opp om dette. For barn med spisevansker som ARFID er det nødvendig med nøyaktig diagnose og grundig vurdering for å avdekke terapeutiske behov, for å tilby barnet den beste tilpassede behandlingen. Utfordringen med dette er manglende evidensbaserte behandlinger. Slik både teorien flere studier påpeker, kreves det adekvat kompetanse om ARFID og tverrfaglighet for best å kunne favne alle aspekt ved ARFID. Diagnosen er omfattende at tverrfaglighet er nødvendig for å iverksette en evidensbasert behandling (Salatto et al., 2023).

6.2.2 Behandlingsmetoder med mål om forbedret måltidsatferd

Det er behandlingsmetodene FBT og IMI som har best evidens og som har upassende måltidsatferd med som mål behandlingen (1, 2, 6). PHP, forsterkningsmetode og Prompt har noe evidens eller evidens på deler av metoden (3, 4, 5). Studie 2 og 6 beskriver IMI som den metoden som i økende grad blir standarden for spisevansker hos barn.

6.2.2.1 Familiebasert terapi

FBT er beskrevet i studie 1 og 2. I studie 1 fokuserer behandlingsmålene på spiseatferd, som økt variasjon, vektøkning og økt matutvalg og familiemåltider. Studie 2 er mer detaljert i beskrivelsen av FBT og trekker inn begrepet vedlikeholdsmekanismer, begrepet omhandler årsakene til at spisevansken opprettholdes. I behandlingen ses det blant annet på foreldres myndiggjøring og det å endre upassende spiseatferd. Målet med behandlingen varierer etter hvilken ARFID-profil som er mest fremtredende, selv om et barn kan ha vansker på tvers av alle tre profilene. Barn som mottar behandling i form av FBT har behandlingsmål som for eksempel økt variasjon og matutvalg, redusert måltidsvarighet og vektøkning. En viktig del av behandlingen handler om nettopp måltidsatferd, og foreldre lærer opp til hvordan de skal håndtere upassende måltidsatferd.

6.2.2.2 Intensiv tverrfaglig behandling

IMI er beskrevet av studie 2 og 6. Behandlingsmålet i studie 2 inkluderer forbedret ernæringsstatus, økt matutvalg og måltidsatferd. Måltidsatferden handler eksempelvis om biteaksept, munnrengjøring og måltidsforstyrrelser i sammenheng med unnvikende og restriktiv spising. I behandlingen støttes barnet og foreldrene gjennom flere måltider. Studie 6 er mer utfyllende i sin beskrivelse av IMI. Ett av målene er å strukturere måltidet og samspillet mellom barn og foreldre under måltidet. Behandlingsmålene er for eksempel stimulusfading for å sakte introdusere ny mat og plan for biteaksept og svelging.

6.2.2.3 Delvis sykehusinnleggelsesprogram

PHP er beskrevet av studie 3. Et av målene er å gradvis eksponere barnet for å prøve ny, stadig vanskeligere teksturer, biteaksept og finne faktorene som opprettholder upassende måltidsatferd, for å forbedre disse. Barn og foreldre lærer nye teknikker. Målene variere etter ARFID-profilene.

6.2.2.4 Forsterkningsbasert metode

Studie 5 beskriver forsterkningsbasert metode, der ulike prosedyre for å øke spiseatferden hos barn benyttes. Prosedyrene som blir benyttet er fading, differensiering og modellering, en metode som ikke er påtrengende. Prosedyrene kan brukes enten isolert sett eller i kombinasjon. Behandlingsmålet er å øke mataksepten og redusere upassende måltidsatferd. Fading og differensiell forsterkning er prosedyrene som har best evidens.

6.2.2.5 Prompt

Studie 4 ser på Prompt. Prompt er en fysisk veiledningsprosedyre, der den som gir barnet mat enten forklarer barnet verbalt hva det skal gjøre eller som fysisk ved bruk av hånd eller finger viser barnet hva det skal gjøre. Målet med prosedyren er at barnet opplever økt matinntak og mataksept. Prompt er en påtrengende metode, fordi den inkluderer fysisk berøring i barnets ansikt.

6.2.3 Upassende måltidsatferd

IMB er ofte forbundet med spisevansker. Det avgjørende at upassende måltidsatferd blir riktig vurdert og behandlet (Hodges et al., 2020). I tråd med Hodges et al. (2020), fant også studie 4 at barn benytter upassende måltidsatferd for å unnsnippe matpresentasjon eller aksept av bittet. For å redusere den upassende måltidsatferden, er det viktig å behandle alle variablene av den upassende måltidsatferden (Kirkwood et al., 2021). Det vanligste ved IMB er hodevending, banking med skje, aggresjon og tildekking av ansiktet. Den mindre vanlige atferden er å kaste mat eller redskaper, si negative ord eller sutre, oppkast, selvskading og spyting for å nevne noen (Hodges et al., 2020). Slik som Hodges et al. (2020) beskriver, fant studie 4 at barn kan eksempelvis lære at det å bruke IMB, som å snu hodet vekk fra bittet, fysisk hindrer mat i å komme inn i munnen eller at oppkast kan føre til at foreldrene avslutter måltidet. I begge tilfeller har barnet en atferd som gjør at barnet unngår å spise og dermed er IMB negativt forsterket, og barnet vil sannsynligvis bruke IMB igjen for å unngå spising. På bakgrunn av funnene fra studie 4, er det stor sannsynlighet for at behandlingen av upassende måltidsatferd direkte eller indirekte kan føre til forbedringer i spisevansken på et eller flere områder. Dersom barnet ikke får behandling for sin upassende måltidsatferd, uttrykker Hodges et al. (2020) at det kan resultere i vansker med å få i seg tilstrekkelig ernæring, hemme normal vekst og det kan forårsake skade på barnet eller andre.

FBT sin målsetting er forbedret måltidsatferd. Alle som blir behandlet av metoden blir vurdert opp mot vedlikeholdsmekanismer, hvor måltidsatferd er en av disse mekanismene. Uavhengig av behandlingsmålet, blir foreldre oppfordret til å handle mot måltidsatferden. Studie 2 påpeker at målet for FBT delvis nådd dersom barnet lar foreldre og behandler snakke om foreldrenes håndtering av måltidsatferden og læringsprosessen for atferdsendring starter. Dette er i motsetning til hva studie 4 fant om Prompt, som viser at forbedret måltidsatferd krever fysisk prompting. I Prompt fremkommer det at ved å la skjeen være fremme selv om barnet snur bort hodet, vil denne forsterkningen være effektiv for å redusere aktiv og passiv IMB og arbeidet med å øke mataksepten hos barn. Bittaksept, munnrensing og måltidsatferden ble forbedret ved bruk av IMB. Ibañez et al. (2020) fant at kjeveprompt sammen med IMB bidrar til forbedret måltidsatferd, og disse funnene samsvarer med studie 4. I likhet med studie 4 som viste forbedret måltidsatferd ved bruk av forsterkning, viser studie 3 og 5 at forsterkende atferdsbehandlingsmåter sammen med IMB forbedrer ulike elementer av spiseatferden, reduserer symptomer på ARFID og reduserer upassende måltidsatferd. I likhet med studie 4 og 5, undersøker også studie 6 atferdsbehandlingsmetoder. I IMI blir bittaksept og munnrengjøring sammen med IMB beskrevet som måltidsvariabler. Resultater ved bruk av IMI viser økt matvariasjon, forbedret næringsinntak og måltidsatferd.

6.2.4 Behandlingsmetoder med liten eller ingen evidens

Prompt er en metode med fire ulike veiledningsprosedyrer og med stor variasjon i forhold til hvordan de utføres innen de ulike prosedyrene. I studie 4 kom det frem at fingerprompt og sideprompt økte i effekt i denne studien, mens kjeveprompten er den mest undersøkte prosedyren. Forfatteren selv mener dette er problematisk, fordi dette fører til at de ulike promptene benyttes på ulike måter og dermed utføres uten nok evidens, i tillegg er Prompt en påtrengende metode, og da er det viktig at det utføres på rett måte (4). Denne problemstillingen støtter studie 5. Studien fremmer viktigheten av å undersøke bruken flere alternative metoder, som ikke er så påtrengende, men som kan gi lignende resultater. Det kommer tydelig frem at ved å finne alternative metoder som

er evidensbaserte så kan dette skjerme barn, så de ikke utsettes for evidensbaserte metoder (5). Studie 4 påpeker at det er viktig at forskere og klinikere øker kvaliteten på deres behandlingsevalueringer. Jeg anser dette for å være en interessant problemstilling, jeg ser likheter mellom bruken av øvelsene i Prompt og hvordan øvelsene blir utført i OPT (se kapittel 2.5.2). Begge metodene vil bli karakterisert som påtrengende og som utføres på barn, selv om det er lite eller ingen evidens på metoden som utøves. OPT er en metode som spesielt logopedene benytter i sitt arbeid med barn med spisevansker.

Hvilke endringer utgjør en forbedret måltidsatferd for barnet? En forbedret måltidsatferd for barnet vil ha innvirkning på barnet og hele familien. Barnet vil oppleve mindre press fra foreldrene og mindre stress under måltidene, familiemåltidene vil ha en hyggeligere atmosfære der alle slapper bedre av og foreldrene er trygge på at barnet får i seg nok eller mer næring. Foreldrene har lært seg hensiktsmessige metoder som de tar med seg til måltidene, ARFID-symptomene er redusert og barnets livskvalitet kan være forbedret.

6.3 Forskningsspørsmålene

I denne delen vil viktigheten av tverrfaglighet i arbeidet med barn med ARFID og hvordan logopedene og foreldrene inkluderes i behandlingen av barn med ARFID for forbedret måltidsatferd bli diskutert.

6.3.1 Tverrfaglighet

Barn med ARFID er i behov av en terapeutisk behandling som er sammenhengende og tilpasset barnets alder, utvikling og alvorlighetsgrad. Studie 1 fant at samarbeid med foreldre er en viktig del av det tverrfaglige arbeidet, der de sammen definerer mål og forventninger. Funnet er i tråd med hva Feillet et al. (2019) hevder, da de uttrykker viktigheten av å inkludere foreldrene i det målrettede arbeidet og la foreldrene få eierskap i målene og forventningene, slik at det er større sjans for at behandlingen lykkes. Funnen er i tråd med Gosa et al. (2020), som også fremhever viktigheten av et tverrfaglig samarbeid mellom det tverrfaglige teamet og foreldrene. Videre begrunner studie 1 viktigheten av det tverrfaglige samarbeidet som følge av at spiseprosessen påvirkes av biomedisinske, fysiologiske, miljømessige og sosiokulturelle variabler, så vel som at foreldre og barn samspillet vurderes og dette gjør at tverrfaglig samarbeid er særdeles viktig. Argumentasjonen får også støtte fra teoretisk hold da Gosa et al. (2020), Milano et al. (2019) og Tereshko et al. (2021) anerkjenner viktigheten av de multifaktorielle variablene som påvirker spiseprosessen. Studie 1 trekker frem viktigheten av å forstå barnet med en spisevanske som ARFID som en helt essensiell grunnpilar i den terapeutiske prosessen. Dette står også i tråd med Feillet et al. (2019), som føyer seg til viktigheten av å danne en forståelse av barnet med ARFID. Cunliffe et al. (2022) legger til at det foreldre ønsker mest av alt, er forståelse.

Det kan være mange årsaker til et barns svikt eller manglende evne til å spise og drikke gjennom munnen. En tverrfaglig vurdering er nødvendig for å utelukke, behandle eller vurdere medisinske, oralmotoriske og ernæringsmessige problemer før behandling av spisevansken kan starte. Dette krever blant annet god kunnskap om spisevansker og om typisk og utfordrende spiseutvikling, der for eksempel forsinket utvikling av evnen til å støte ut mat med tungen kan gi konsekvenser for spisingen for barnet (Ibañez et al., 2020). I forbindelse med litteraturstudien laget jeg en oversikt over den typiske spiseutviklingen, men også med sensitive og kritiske perioder som kommer som en naturlig del av utviklingen. Tungestøt er nevnt i denne tabellen, grunnet konsekvensen

dette kan gi for barnet og som det er viktig å hjelpe barnet med dersom vansken vedvarer (se vedlegg 1).

Virkingen av ARFID ser ut til å være betydelig ikke bare ernæringsmessig, men også relatert til livskvalitet og psykososial funksjon, derfor må ARFID vurderes fra ulike perspektiver (Salatto et al., 2023). Fordelen med tverrfaglig team er at en samler kompetanse innenfor flere fagområder i en gruppe, som sammen jobber for å finne den beste løsningen for barnet og familien. Sammen vurderer de barnets helsemessige-, psykososiale og ernæringsmessige utfordringer og ressurser, og søker kunnskapsbaserte tiltak for å fremme barnets spiseutvikling (OUS, 2017). Dette samsvarer med studie 1 som uttrykker at en hensiktsmessig tilnærming for å identifisere spisevansker og som forenkler prosessen med å korrekt identifisere og klassifisere spisevansken på, er å være åpen for de ulike årsakene og lytte til bekymringene foreldre kommer med. Flere av studiene anbefaler at det tverrfaglige teamet utarbeider behandlingsmål i samarbeid med foreldrene. Målene innebærer forbedret måltidsatferd og et variert kosthold. Studie 1 mener at målene må tilpasses et barns alder, medisinske utviklingsstatus og nåværende forhold til mat. Dette er i tråd med Gosa et al. (2020) som også trekker frem disse målene som hensiktsmessige i det tverrfaglige arbeidet. Funnene indikerer at dette har positiv effekt, da Milano et al. (2019) trekker frem at tverrfaglige samarbeid gir forbedring på flere områder for barn med ARFID, som økning i oralt inntak, forbedring av spiseatferd og reduksjon i foreldrestress.

På den andre side kan det være risiko forbundet med å ikke benytte et tverrfaglig team, og alvorlighetsgraden kan i verste fall innebære at et barns liv settes i fare. Studie 5 viser til at vurdering av oral motorisk funksjon ikke alltid blir utført av en fagperson, noe som er overraskende med tanke på vurderingen av spisesikkerheten til barnet. Klinikere bør alltid kreve medisinsk vurdering og godkjenning, og bør samarbeide med fagpersoner fra andre relevante profesjoner i arbeidet med barn med ARFID.

Det er også viktig å påpeke at suksessen til atferds- og ernæringsbehandling avhenger av om pasienten har hatt ARFID i lang eller kort tid. Hovedmålet med behandlingen kan være å minimere noen av symptomene i stedet for å eliminere vansken. Studie 1 ytrer at behandlingen må være individuelt tilpasset pasientens behov, med realistiske og oppnåelige mål, og bør inkludere reduksjon av ernæringsmessige, fysiske og emosjonelle risikoer, samtidig som de hjelper pasienten med å håndtere angst og utvide matutvalget. Et suksesskriterium er at behandlingen utføres i hjemmet eller overføres gradvis til hjemmet (5). Barn opplever ulike spiserutiner i ulike miljøer som barnehage, skole og hjem. Den nye spiseatferden må være generalisert på tvers av foreldre og miljøer, om ikke kan effekten bli redusert, barnet kan utvikle andre medisinske og sosiale problemer på grunn av spisevansken og eventuelt vedvarende spisevansker (1).

6.3.1.1 Anbefalte faggrupper i det tverrfaglige teamet

Det er stor variasjon i antall deltakere i det tverrfaglige teamet, avhengig av behandlingsmetoder og målsetting for behandlingen (Milano et al., 2019). Studie 1 og 2 fant at CBT er den metoden som krever færrest faggrupper i behandlingen og slik Ibañez et al. (2020) fremhever, har ethvert teammedlem mange oppgaver og et stort ansvar. Større team gir større trygghet både for foreldre, barn og teammedlemmer (OUS, 2017). Når alvorlighetsgraden krever sykehusinnleggelse, som IMI kreves et større tverrfaglig team for oppfølging. Studie 2 og 5 foreslår at teamet ved IMI kan bestå av psykolog, lege, sykepleier, klinisk ernæringsfysiolog, logoped, ergoterapeut og sosionom. Studie 3

som er en metode med sykehusinnleggelse har ett mindre team enn IMI og behandlingen inkluderer ikke logoped, noe som IMI gjør.

6.3.2 Inkluderingen av logopeder i behandlingen

Logopedens unike opplæring i anatomiske, utviklingsmessige, fysiologiske og atferdsmessige aspekter ved spising og svelging, gjør at logopeden er et viktig medlem av et tverrfaglig team for barn med spisevansker. Selv om noen av disse studiene primært omhandler pediatrike spisevansker (PFD), så er kunnskapen til en logoped og bidraget en logoped kan gi til et tverrfaglig team den samme (Gosa et al., 2020). Studie 5 fant at det er viktig med grundige funksjonsvurderinger for å forstå spisevansken og tilpasse behandlingen til best for barnet. Dette samsvarer med (OUS, 2017), som fremhever at en logoped vurderer munnmotorikk og svelgefunksjon, hvilke konsistenstyper barnet mestrer, samt hvor effektivt barnet spiser, som volum og tid brukt per måltid.

Oppgavene til en logoped er å bestemme svelgefunksjon, overvåke svelgesikkerheten og gi veiledning for å fremme munnmotorikk og mattekstur (6). Gosa et al. (2020) supplerer med funnene fra studie 6, med vurderingene en logoped gjør som kan avklare hvilke konsistenser et barn trygt kan spise, mengden mat, måltidsvarighet som kan forventes i forhold til mengde og om det er noen redskaper eller posisjonsendringer som ville lette oral spising. Kirkwood et al. (2021) tilføyer at logopeder kan konsulteres gjennom hele behandlingen. Det er flere forskere som antyder at en måltidsvarighet på over 30 minutter, bør undersøkes om dette er gjentakende over tid (Gosa et al., 2020; Ibañez et al., 2020). Direkte observasjon av spiseatferd, måltidsatferd og det å gi respons på spesifikke matvarer kan også være nyttig bidrag fra en logoped (Bryant-Waugh et al., 2021). Logopeder kan veilede og lære opp foreldre (Desai et al., 2022; Gosa et al., 2020).

Metodene anbefales å ha en tverrfaglig innfallsvinkel, som Prompt. Studie 4 og 5 mener at behandlingen bør overvåkes av et team, fordi en spisevanske er så sammensatt og at det dermed kreves flere profesjoner og utvidet ekspertise, slik at barnet får en individuelt tilpasset behandling.

Dermed kan det forstås som logopedens kunnskap er nødvendig i et tverrfaglig team, og at de bør bidra i behandlingen av barn med ARFID.

6.3.3 Foreldre

Det er svært viktig å ha et familieorientert perspektiv som ser på tilknytning, sosialt samspill, foreldres måltidspraksis og oppdragerstil i arbeidet med barn med ARFID. Foreldres atferd og vansker er tett knyttet til prosessene som påvirker barnets utviklingsmuligheter (OUS, 2017). Alle studiene fremhever også viktigheten av å inkludere familien og verdsetter samarbeid med foreldre. For barn med ARFID skal få egnet hjelp, må hele familien inkluderes (Gosa et al., 2020; Salatto et al., 2023). En årsakssammenheng for ARFID kan være foreldrepres for å spise, noe som kan føre til høyere avskyfølsomhet og ubehagelige matopplevelser, som igjen kan assosieres med generell kresen spiseatferd, noe som kan bane vei for ARFID (Feillet et al., 2019).

Det er viktig å identifisere, prioritere og møte foreldres bekymringer fra henvisnings- og inntakspunktet (Cohen & Dilfer, 2022; Zickgraf et al., 2022). Bekymringer må ses og møtes, utvikling må støttes i forhold til evner og familieforhold og rutiner i deres naturlige miljø, og det er viktig å spille på familiens styrker. Når et tverrfaglig team

samarbeider og utvikler en behandlingsplan, er det viktig å gi tydelige anbefalinger til foreldre, da det kan ha innvirkning på foreldretilfredshet, kompetanse og fortrolighet (Cohen & Dilfer, 2022). Det er viktig å ha med seg at foreldrene kan ha flere dårlige erfaringer med fagpersoner generelt, der de har følt seg avvist eller misforstått (Cunliffe et al., 2022; Muldoon et al., 2022).

Sammen med familien må en avgjøre om familiens mål er hensiktsmessige og oppnåelige (Gosa et al., 2020). Dette står i samsvar med studie 4 og 6, som trekker frem at det er svært viktig for foreldrene at behandlingsmetoden er akseptable, det vil si at metoden er en de kan klare å se barna sine gå igjennom og seg selv være en del av. På bakgrunn av dette bør klinikere vurdere foreldrenes evne til å gjennomføre de ulike evidensbaserte behandlingsmetoder som er aktuelle og tilpasse metoden til den aktuelle familien og barnet. Det ultimate suksesskriteriet for vellykket spiseutvikling er at behandlingen lykkes i det naturlige miljøet, hjemme og på skolen. Studie 5 viser til at det å overføre suksess fra for eksempel sykehuset til hjemmet kan være veldig krevende og kan gi behandlingsgevinsten en begrenset effekt. De ulike metodene krever ulik involvering av foreldrene, men det krever uansett masse av dem og de må evne å stå i det sammen med barna sine. Det viktig å gi foreldrene håp om at forbedring er mulig.

6.3.3.1 Foreldrenes sårbarhetsfaktorer

Foreldre til barn med ARFID blir vurdert på mange forhold, som blant annet foreldre-barn forholdet, foreldrenes tilnærming til mat og måltider, andre familieforhold, hjemmemiljøet, foreldrenes måltidspraksis, sosioøkonomiske faktorer og kulturelle tradisjoner og verdier (Cohen & Dilfer, 2022). Erfaringene knyttet til spising påvirker barns følelse av trygghet, indre selvfølelse, autonomi og initiativ (Cerniglia et al., 2020). Noen barn viser mer enn en problematisk spiseatferd, og alle sidene må vurderes. Foreldrenes måltidspraksis kan vises på flere måter. Dette innebærer blant annet en responderende stil, som vil si å reagere på barnets signaler. Videre en kontrollerende stil, som vil si å overstyre barnets signaler. Det er også snakk om en overbærende stil, som vil si å møte barnet på ønskene. Til slutt kan foreldrene benytte en neglisjerende stil, som vil si å være uvitende om barnets signaler (Milano et al., 2019). Den anbefalte stilen for et barns utvikling er den responderende stilen. Her reagerer foreldrene raskt på barnets signaler, om barnet er mer sultent eller mett, foreldrene er emosjonelt støttende på barnets uttrykte behov, de kommuniserer med barnet og gir barnet gode erfaringer med mat og spisesituasjoner (Cohen, 2022). Om ikke foreldrene benytter denne matestilen, må logopeder eller andre i det tverrfaglige teamet veilede foreldrene. Logopeder kan samarbeide med ernæringsfysiologer og andre fagpersoner om å gi foreldrene veiledning angående ernæring, spisevansken og forventninger til vektøkning og vekst, eller det å identifisere andre årsaker til langsommere vekst enn forventet (Cohen & Dilfer, 2022). Veiledning og opplæring anbefales gitt på en empatisk og skyldfri måte. Studie 1 viser til at foreldres atferd ofte er drevet av en bekymring for barnets helse, og dette bør man ha i bakhodet når man veileder foreldrene. Studie 5 trekker frem en annen god grunn til nettopp dette, og det er at foreldrene ofte er stresset og kanskje ekstra nærtagende. Da er det ikke alltid like lett å få med seg alt som er sagt, de har lav selvtillit til det å være foreldre, de føler seg stigmatisert eller samholdet i familien er påvirket.

Foreldrene ser konsekvensene av spisevansken og effekten av de dårlige matvalgene med tanke på barnets utvikling, inkludert sosial utvikling (Muldoon et al., 2022). Foreldrene mener selv at nøkkelen til forståelse er å øke bevisstheten og forbedre støtten til foreldrene (Cunliffe et al., 2022). Foreldre ønsker det beste for barna sine, at de trives

og er sosiale med andre barn (Muldoon et al., 2022). Dette ser ut til å være i tråd med alle studiene, de verdsetter et familieperspektiv i behandlingsprosessen, med ønske om en forbedret livskvalitet for barnet og familien.

7 AVSLUTNING

Denne litteraturstudien har undersøkt hvilke evidensbaserte behandlingsmetoder som brukes i behandlingen av barn med ARFID, for å gi barnet og familien en forbedret måltidsituasjon. Litteraturstudien ga et tilfredsstillende resultat og et funn på åtte ulike behandlingsmetoder, som jeg valgte å se nærmere på. Etter syntesen ble metodene redusert til fem behandlingsmetoder, som hadde som behandlingsmål å redusere upassende måltidsatferd hos barn, og ifølge studiene hadde metodene god effekt. Studie 1 og 2 fant ut at FBT viste god effekt og at behandlingsmetoden ser ut til å passe alle profilene. Studie 2 og 6 fant ut at IMI viste god effekt og at behandlingsmetoden passer best til profil B. Studie 3 fant at PHP viser god effekt sammen med elementer fra FBT og at behandlingsmetoden kan passe alle profilene. Studie 4 fant ut at dersom Prompt fungerer som ønsket, viser metoden god effekt på upassende måltidsatferd. Studie 5 fant ut at forsterkende metoder viste god effekt og at behandlingsmetoden kan passe alle profilene. De utvalgte metodene viste effekt på forbedret måltidsatferd for barn. Det kan virke som IMB viser seg hos barn i alle profilene og at måltidsatferd er et viktig fokus og innfallsvinkel i behandlingen av barn med ARFID. Samlet sett viser resultatene til større mataksept, utvidet matutvalg, vektøkning og reduksjon av symptomer på spisevansken ARFID. Den positive effekten påvirker familien på flere områder, både innad i familien og sosialt og ikke minst gir det en bedret måltidsatferd en bedret livskvalitet. For at behandlingen skal være vellykket kreves det et tverrfaglig team som skreddersyr behandlingen til barnet ut fra barnets behov, i tillegg til god oppfølging av flere faggrupper, blant annet logoped. Men uten at familien stiller opp, tar imot råd og veiledning og står i lange og tøffe kamper, er det vanskelig for hjelpeapparatet å gi barnet best mulig hjelp. Det tverrfaglige temaet og foreldre er avhengig av hverandre. Et godt råd jeg fanget opp på veien er at fagpersonene må lytte til foreldrene, da måltidsatferden, som er fremtredende i ARFID, er det første symptomet foreldrene melder fra om (Davis, 2020).

ARFID er en spisevanske det er forsket lite på, noe som har ført til at det ikke er noen anbefalte metoder fremfor andre. Det betyr også at evidensgrunnlaget for de ulike metodene kan være dårlig og at logopeder og andre grundig må vurdere hensikten med å bruke metoder som det foreligger lite evidensbasert praksis bak. Diagnosen er foreløpig ikke er inne i diagnosesystemet som brukes i Norge, og det kan bety at det er lite kunnskap hos fagpersoner. Denne litteraturstudien bidrar med ny innsikt og kan øke kunnskapsgrunnlag på spisevansken ARFID hos logopeder i Norge. Litteraturstudien er nyttig for blant annet logopeder og andre som arbeider med barn med spisevansker. Det finnes evidens på flere metoder som kan hjelpe barn med ARFID med forbedret måltidsatferd og det er gledelig å se at logopeder er en viktig del av dette arbeidet.

7.1 Til ettertanke

I arbeidet med denne masteroppgaven har jeg blitt oppmerksom på flere ting. Det første jeg vil nevne er evidens og hvor viktig dette er. For meg som skal jobbe innenfor det logopediske fagfeltet, er det viktig å arbeide evidensbasert og alltid vite at jeg tilbyr barn og voksne det beste som er å tilby til deres vanske. Det vil si at jeg kan tilby den behandlingen med best evidensbasert effekt, der metoden utføres slik den skal utføres.

Som jeg beskrev i innledningen så er SOS Approach behandling gitt til barn med ARFID i Norge og Sverige, og dette tar meg over på det andre jeg har blitt oppmerksom på. Flere av metodene logopedier i Norge og Sverige benytter i sin yrkespraksis, har ikke kommet frem i mine søk i de ulike databasene, og SOS Approach nevnes ikke i det hele tatt og OPT som så vidt er nevnt. I søket ble det registrert 15 forskjellige metoder. SOS Approach og OPT er metoder som er utviklet av logopedier og for logopedier. SOS Approach-metoden er over 30 år og OPT-metoden er over 20 år. Som logoped kan en få kursbevis om en fullfører nettbaserte kurs i OPT og for å utføre SOS Approach må en ha lisens. Det kan være flere årsaker til at disse ikke har kommet frem, det ene er at jeg ikke har søkt bredt nok og det andre er at metodene ikke har evidens. OPT og SOS Approach har eksistert i mange år, og metodene burde dermed hatt tid til å bygge evidens. Spesielt med tanke på at det er såpass mange som bruker metoden, da burde mulighetene vært der til å finne egnede forskningsprosjekter og få med mange deltakere. På tross av at det kan virke som om det handler om evidens, så brukes metodene. Kan det handle om at det er få metode på markedet for logopedier, og få egnede metoder med god evidens? Som logoped skal en ta beslutninger på hva som er passende behandling basert på kjerneprinsippene for evidensbasert praksis, som er familiens og barnets preferanser, logopedens ekspertise og en vurdering av gjeldende beste bevis. Logopedier kan bli gode i disse metodene, og dermed er det metoder som logopedier føler seg trygge i. Det vil da være viktig å dokumentere fremskritt, være åpen og samarbeide tett med foreldrene til barnet og evaluerer ofte og grundig. I beslutningen av hvilken metode som skal benyttes, er det viktig å ta med i vurderingen at OPT sjelden benyttes alene. Metoden benyttes som en del av et behandlingsforløp og logopedier er dermed mer bevisst på bruken av metodene. Det er som sagt mange logopedier som benytter disse teknikkene, som det foreligger lite eller ingen evidens på at har effekt. Samtidig er dette behandling hvor NAV dekker kostnaden for nødvendig utstyr til bruk av OPT-metoden.

Til slutt vil jeg nevne den tredje tingen som jeg har blitt oppmerksom på, og det er forskjellene mellom logopedutdanningen i Norge og Sverige. I Norge tar en logopedutdanning 2 år på fulltid, mens i Sverige tar den 4 år. Dette har selvfølgelig også innvirkning på type oppgaver og ansvar de ulike logopedien kan utføre. I Sverige kan for eksempel en logoped stille diagnoser, noe logopedier i Norge ikke kan. I Norge står det i retningslinjene til en logoped at de kan arbeide med munn- og svelgevansker (Logopedlag), men hos det svenske Logopedförbundet står det at logopedier kan arbeide med spise- og svelg vansker (Logopedförbundet). Utdanningsforløpet og retningslinjene gir ulike konsekvenser. Det betyr blant annet at evidensbaserte behandlingsmetoder med positive resultater for barn med ARFID, som inkluderer logopedien i det tverrfaglige teamet, ikke automatisk kan gjennomføres i Norge. Dette fordi norske logopedier ikke har den kunnskapen som studiene har lagt til grunn i sin forskning.

I takt med at det er større oppmerksomhet rundt ARFID, så kan en konkludere med at det fortsatt vil komme mye ny kunnskap og nye evidensbaserte behandlingsmetoder for barn med ARFID. Interessen for barn, spisevansker, evidensbaserte metoder og et ønske om å kunne hjelpe er fortsatt sterkt!

8 Referanser

- [WHO]. (2018). *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)*.
<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/968461848>
- Arvedson, J., Clark, H., Lazarus, C., Schooling, T. & Frymark, T. (2010). The effects of oral-motor exercises on swallowing in children: an evidence-based systematic review. *Dev Med Child Neurol*, 52(11), 1000-1013.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2010.03707.x>
- Arvedson, J. C. (2006). Swallowing and feeding in infants and young children. *GI Motility online*.
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed. utg.). American Psychiatric Association
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Aveyard, H. (2018). *Doing a literature review in health and social care. A practical guide* (4nd. utg.). Open university press
- Befring, E. (2020). *Sentrale forskningsmetoder: med etikk og statistikk* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Białek-Dratwa, A., Szczepańska, E., Szymańska, D., Grajek, M., Krupa-Kotara, K. & Kowalski, O. (2022). Neophobia-A Natural Developmental Stage or Feeding Difficulties for Children? *Nutrients*, 14(7). <https://doi.org/10.3390/nu14071521>
- Bialek-Dratwa, A., Szymańska, D., Grajek, M., Krupa-Kotara, K., Szczepańska, E. & Kowalski, O. (2022). ARFID-Strategies for Dietary Management in Children. *Nutrients*, 14(9). <https://doi.org/10.3390/nu14091739>
- Billman, M. G., Forrest, L. N., Johnson, M., Quail, M. A., King, S., Mausteller, K., Lane-Loney, S. E. & Essayli, J. H. (2022). Preliminary effectiveness of a cognitive-behavioral, family-centered partial hospitalization program for children and adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord*, 55(11), 1621-1626. <https://doi.org/10.1002/eat.23806>
- Bryant-Waugh, R., Loomes, R., Munuve, A. & Rhind, C. (2021). Towards an evidence-based out-patient care pathway for children and young people with avoidant restrictive food intake disorder. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 31(1), 15-26. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jbct.2020.11.001>
- Brytek-Matera, A., Ziółkowska, B. & Ocalewski, J. (2022). Symptoms of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder among 2-10-Year-Old Children: The Significance of Maternal Feeding Style and Maternal Eating Disorders. *Nutrients*, 14(21). <https://doi.org/10.3390/nu14214527>
- Burton Murray, H., Becker, K. R., Breithaupt, L., Dreier, M. J., Eddy, K. T. & Thomas, J. J. (2022). Food neophobia as a mechanism of change in video-delivered cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder: A case study. *Int J Eat Disord*, 55(8), 1156-1161. <https://doi.org/10.1002/eat.23761>
- Cerniglia, L., Marzilli, E. & Cimino, S. (2020). Emotional-Behavioral Functioning, Maternal Psychopathologic Risk and Quality of Mother-Child Feeding Interactions in Children with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3811.
<https://www.mdpi.com/1660-4601/17/11/3811>
- Cohen, S. C. & Dilfer, K. (2022). Pediatric Feeding Disorder in Early Intervention: Expanding Access, Improving Outcomes, and Prioritizing Responsive Feeding. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 7(3), 829-840.
https://doi.org/doi:10.1044/2022_PERSP-20-00259
- Cunliffe, L., Coulthard, H. & Williamson, I. R. (2022). The lived experience of parenting a child with sensory sensitivity and picky eating. *Matern Child Nutr*, 18(3), e13330.
<https://doi.org/10.1111/mcn.13330>

- Davis, E. (2020). *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), More Than Just Picky Eating: A Case Discussion and Literature Review* [Honors Thesis]. Carolina Digital Repository.
- Delaney, A. L. & Arvedson, J. C. (2008). Development of swallowing and feeding: prenatal through first year of life. *Dev Disabil Res Rev*, 14(2), 105-117. <https://doi.org/10.1002/ddrr.16>
- Desai, H., Lauridson, S., Nguyen, M., Ornelas, E. & Schomberg, J. (2022). Feeding Skill and Behavior Changes in Children With Complex Feeding Disorders Following Therapy in an Intensive Multidisciplinary Feeding Program. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 7(4), 1155-1165. https://doi.org/doi:10.1044/2022_PERSP-21-00331
- Dinkler, L., Wronski, M. L., Lichtenstein, P., Lundström, S., Larsson, H., Micali, N., Taylor, M. J. & Bulik, C. M. (2023). Etiology of the Broad Avoidant Restrictive Food Intake Disorder Phenotype in Swedish Twins Aged 6 to 12 Years. *JAMA Psychiatry*, 80(3), 260-269. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.4612>
- Dumont, E., Jansen, A., Kroes, D., de Haan, E. & Mulken, S. (2019). A new cognitive behavior therapy for adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder in a day treatment setting: A clinical case series. *Int J Eat Disord*, 52(4), 447-458. <https://doi.org/10.1002/eat.23053>
- Dyrnes, T. (2023, 180423). "Kresne" barn kan ha ukjent spisevanske. *Verdens gang*. <https://www.vg.no/i/GMw5mx>
- Dysthe, O., Hertzberg, F. & Hoel, T. L. (2010). *Skrive for å lære - skriving i høyere utdanning* (2. utg.). Abstrakt forlag.
- Feillet, F., Bocquet, A., Briend, A., Chouraqui, J. P., Darmaun, D., Frelut, M. L., Girardet, J. P., Guimber, D., Hankard, R., Lapillonne, A., Peretti, N., Rozé, J. C., Simeoni, U., Turck, D. & Dupont, C. (2019). Nutritional risks of ARFID (avoidant restrictive food intake disorders) and related behavior. *Arch Pediatr*, 26(7), 437-441. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2019.08.005>
- Folkehelseinstituttet. (2022, 22.04.2022). *Slik oppsummerer vi forskning*. <https://www.fhi.no/nettpub/metodeboka/>
- Gosa, M. M., Dodrill, P., Lefton-Greif, M. A. & Silverman, A. (2020). A Multidisciplinary Approach to Pediatric Feeding Disorders: Roles of the Speech-Language Pathologist and Behavioral Psychologist. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(2S), 956-966. https://doi.org/doi:10.1044/2020_AJSLP-19-00069
- Harris, G. & Mason, S. (2017). Are There Sensitive Periods for Food Acceptance in Infancy? *Curr Nutr Rep*, 6(2), 190-196. <https://doi.org/10.1007/s13668-017-0203-0>
- Helsebiblioteket. (2016). *Kritisk vurdering: sjekklister* <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklister>
- Helsebiblioteket. (2016a, 11.12.2018). *Kritisk vurdering: Sjekklister*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritiskevurdering/sjekklister>
- Helsebiblioteket. (2016b, 17.09.2021). *Metaanalyse*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritiskvurdering/metaanalyse>
- Helsebiblioteket. (2018, 11.12.2018). *Kritisk vurdering: Sjekkliste oversiktsartikkel*. https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklister/_/attachment/download/ab486371-00f5-4088-a8b7-4e8021504f5f:35d69cbd07c811a8cb5bedcb6531894acadf22e0/sjekklister-oversikt-2018.docx
- Helsebiblioteket. (2021, juni 2021). *Kritisk vurdering: Sjekkliste innendeltakerdesign*. Helsebiblioteket.no. Hentet 260523 fra https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/_/attachment/download/377dcdc1-bd6d-4421-80f6-

481f491cf300:38c9ac82be77bf40190cde7307aee2182027aaf9/Innendeltakerdesig
n%202021.docx

- Hodges, A., Davis, T. N. & Kirkpatrick, M. (2020). A Review of the Literature on the Functional Analysis of Inappropriate Mealtime Behavior. *Behavior Modification*, 44(1), 137-154. <https://doi.org/10.1177/0145445518794368>
- Haaland-Johansen, L. (2007). Evidensbasert praksis - av interesse for norsk logopedi? *Norsk tidsskrift for logopedi*, 2/07.
- Ibañez, V. F., Peterson, K. M., Crowley, J. G., Haney, S. D., Andersen, A. S. & Piazza, C. C. (2020). Pediatric Prevention: Feeding Disorders. *Pediatr Clin North Am*, 67(3), 451-467. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2020.02.003>
- Jamtvedt, G. & Bjørndal, A. (2016, 17.09.2021). *Kunnskapsbasert praksis*. Helsebiblioteket. Hentet 280523 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Katzman, D. K., Spettigue, W., Agostino, H., Couturier, J., Dominic, A., Findlay, S. M., Lam, P. Y., Lane, M., Maguire, B., Mawjee, K., Parikh, S., Steinegger, C., Vyver, E. & Norris, M. L. (2021). Incidence and Age- and Sex-Specific Differences in the Clinical Presentation of Children and Adolescents With Avoidant Restrictive Food Intake Disorder. *JAMA Pediatr*, 175(12), e213861. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.3861>
- Kim, Y. K., Di Martino, J. M., Nicholas, J., Rivera-Cancel, A., Wildes, J. E., Marcus, M. D., Sapiro, G. & Zucker, N. (2022). Parent strategies for expanding food variety: Reflections of 19,239 adults with symptoms of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Int J Eat Disord*, 55(1), 108-119. <https://doi.org/10.1002/eat.23639>
- Kirkwood, C. A., Bachmeyer-Lee, M. H., Sheehan, C. M., Mauzy, C. R. t. & Gibson, L. A. (2021). Further examination of the treatment of multiply controlled inappropriate mealtime behavior. *J Appl Behav Anal*, 54(1), 429-450. <https://doi.org/10.1002/jaba.738>
- Krom, H., van der Sluijs Veer, L., van Zundert, S., Otten, M. A., Benninga, M., Haverman, L. & Kindermann, A. (2019). Health related quality of life of infants and children with avoidant restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord*, 52(4), 410-418. <https://doi.org/10.1002/eat.23037>
- Lane-Loney, S. E., Zickgaf, H.F., Ornstein, Mahr, F & Essayle, J.H. (2022). A Cognitive-Behavioral Family-Based Protocol for the Primary Presentations of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): Case Examples and Clinical Research Findings. *Cognitive and behavioral practice*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.06.010>
- Logopedförbundet. *Profession*. Logopedförbundet. Hentet 21.03.2023 fra <https://www.srat.se/Logopederna/Logopedyrket/>
- Logopedförbundet, S. (2022, 280422). ARFID konferansen i Sverige. I. Logopedlag, N. *Hva er logopedi*. Norsk Logopedlag. Hentet 21.03.2023 fra <https://www.norsklogopedlag.no/>
- Menzel, J. E., Reilly, E. E., Luo, T. J. & Kaye, W. H. (2019). Conceptualizing the role of disgust in avoidant/restrictive food intake disorder: Implications for the etiology and treatment of selective eating. *Int J Eat Disord*, 52(4), 462-465. <https://doi.org/10.1002/eat.23006>
- Milano, K., Chatoor, I. & Kerzner, B. (2019). A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Curr Gastroenterol Rep*, 21(10), 51. <https://doi.org/10.1007/s11894-019-0719-0>
- Moher, D., Liberati, S., Tetzlaff, J. & Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264-269. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135> %m 19622511
- Monroe, E. (2020). *School-Based Speech-Language Pathologist's Perceptions of Sensory Food Aversions in Children* [East Tennessee State University]. <https://dc.etsu.edu/etd/3735/>

- Muldoon, D. M., Murphy, T. M. & DeBonis, D. A. (2022). Tan and Crunchy Is Where We Live: An Interpretative Phenomenological Analysis of Caregivers' Perspectives of Pediatric Feeding Disorder in Children With Developmental Disability. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 31(6), 2675-2687. https://doi.org/doi:10.1044/2022_AJSLP-22-00068
- NESH. (2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. Den nasjonale forskningsetiske komité. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- NHS. (2023). *For information: Preparations for the implementation of ICD-11*. National health service. Hentet 140523 fra <https://digital.nhs.uk/about-nhs-digital/essential-information-and-alerts-for-stakeholders/essential-information-for-technology-suppliers/preparations-for-the-implementation-of-icd-11>
- OUS. (2017). TVERRFAGLIG ARBEID VED SPISE- OG ERNÆRINGSVANSKER HOS BARN: - en veileder: Etablering og sammensetning av tverrfaglige team. I O. Universitetsykehus (Red.). oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonal-kompetansetjeneste-for-habilitering-av-barn-med-spise-og-erneringsvansker/Documents/Tverrfaglig%20arbeid%20ved%20spise-%20og%20ernæringsvansker%20hos%20barn%20-%20en%20veileder.pdf
- OUS. (2021). Kartlegging av tverrfaglige behandlingstilbud til barn med spise og ernæringsvansker. I R. Oslo Universitetsykehus, Nasjonalt kompetansetjeneste for habilitering av barn med spise- og ernæringsvansker (Red.).
- Popay, J., Roberts, H. M., Sowden, A. J., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M. & Britten, N. (2006). Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic Reviews. A Product from the ESRC Methods Programme. Version 1.
- Reinar, L. M. & Jamtvedt, G. (2010). Hvordan skrive en systematisk oversikt? *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0121>
- Rienecker, L. J., P.S. (2013). *Den gode oppgaven. Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* (2. utg.). Vingmostad & Bjørke AS.
- Rosenfeld-Johnson, S. (2009). *Oral placement therapy for speech clarity and feeding* (4th ed. utg.). Talk Tools Therapy.
- Rubio, E. K., McMahon, M. X. H. & Volkert, V. M. (2021). A systematic review of physical guidance procedures as an open-mouth prompt to increase acceptance for children with pediatric feeding disorders. *J Appl Behav Anal*, 54(1), 144-167. <https://doi.org/10.1002/jaba.782>
- Salatto, A., Riccio, M. P., Garotti, R., Bravaccio, C. & Spagnuolo, M. I. (2023). Pitfalls and Risks of "New Eating Disorders": Let the Expert Speak! *Nutrients*, 15(6), 1307. <https://www.mdpi.com/2072-6643/15/6/1307>
- Sanchez-Cerezo, J., Nagularaj, L., Gledhill, J. & Nicholls, D. (2023). What do we know about the epidemiology of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents? A systematic review of the literature. *Eur Eat Disord Rev*, 31(2), 226-246. <https://doi.org/10.1002/erv.2964>
- Schöffel, H., Hiemisch, A., Kiess, W., Hilbert, A. & Schmidt, R. (2021). Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a general paediatric inpatient sample. *Eur Eat Disord Rev*, 29(1), 60-73. <https://doi.org/10.1002/erv.2799>
- Tereshko, L., Leaf, J. B., Weiss, M. J., Rich, A. & Pistorino, M. (2021). A systematic literature review of antecedent and reinforcement-based behavioral feeding interventions without the implementation of escape extinction. I. John Wiley & Sons Ltd.
- Zickgraf, H. F., Richard, E., Zucker, N. L. & Wallace, G. L. (2022). Rigidity and Sensory Sensitivity: Independent Contributions to Selective Eating in Children, Adolescents, and Young Adults. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 51(5), 675-687. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1738236>

Vedlegg

Vedlegg 1: Oversikt over spiseutvikling

Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte eller ekskluderte studier

Vedlegg 3: Sjekkliste oversiktstudie

Vedlegg 4: Sjekkliste innendeltakerstudie

Vedlegg 5: Sjekkliste medisinsk oversikt

Vedlegg 6: Sjekkliste oversiktstudier

Vedlegg 1. Oversikt over spiseutvikling, spisepreferanser, sensitive og kritiske perioder, samspill og neofobisk atferd og atypisk utvikling.

Alder	Noen milepæler i normal spiseutvikling, teksturprogresjon og spisepreferanser.	Selvmatning og signaliserer sult og metthet.	Sensitive eller kritiske perioder og teorier knyttet til dette	Samspill foreldre og barn	Atypisk utvikling, signalisere motvilje, neofobi
I utero	Smaksløkene er tydelige ved 7 uker. Oral sensomotorisk utvikling skjer fra uke 8/9 til fødsel. Suging og svelging ses uke 14 - 15. Smaks preferanser erverves fra barnets mor via fostervannet som har blitt smaksatt av maten hun har spist.		Maten mor spiser, kan smaksette melken og påvirke spedbarnets smakspreferanser ved introduksjon av komplementær mat.		Fra 34 ukers svangerskap vil et friskt premature spedbarn sannsynligvis die og svelge godt nok til oral mating.
Fra fødsel – 4 mnd.	Oral mating krever koordinerte rytmiske sekvenser å suge, svelge og puste. Mat via bryst eller flaske. De kjenner igjen lukter og smaker fra før fødselen. Smakspreferanser læres gjennom erfaring. Tidlig start av sterk smak, gir sannsynlighet for aksept av maten senere. Flytter mat fra skje til baksiden av munnen. Gag refleks hindrer inntak av biter som er for store å svelge.	Søker etter brystvorten og gråter når det er sultent. Gråter og snur hodet bort fra brystet når de er mette. Suger sakte og kan avvise en type melk.	Født med preferanse for søt smak, gjør at de inntar mat med mye energi. De avviser vann. Bitter smak avvises ved fødselen grunnet den mulige assosiasjonen mellom en bitter smak og toksisitet.	Barnet foretrekker å se på ansikter og imiterer deres ansiktsuttrykk og bevegelser. Interaksjon mellom barn og foreldre.	Spedbarn kan signalisere at de ikke vil ha mat eller melk, ved å slutte å suge, spytter ut brystvorten og snu hodet unna eller suge sakte. Foreldre må gjenkjenne og reagere hensiktsmessig på signaler.
4-6 mnd.	Baby mat og mos, åpen munn for skje, er en milepæl for ferdigheter og ernæringsvelvære. Når munnen blir berørt utløses biterefleks. Har en begynnende opp-ned bevegelse med underkjeven. Begynner å mestre side til side behandling av mat i munnen, som venner de indre sidene av kinnene til tekstur. Må på plass før oppstart av komplementær mat*. Det øker aksept av nye matvarer og nye smaker. Tygge-effektiviteten utvikler seg som svar på at forskjellige teksturerede matvarer tilbys. Laterale tungebevegelser. Det kan oppstå «pushing out food*», det betyr at det trenger mer trening, for å utvikle tungekontroll.	Gir signaler når er sulten, gråter. Fra 4 mnd. kan de ta tak i maten og putte mat fra hånden inn i munnen, starten på selvmatning. Når komplementær mat gis (4-6 mnd.), vil barnet åpne munnen som svar på maten og bevege seg mot skjeen. Effektive barn bruker 30 minutter eller mindre på å spise.	Erfaring med sterke smaker, som frukt og grønt, gir lettere aksept av smaken senere. Sensitive barn som får ny mat i denne perioden, godtar lettere ny mat etter hvert. Aksept avhenger av antall eksponeringer, ikke mengden. Gis komplementær mat sent, sent utviklede orale bevegelser. Over-følsomme barn opplever mat på sidene av munnen som aversive. Generaliseringseffekt: desto flere smaker som introduseres tidlig, jo bedre aksept av en ny matvare.	Barnet følger med og imiterer bevegelser og ansikts-uttrykk. Tilpasser seg til matstilen de opplever. Ernæringsproblemer kan utvikle seg fra et misforhold mellom spedbarns signaler og foreldres tolkninger av signalene. Stressende måltider, kan gi tidlig stressede barn, de kan nekte å spise.	Er ukoordinert, spiser og gråter inkonsekvent. Avviser eller aksepterer mat inkonsekvent. Har inkonsekvente tungestøt og laterale bevegelser. Snur seg bort, viser avsky, holder hånden for munnen og gråter m.m. når de ikke vil ha mer. Noen er følsomme for bitter smak, som mange grønnsaker har. Gag-responsen kan få foreldre til å forsinke starten av mat med fast tekstur. Sensorisk overfølsomhet kan begrense det å ville prøve nye smaker. Pauser i spisingen kan tolkes som at spedbarnet vil rape eller metthet, men barnet gir signal om sosialisering.

6-9 mnd.	<p>Klumpete mat fremmer god munnmotorisk funksjon. Vertikale tungebevegelser for lett oppløselige mat. Skje for tynn, glatt puré. Tygger myke klumper og grov konsistens i små biter og holde mesteparten av maten i munnen. Kan bite hardt i teksturert mat, for eksempel en kjeks. Gag-responsen avtar når munnen blir mer vant til følelsen av mat. Kan flytte mat fra side til side av munnen (fra innføring av klumpete faste stoffer). Kan koordinere alle munnbevegelsene sine. Får sin første tann. Leppene kontrollerer maten.</p>	<p>Bruker begge hender for å holde flasken. De fleste spedbarn kan forsyne seg med mat i hendene. Begynner å prøve å mate fra skje uten å søle.</p>	<p>Bør få komplementær mat, på det tidspunktet de er utviklingsmessig klare, for å akseptere ulik tekstur og lære de passende munnmotoriske ferdighetene. Gjennomsnittlig er det i alderen 6 til 7 mnd. Så snart som mulig etter 6 mnd. og før 12 mnd., er avgjørende.</p>	<p>Spedbarn som får glatt moset mat med skje, bør få 80 % av ernærings - behovet dekket av morsmelk - erstatning eller morsmelk. Spedbarn tolker emosjonelle signaler og foretrekker å se på et smilende enn et rynkende ansikt.</p>	<p>Svært sensitive barn, som opplever berøring i munnen ubehagelig, kan knipe og deretter kaste opp som en aversiv reaksjon på klumpete matvarer. Hvis de ikke får faste stoffer ved 6-7 mnd., er det vanskelig å få de til å ta det senere. Nekter å tygge, nekter de faste stoffene eller kaster opp. Unnløstelse av å gi faste stoffer hos normale barn, kan få senere konsekvenser.</p>
9-12 mnd.	<p>Bruker aktive sidebevegelser med tungen og plassere mat mellom tyggeflatene, selv om maten først kommer inn på tungen. Begynner å tygge og inkluderer roterende kjevehandling. Mestrer alt med grovere konsistens. Biter i mat, som eple (tenner). Tåler mat med hardere klumpete faste stoffer. Ser at lignende mat kan smake det samme. Det er relativt enkelt å gi ny mat til spedbarn før de fyller ett år. Morsmelk anbefales til 12 mnd. alder.</p>	<p>Peker på mat. Klar interesse for å mate seg selv. De vil begynne å prøve å mate seg selv fra en skje uten å søle.</p>		<p>Peker på mat de vet de liker. Kontekst- spesifikk, kan si ord for kjent mat. De fleste spedbarn endrer oppførsel som svar på forskjellige ansiktsuttrykk hos voksne.</p>	<p>Har de fått komplementær mat sent, er det sannsynlig den maten nektes og at barnet får spise problemer det andre året. Det gi dårligere aksept av frukt og grønt senere. Arv viser tendens til å unngå/avvise visse matvarer, som fisk, kjøtt og grønnsaker, grunnet deres tekstur. De er mest sannsynlig sensorisk følsomme.</p>
12 - 24 mnd.	<p>Grupperer visuelt mat i kategorier. Gjenkjenner mat ved syn, lukt og smak og mat de ikke liker. Drikke fra åpen kopp. Går etter hvert fra lokal til global prosessering, som at de forstår at en kjeks er en kjeks uavhengig av utseende. Barnet kan flytte maten fra midten ut til sidene (tyggeflatene). Bruker diagonale/ roterende kjevebevegelser, har presise tungebevegelser opp og ned. Barnet spiser det meste av lett tygd og fordøyelig mat. Driker 4-5 påfølgende svelger. Spiser tidligere nektet mat. Har matvariasjon og spiser de fleste teksturer. Svelger med leppelukking. Umoden tyggingen.</p>	<p>Bruker ord for å si hvilken mat de vil ha. Signaliserer eller sier nei til uønsket/ mislikt mat. Distrahert av leker under måltidene. Griper skjeen med hele hånden. De fleste kan mate seg selv med skje når de er ca. 15 mnd. Bruke verkøy. Selvmating dominerer fra de er 1,5 år.</p>	<p>Sensitiv periode grunnet innføring av komplementær mat første sent i 1 leveår. (påvirker tyggeferdigheter) 1: nekter å prøve ukjent mat på vei inn i neofobistadiet av matvegning i det andre leveåret, 2: manglende evne til å håndtere tekstur grunnet manglende tyggeferdigheter og 3: påvirket spiseevner ved 15 mnd. alder. Er en fordel om barn ser en fortsettelse fra smak til tekstur til utseende, som å gjenkjenne maten i forskjellige presentasjoner. Fra ca. 18 mnd. dukker kresen spising opp, for barn</p>	<p>De sier 'nei', 'mer' eller navngir mat de vil ha. Kommuniserer ved hjelp av ord for å spørre etter eller navngi mat som de vil ha. De imiterer all atferd, som spiseatferd og vil prøve en ny mat hvis en voksen prøver det først. De kan peke på mat de kjenner eller liker. De fleste har sagt sine første ord.</p>	<p>De vil ikke prøve ny mat, nekter å spise det de har spist før, også mat som har blitt berørt av mat de ikke liker. Topper seg ved omtrent 20 mnd. De kan kaste mat for å signalisere 'nei' på uønsket mat. Bevegelsesmønstre, som laterale tungebevegelser, er teksturavhengige og utvikles ikke med mindre barnet får de spesielle teksturene som krever disse ferdighetene. Avsky-responsen starter fra rundt 14 mnd. Neofobi stadiet er sterkere hos noen, de som er sensorisk sensitive nekter sannsynligvis ny mat.</p>

			med typisk og atypisk utvikling.		
24-36 mnd.	Tygger med leppene lukket. Drikker uten søl. Sirkulasjonskjevrotasjon. Spiser et bredt utvalg mat. Kan spise de fleste matvarer som tilbys, som en del av et familiemåltid.	Kan bli begeistret av å se mat og ta fra andre. Total selvmating, ved bruk av gaffel.		Imiterer andre småbarns oppførsel.	Umodent spise-mønster, tungen presse mat mot den harde ganen. Spiser helst smeltbare faste stoffer, (kjeks og chips) og pure (eplemos, mos og yoghurt). Måltid tar mer enn 30 min.
36-48 mnd.	Etter hvert som barnet blir eldre, kan biterefleksjonen kontrolleres og i 3-års alderen er den normalt helt borte. Gode tyggeferdigheter. Måltidets lengde er normalt 20 – 30 minutter.	Småbarn kan prøve å distrahere foreldrene deres, bli distraheret, gå bort fra måltidsbordet.	Viser preferanse for matvarer med begrenset inntak eller ikke interesse for mat. Spiser mindre mat når foreldre presser.	De spiser det andre spiser. Matutvalget i et barns kosthold, sier noe om familiens kosthold.	Barn spiser det som er på tallerkenen og det kan føre til overspising. Mas om å spise, kan gi om redusert inntak og ubehagelige måltider.
Skolealder	Sosial påvirkning av spising. Endringer forstyrrer spising. Svarer på sult.		Barn som mates med hjemmelaget mat, har ofte et bredere spekter av smak og teksturer, spiser mer frukt og grønnsaker. Smaker godtas lettere hvis de gis tidlig og ofte.	Blir ikke påvirket av jevnaldrende.	Vil ikke spise ikke-foretrukket mat. Neofobisk atferd avtar gradvis ved en alder av omtrent åtte år, eller fortsetter der det er andre årsaker
Voksne			Motivasjonen kan hos ungdom/ voksen være den avgjørende egenskapen som avgjør om den smaken eller smaksendringen er akseptert eller ikke.		Gag-responsen forsvinner ikke helt hos alle, noen kan knipe /lukke ved oral medisiner. Neofobiske foreldre har større sannsynlighet for å få neofobiske barn.

*Pushing out food: Tongefremspring betyr at tungen skyver maten delvis ut av munnen. *Komplementær spising: barna får fast føde.

Fritt oversatt og sammenstilt etter Ibanez 2020, Arvedson 2003, Nutricia 2004, Arvedson 2006, Delaney 2008, Harris 2017 og Infantandtoddlerforum.org, 2014.

Vedlegg 2. Oversikt over inkluderte- og ekskluderte artikler

Forfattere og årstall for publisering	Tittelen på artikkelen	Siste databasesøk 28.04.2023				Utvalgelse			Årsak ekskludering (se oversikt nederst)
		Cinahl	Cochrane	Medline	PubMed	Duplikasjoner	Inkludert	Ekskludert	
Accurso et al. (2021)	A brief session-by-session measure of eating disorder psychopathology for children and adolescents: Development and psychometric properties of the eating disorder-15 for Youth (ED-15-Y).	1						1	2
Becker et al. (2020)	Co-occurrence of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder and Traditional Eating Psychopathology.	1						1	2
Bhattacharya et al. (2020)	Feeding and eating disorders			1	1	1		1	2
Białek-Dratwa et al. (2022)	ARFID—Strategies for Dietary Management in Children.	1		1	1	2	1		
Billman et al. (2022)	Preliminary effectiveness of a cognitive-behavioral, family-centered partial hospitalization program for children and adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder.	1						1	3
Boerner et al. (2022)	Pediatric Avoidant-Restrictive Food Intake Disorder and gastrointestinal-related Somatic Symptom Disorders: Overlap in clinical presentation.	1						1	3
Bourne et al. (2022)	Avoidant/restrictive food intake disorder and severe food selectivity in children and young people with autism: A scoping review			1	1	1		1	3
Breiner et al. (2021)	ARFID Parent Training Protocol: a randomized pilot trial evaluating a brief, parent-training program for avoidant/restrictive food intake disorder.		1					1	2
Bryant-Waugh et al. (2019)	Development of the Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview, a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10–22.	1						1	2
Bryant-Waugh (2019)	Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder.			1	1	1		1	2
Bryant-Waugh (2019)	Feeding and Eating Disorders in Children.			1	1	1		1	2
Bryson et al. (2018)	Outcomes of low-weight patients with avoidant/restrictive food intake disorder and anorexia nervosa at long-term follow-up after treatment in a partial hospitalization program for eating disorders.	1						1	3

Burton Murray et al. (2022)	Development of a brief cognitive-behavioral treatment for avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: rationale and evidence		1						2
Burton Murray et al. (2022)	Food neophobia as a mechanism of change in video-delivered cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder: a case study	1						1	2
Chatoor (2019)	60.1 Diagnosis and treatment of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) in toddlers.		1					1	2
Couturier et al. (2019)	Psychotropic Medication for Children and Adolescents with Eating Disorders.				1			1	3
Davis et al. (2020)	Avoidant restrictive food intake disorder- more than just picky eating: a case discussion and literature review	1						1	3
Datta et al. (2023)	Evidence Based Update on Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents.				1			1	2
Datta et al. (2019) (Zucker)	Feeling and body investigators (FBI): ARFID division—An acceptance-based interoceptive exposure treatment for children with ARFID.	1						1	3
Duke University (2021)	Champions! A Treatment Study for Childhood Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID).		1					1	2
Eddy et al. (2019)	Introduction to a special issue on child and adolescent feeding and eating disorders and avoidant/restrictive food intake disorder.	1						1	3
Emory University (2021)	Evaluating Hunger Manipulation During Feeding Intervention.		1					1	2
Estrem et al. (2022)	Mapping the gaps: A scoping review of research on pediatric feeding disorder.			1	1	1		1	2
Feillet et al. (2019)	Nutritional risks of ARFID (avoidant restrictive food intake disorders) and related behavior.			1	1	1		1	2
Gray et al. (2018)	Mirtazapine and Weight Gain in Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder.	1						1	3
Hadwiger et al. (2019)	Case series: gaming vs. eating-comorbidity of ARFID and IGD	1						1	2
Herpertz-Dahlmann et al. (2019)	Children in need—diagnostics, epidemiology, treatment and outcome of early onset anorexia nervosa	1		1	1	2		1	3
Ibañez et al. (2020)	Pediatric Prevention: Feeding Disorders.				1			1	2
Jansen et al. (2019)	A new cognitive behavior therapy for adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder in a day treatment setting: A clinical case series.	1						1	3
Kambanis et al. (2023)	Assessment and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder			1	1	1	1		
Kambanis et al. (2022)	Differential comorbidity profiles in avoidant/restrictive food intake disorder and anorexia nervosa: Does age play a role?	1						1	2
Kambanis et al. (2020)	Prevalence and correlates of psychiatric comorbidities in children and adolescents with full and subthreshold avoidant/restrictive food intake disorder.	1						1	3
Katzman et al. (2019)	Avoidant restrictive food intake disorder: First do no harm.	1						1	2

Katzman et al. (2021)	Incidence and Age- and Sex-Specific Differences in the Clinical Presentation of Children and Adolescents With Avoidant Restrictive Food Intake Disorder.	1						1	2
King et al. (2022)	Using a Teleconsultation-Enhanced Treatment for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in an Adolescent Male.	1						1	3
Kings college London (2020)	Comparing the clinical effectiveness, acceptability and cost-effectiveness of a "stepping into day treatment" approach versus inpatient treatment as usual for anorexia nervosa		1					1	3
Kirkwood et al. (2021)	Further examination of the treatment of multiply controlled inappropriate mealtime behavior	1						1	3
Lane-Loney et al. (2022)	A Cognitive-Behavioral Family-Based Protocol for the Primary Presentations of Avoidant /Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): case Examples and Clinical Research Findings.		1					1	3
Lantzouni et al. (2021)	Eating Disorders in Children and Adolescents: A Practical Review and Update for Pediatric Gynecologists.				1			1	3
Lock et al. (2019)	Applying family-based treatment (FBT) to three clinical presentations of avoidant /restrictive food intake disorder: Similarities and differences from FBT for anorexia nervosa.	1						1	2
Lock et al. (2019)	Feasibility of conducting a randomized clinical trial using family-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder.	1	1			1		1	2
Mahr et al. (2021)	Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Hydroxyzine in the Treatment of Avoidant /Restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents: rationale and Evidence.	1	1			1		1	3
Massachusetts general hospital (2022)	Exposure-based CBT for avoidant/restrictive food intake in functional dyspepsia		1					1	3
Menzel et al. (2019)	Conceptualizing the role of disgust in avoidant/restrictive food intake disorder: Implications for the etiology and treatment of selective eating.	1						1	3
Milano et al. (2019)	A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children.				1			1	2
Miller et al. (2018)	Mental Disorders and Learning Disabilities in Children and Adolescents: Eating Disorders.				1			1	2
Molina-Infante (2022)	Nutritional and Psychological Considerations for Dietary Therapy in Eosinophilic Esophagitis.				1			1	3
Naviaux et al. (2019)	Management of ARFID (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder) in a 12-year-old on a Paediatric Ward in a General Hospital: Use of Mirtazapine, Partial Hospitalization Model and Family Based Therapy.			1	1	1		1	3
Norris et al. (2018)	Building evidence for the use of descriptive subtypes in youth with avoidant restrictive food intake disorder.	1						1	2
Ohene et al. 2022	Assessing the impact of weighted blankets on anxiety among patients with anorexia nervosa and avoidant-restrictive food intake disorder: a randomized controlled trial	1	1			1		1	2
O'Neill et al. (2023)	Electrophysiological assessment of nutritional optic neuropathy: a case report			1	1	1		1	3
Peterson et al. (2021)	Using telehealth to provide outpatient follow-up to children with avoidant/restrictive food intake disorder	1						1	2

Pitt et al. (2018)	A focus behavior management of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): A case study	1						1	2
Rienecke et al. (2020)	Adapting treatment in an eating disorder program to meet the needs of patients with ARFID: Three case reports.	1					1		
Rubio et al. (2021)	A systematic review of physical guidance procedures as an open-mouth prompt to increase acceptance for children with pediatric feeding disorders.			1	1	1	1		
Sacco et al. (2018)	Diagnosis and Evaluation of Eating Disorders in the Pediatric Patient.				1			1	2
Salatto et al. (2023)	Pitfalls and risks of "New eating disorders" Let the expert speak!			1	1	1		1	2
Sarcia (2020)	The Impact of Applied Behavior Analysis to Address Mealtime Behaviors of Concern Among Individuals with Autism Spectrum Disorder.				1			1	3
Schmidt et al. (2022)	Validation study on the child, adult, and parent version of the ARFID module 2.0 for the Eating Disorder Examination.	1						1	2
Schöffel et al. (2021)	Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a general paediatric inpatient sample.	1						1	2
Serban et al. (2020)	An economic analysis of intensive multidisciplinary interventions of treating Medicaid-insured children with pediatric feeding disorders	1						1	3
Sharp et al. (2020)	Scurvy as a Sequela of Avoidant-Restrictive Food Intake Disorder in Autism: A Systematic Review.				1			1	3
Sharp (2023)	Intensive multidisciplinary feeding interventions for high-risk infants				1			1	3
Shimshoni et al. (2020)	Childhood Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: Review of Treatments and a Novel Parent-Based Approach.	1	1	1	1	3		1	3
Shimshoni et al. (2020)	SPACE-ARFID: A pilot trial of a novel parent-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder.	1						1	3
Society for adolescent health and medicine (2022)	Medical management for restrictive eating disorders in adolescents and young adults	1						1	3
Stanford university (2020)	Confirming the Efficacy/Mechanism of Family Therapy for Children With Low Weight ARFID.		1					1	2
Stanford University (2019)	Treating Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) Using Family-Based Treatment.		1					1	2
Taylor et al. (2022)	Brief report: packing treatment comparison and use of a chaser to increase swallowing for a clinical case	1						1	3
Taylor et al. (2022)	Social validity of pediatric feeding treatment components across time	1						1	2
Taylor et al. (2021)	Use of an Exit Criterion for a Clinical Paediatric Feeding Case in-Home.	1						1	3
Tel hai college (2020)	Eating disorders. Self-regulation and mentalization		1					1	2

Thomas et al. (2020)	Cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder: feasibility, acceptability, and proof-of-concept for children and adolescents.	1	1			1		1	3
Thomas et al. (2018)	Cognitive-behavioral treatment of avoidant/ restrictive food intake disorder	1		1	1	2		1	2
Treasure et al. (2020)	Eating disorders				1			1	3
University of Albany. (2021)	A two-session exposure treatment and parent training for ARFID		1						2
Van Wye et al. (2022)	Protocol for a randomized clinical trial for Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in low-weight youth.		1					1	3
Volkert et al. (2021)	Intensive multidisciplinary feeding intervention for patients with avoidant/restrictive food intake disorder associated with severe food selectivity: An electronic health record review.	1					1		
Waddle et al. (2023)	Examination of pediatric tube feeding schedules and oral intake: a retrospective cross-sectional study	1						1	3
Wagner et al. (2020)	Caregiver accommodation in adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder and anorexia nervosa: relationships with distress, eating disorder psychopathology, and symptoms change	1						1	3
WHO (2022)	Educational nutrition package based on group play therapy for preschool children.		1					1	2
Zickgraf et al. (2019)	Characteristics of outpatients diagnosed with the selective/neophobic presentation of avoidant/restrictive food intake disorder.	1						1	2
Zickgraf et al. (2019)	Further support for diagnostically meaningful ARFID symptom presentations in an adolescent medicine partial hospitalization program.	1						1	3
		46	19	15	21	24	5	78	

Manuelt søkte:

Tereshko et al. 2021	A systematic literature review of antecedent and reinforcement-based behavioral feeding interventions without the implementation of escape extinction.
----------------------	--

Totalt antall artikler i søket	107
Totalt antall duplikater	24
Totalt antall ekskluderte artikler	78
Manuelt søkt artikkel	1
Totalt antall inkluderte artikler	6

Eksklusjonskriterier:

1. populasjon: Artikkelen omhandler ikke barn og ungdom 0-18 år med diagnosen ARFID.
2. Artikkeltype: Artikkelen er ikke en intervensjonsstudie.
3. Diagnose: Artikkelen omhandler barn og ungdommer med annen spiseproblematikk enn ARFID (som AN, PFD), differensialdiagnoser, diagnoser som ASD, funksjonshemninger, sondeemat, forskning på ARFID med mer.
4. Språk: Artikkelen er skrevet på et annet språk enn engelsk,

Vedlegg 3. Sjekkliste for systematiske oversikter

Sjekkliste for systematiske oversikter		Ja	Uklart	Nei
1	Beskriver forfatterne klart hvilke metoder de brukte for å finne primærstudiene?			
Kommentar				
2	Ble det utført et tilfredsstillende litteratursøk? (bruk hjelpespørsmål på neste side for å besvare dette spørsmålet)			
Kommentar				
3	Beskriver forfatterne hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes (studiedesign, deltakere, tiltak, ev. endepunkter)?			
Kommentar				
4	Ble det sikret mot systematiske skjevheter (bias) ved seleksjon av studier (eksplisitte seleksjonskriterier brukt, vurdering gjort av flere personer uavhengig av hverandre)?			
Kommentar				
5	Er det klart beskrevet et sett av kriterier for å vurdere intern validitet?			
Kommentar				
6	Er validiteten til studiene vurdert (enten ved inklusjon av primærstudier eller i analysen av primærstudier) ved bruk av relevante kriterier?			
Kommentar				
7	Er metodene som ble brukt da resultatene ble sammenfattet, klart beskrevet?			
Kommentar				
8	Ble resultatene fra studiene sammenfattet på forsvarlig måte?			
Kommentar				
9	Er forfatternes konklusjoner støttet av data og/eller analysen som er rapportert i oversikten?			
Kommentar				
10	Hvordan vil du rangere den vitenskapelige kvaliteten i denne oversikten?			
Kommentar				

Basert på EPOC Checklist for Refereeing Protocols for Reviews. EPOC, Effective Practice and Organisation of Care group, Guide for review authors. www.epoc.cochrane.org

Vedlegg 4. Sjekkliste for innendeltakerdesign

Sjekkliste for innendeltakerdesign		Ja	Uklart	Nei
Del A	Kan studiedesignet svare på problemstillingen?			
1	Er formålet med studien klart formulert?			
Kommentar				
Del B	Kan du stole på resultatene?			
2	Ble deltager(e) eller enhet(er) rekruttert og valgt ut på en tilfredsstillende måte? Hvis deltagere ble fordelt i grupper, ble dette gjort en tilfredsstillende måte?			
Kommentar				
3	Ble deltager(e) eller enhet(er), personell og utfallsmål tilfredsstillende maskert (blindet)?			
Kommentar				
4	Er karakteristika ved deltagerne tilstrekkelig beskrevet?			
Kommentar				
5	Er gjennomføringen av tiltaket tilstrekkelig beskrevet?			
Kommentar				
6	Hvilke utfall ble målt og hvordan ble de målt?			
Kommentar	Ble resultatene fra studiene sammenfattet på forsvarlig måte?			
7	Er analyser gjort rede for?			
Kommentar	Er forfatterens konklusjoner støttet av data og/eller analysen som er rapportert i oversikten?			
8	Er etiske vurdering gjort rede for?			
Kommentar	Hvordan vil du rangere den vitenskapelige kvaliteten i denne oversikten?			
Del C	Hva forteller resultatene?			
9	Hva er resultatet for de ulike utfallsmålene?			
Kommentar				
10	Er effektene av tiltakene tilstrekkelig rapportert?			
Kommentar				
11	Er presisjon på effektestimaterne oppgitt og hvor presise er de?			
Kommentar				
12	Veier fordeler ved tiltaket opp for ulemper og kostnader?			
Del D	Kan resultatene være til hjelp i praksis?			
13	Kan resultatene overføres til praksis?			
Kommentar				
14	Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?			
Kommentar				

Utformingen av sjekklisten er inspirert av Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2020; lest 29.10.2020].

Vedlegg 5. Sjekkliste for medisinsk oversiktstudie

Sjekkliste for medisinsk oversiktstudie		Ja	Uklart	Nei
1	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?			
Kommentar				
2	Er designet velegnet for å svare på problemstillingen?			
Kommentar				
3	Beskriver forfatterne hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes (studiedesign, deltakere, tiltak, ev. endepunkter)?			
Kommentar				
4	Er deltakernes tilstand tilstrekkelig beskrevet og en ev. diagnose validert?			
Kommentar				
5	Er datainnsamlingen klart beskrevet og systematisk utført?			
Kommentar				
6	Er dataanalysen klart beskrevet og systematisk utført?			
Kommentar				
7	Har studien kontrollgrupper?			
Kommentar				
8	Ble resultatene fra studiene sammenfattet på forsvarlig måte?			
Kommentar				
9	Er det samsvar mellom konklusjoner og resultater?			
Kommentar				
10	Ble alle inkluderte deltakere gjort rede for ved slutten av studien?			
Kommentar				
11	Kan resultatene overføres til din praksis?			
Kommentar				
Oppsummering av vurderingen				

Sjekklisten er utformet på bakgrunn av ulike sjekklister fra Folkehelseinstituttets håndbok «Slik oppsummerer vi forskning» (Folkehelseinstituttet, 2022).

Vedlegg 6. Samlet kvalitetsvurdering av studien

Høy kvalitet	Brukes hvis alle eller de fleste kriteriene fra sjekklisten er oppfylt. Dersom noen av kriteriene ikke er oppfylt, må det være veldig lite sannsynlig at studiens konklusjon blir påvirket.
Middels/moderat kvalitet	Brukes hvis noen av kriteriene fra sjekklisten ikke er oppfylt og/eller der kriteriene ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er lite sannsynlig at studiens konklusjon påvirkes.
Lav/mangelfull kvalitet	Brukes hvis få eller ingen kriterier i sjekklisten er oppfylt og/eller ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er sannsynlig at studiens konklusjon kan forandres.

Vurderingskriteriene er hentet fra Folkehelseinstituttets håndbok «Slik oppsummerer vi forskning» (Folkehelseinstituttet, 2011)

