



PATIENTPERSPEKTIVET AV FAKTORER SOM PÅVERKAR ÅTERHÄMTNING FRÅN ANOREXIA NERVOSA

EN SYSTEMATISK LITTERATURSTUDIE

CAROLINA HANSSON
MATTIAS PETERSSON

Examensarbete i psykiatrisk omvårdnad
15hp
Specialistssjuksköterskeprogrammet
Juni 2019

Malmö Universitet
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

PATIENTPERSPEKTIVET AV FAKTORER SOM PÅVERKAR ÅTERHÄMTNING FRÅN ANOREXIA NERVOSA

EN SYSTEMATISK LITTERATURSTUDIE

CAROLINA HANSSON
MATTIAS PETERSSON

Hansson, C & Petersson, M. Patientperspektivet av faktorer som påverkar återhämtning från Anorexia Nervosa. En systematisk litteraturstudie. *Examensarbete i psykiatrisk omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö universitet: Fakulteten för Hälsa och samhälle, institutionen för vårdvetenskap, 2019.

Bakgrund: Anorexi betyder aptitlöshet och är ett missvisande namn på en sjukdom som handlar om avsiktlig självsvält. Sjukdomen är dödlig, personer med AN löper sexfaldigt ökad risk att dö jämfört med den allmänna befolkningen. Svår och långvarig AN är ett av psykiatris mest utmanande tillstånd att behandla. Det saknas fortfarande studier på vuxna med AN, då det övervägande finns forskning rörande tonåringar med AN. **Syfte:** Syftet med denna studie var att belysa vilka faktorer personer med egen erfarenhet av Anorexia Nervosa ansåg vara främjande och/eller försvårande i återhämtningen från sjukdomen. **Metod:** Litteraturstudien baserades på systematiska databassökningar i databaserna Pubmed, Cinahl och PsycINFO. Resultatet baserades på 13 artiklar med kvalitativ metodesign med utgångspunkt i patienters upplevelser. Resultatet presenterades utefter identifierade andra- och tredje nivåns teman. **Resultat:** Litteraturstudien resulterade i negativa och positiva faktorer till återhämtning uppdelat i ett tredje nivåns tema om faktorer relaterade till individen, och ett tredje nivåns tema om faktorer relaterade till omgivningen- och omvårdnad. Litteraturstudien mynnade ut i ett konstaterande om att AN handlade om så mycket mer än mat och vikt, och visade på viktiga steg för individen och omvårdnaden som tillsammans ledde till återhämtning från AN. **Diskussion:** Gemensamt för resultatets båda tredje nivåns teman var individens önskan om att vårdarna skulle se bakom sjukdomen och arbeta tillsammans med patienten. Personcentrerad omvårdnad som kärnkompetens och salutogenes som teori var därför viktiga och användbara utgångspunkter i vården för återhämtning. **Konklusion:** Fokus i behandling borde vara på individ istället för på sjukdom för att uppnå återhämtning.

Nyckelord: Anorexia Nervosa, Erfarenheter, Återhämtning, Systematisk Litteraturstudie, Kvalitativa studier

PATIENT PERSPECTIVES OF FACTORS INFLUENCING RECOVERY FROM ANOREXIA NERVOSA

A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

CAROLINA HANSSON
MATTIAS PETERSSON

Hansson, C & Petersson, M. Patient perspective of factors impacting Anorexia Nervosa recovery. A systematic literature review. *Degree project in psychiatric care, 15 credits*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Care Science, 2019.

Background: Anorexia means loss of appetite and is misleading for a disease that is about self-starvation. The disease is deadly, people with AN have a sixth increased risk of dying compared to the general population. Severe AN is one of psychiatry's most challenging conditions to treat. There is still a lack of studies on adults with AN, most research is on teenagers with AN. **Aim:** The aim with this study was to highlight which factors people with a personal history of Anorexia Nervosa considered to be positive and/or negative for their recovery. **Method:** Literature review based on systematic database searches in the databases Pubmed, Cinahl and PsycINFO. The result was based on 13 articles with qualitative method design based on patients' experiences. The result was presented according to identified third-level themes and second-level themes. **Results:** The study resulted in negative and positive factors regarding recovery divided into one third-level theme of factors related to the individual, and one third-level theme of factors related to the environment and nursing care. The literature study culminated in a finding that AN is about so much more than food and weight and shows important steps for the individual and the administered care, which together lead to recovery from AN. **Discussion:** Common to the two third-level themes of the result was the individual's desire for the caregivers to look behind the disease and work with the patient. Person-centered nursing such as core competence and salutogenic theory where therefore important and useful starting points in the care for recovery. **Conclusion:** The focus of treatment should be on the individual instead of the disease in order to attain sustainable recovery.

Keywords: Anorexia Nervosa, Experiences, Recovery, Systematic Literature review, Qualitative studies

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Symptom på och definition av sjukdomen Anorexia Nervosa.....	1
Prognos och mortalitet	2
Behandling av Anorexia Nervosa	2
Omgivningens attityder	3
Personcentrerad omvårdnad och sjuksköterskans del i vården	3
Återhämtning.....	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE.....	5
METOD	5
Frågeformulering.....	5
Inklusions- och exklusionskriterier	6
Granskning av studier.....	8
Evidensgradering och slutsatser	8
ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN.....	9
RESULTAT	9
Individrelaterade faktorer till återhämtning från Anorexia Nervosa.....	10
Hantering av ambivalens och att komma till insikt.....	11
Ny identitet och tilltro till den egna förmågan	12
Omgivnings- och omvårdnadsrelaterade faktorer till återhämtning från Anorexia Nervosa.....	12
DISKUSSION	14
Metoddiskussion.....	14
Val av litteraturstudie som metod	14
Processen med litteratursökning.....	15
Urval och kvalitetsgranskning av artiklar	15
Förförståelse	16
Avseende tillförlitlighet.....	17
Överförbarhet	17
Resultatdiskussion	17
KONKLUSION.....	20
FÖRSLAG TILL FÖRBÄTTRINGSARBETE OCH KVALITETSUTVECKLING.....	21
Arbetsfördelning.....	21
BILAGA 1. SÖKNING I PSYCINFO	27
BILAGA 2. SÖKNING I PUBMED	29

BILAGA 3. SÖKNING I CINAHL	31
BILAGA 4. KVALITETSGRANSKNINGSMALL.....	33
BILAGA 6. ARTIKELMATRISER	35

INLEDNING

Självsvält är ett fenomen som funnits med människan sedan urminnes tider, beskrivet som eftersträvansvärd kontroll, beundran över karaktär att stå emot frestelser och som en övernaturlig superkraft (Wallin m.fl., 2015). Diagnosen Anorexia Nervosa (i arbetet förkortat AN) myntades av William Gull år 1873. Han hade redan 1868 beskrivit sjukdomen men kallade den då "apepsia hysterica" (a.a.). Inom sjukvården var kunskapen kring sjukdomen AN begränsad fram till 1980-talet, då specialiserade verksamheter med fokus på behandling av sjukdomen började etableras i Sverige. En utbyggnad av ätstörningsenheter tog fart 1993 och idag finns det specialiserade ätstörningsenheter i landets alla län (a.a.) I en studie av Lindblad m.fl. (2006) redovisas att dödligheten i AN minskat med 3,2 procent mellan åren 1977 - 1991, detta kan bero på förbättrad kunskap och vård av AN (a.a.). En systematisk litteraturstudie utförd av Arcelus m.fl. (2011), som innefattade studier mellan åren 1966 till 2010, fann att AN är en svårt invalidiserande sjukdom och att AN uppmärksammades vara en viktig orsak till sjukdom och dödlighet hos unga individer.

BAKGRUND

Nedan följer litteraturstudiens bakgrund uppdelad efter rubrikerna *Symtom och definition av sjukdomen AN, Könsperspektiv, Prognos och mortalitet, Behandling av AN, Omgivningens attityder, Personcentrerad omvårdnad och sjuksköterskans del i vården samt Återhämtning.*

Symptom på och definition av sjukdomen Anorexia Nervosa

Anorexi betyder aptitlöshet och är ett missvisande namn på en sjukdom som inte handlar om avsaknad av aptit, utan istället om avsiktlig självsvält (Ottosson, 2009). AN definieras enligt ICD-10 som en avsiktlig viktnedgång, framkallad och vidmakthållen av patienten själv (Socialstyrelsen, 2018). För att erhålla diagnosen AN skall kroppsvikten vara minst 15 procent under förväntad vikt, alternativt att viktuppgång av samma storlek ska ha uteblivit under tillväxtperioden. Gränsen för lågt BMI ligger på under 17,5 hos vuxna. Störningen är kopplad till en specifik psykopatologi där förändrad och förvrängd kroppsuppfattning dominerar självbilden. Rädsla för fetma och övervikt blir en överväldigande idé och patienten strävar efter en lägre och lägre kroppsvikt. Undernäring av varierande svårighetsgrad förekommer ofta, med sekundära endokrina och metaboliska rubbningar samt störda kroppsfunktioner. Symtomen innefattar inskränkt diet, överdriven fysisk aktivitet, självframkallade kräkningar och användning av avmagringsmedel, laxermedel och diuretika (Socialstyrelsen, 2018). Definitionen av AN är liknande i DSM- (American Psychiatric Association, 2013) som den i ICD-10. DSM-5 beskriver att AN kan leda till följsjukdomar och hälsoproblem som till exempelvis osteoporos, utebliven menstruation, anemi, låg puls, lågt blodtryck, apati, depression, sköra naglar och tunt hår samt håravfall på huvudet i kombination med ökad behåring på kroppen (a.a.).

Könsperspektiv

Inom europeiska unionen (EU) beskrivs ätstörningar vara ett stort folkhälsoproblem för unga kvinnor och deras anhöriga (WHO, 2017). Kask m.fl. (2017), som genomfört en retrospektiv registerstudie mellan åren 1973 och 2010, fann att AN är en övervägande kvinnlig sjukdom. AN har en prevalens på omkring 0,3 procent bland kvinnor (Kask m.fl., 2017).

Generellt räknas förhållandet i prevalens vara tio drabbade kvinnor på en drabbad man (Jagielska & Kacperska, 2017; Wallin m.fl., 2015). Uppkomsten av AN sker vanligen i ungdomsåren, där personer som är mellan 15 och 19 år står för 40 procent av de nydiagnostiserade fallen (Jagielska & Kacperska, 2017). Ungefär 85 procent av fallen sker innan de har fyllt 20 år och nästan alla sker innan 25 års ålder. Dock är mörkertalet stort och endast 50 procent av de som har AN erhåller en diagnos, och endast en av tre med diagnosen AN erhåller specialistvård (a.a.).

Prognos och mortalitet

Mortalitet och AN undersöktes både i en studie av Jagielska & Kacperska (2017) och i en studie av Signorini m.fl. (2007), där de fann att AN är förknippat med hög prematur mortalitet inklusive en ökad risk för självmord hos unga kvinnor i länder med västerländsk kultur. En retrospektiv registerstudie av Papadopolus m.fl. (2009) som innefattade 6009 slutenvårdsbehandlade kvinnor i Sverige, visade att personer med AN har en sexfaldig ökad dödlighet jämfört med den allmänna befolkningen. Vidare visade studien att det fortsatt 20 år efter sjukhusvård fanns en högre risk för naturliga såväl som för onaturliga dödsorsaker i jämförelse med övriga befolkningen (a.a.). Patienter med AN med en psykiatrisk komorbiditet hade högre dödlighet än de som saknade samsjuklighet (a.a.). Svår och långvarig AN har mer än någon annan psykisk sjukdom en markant minskning av den förväntade livslängden (Wallin m.fl., 2015; Kask m.fl., 2017). Samtidigt visar en finsk studie av Mustelin m.fl. (2015), som syftade till att undersöka långtidseffekter av AN jämfört med normalpopulationen, att det finns hopp om överlevnad. Studien baserades på 55 kvinnor med tidigare diagnos av AN, som de följt upp efter 10 år och där ingen hade avlidit (a.a.).

Behandling av Anorexia Nervosa

I kliniska riktlinjer för utredning och behandling av ätstörningar (Wallin m.fl., 2015), uttrycks att svår och långvarig AN är ett av psykiatrins mest utmanande tillstånd att behandla. Patienterna är ofta undersysselsatta, arbetslösa, sjukskrivna eller förtidspensionerade och lider av flera medicinska komplikationer. De har ofta ett begränsat socialt liv och är till stor del beroende av sina närstående och sina familjer (a.a.). Riksät (2018), som är ett nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling, förtydligar att behandling av AN omfattar både somatiska och psykiatriska insatser. Antidepressiva och annan psykofarmaka har effekt på samsjuklighet, men ingen medicinering har visat sig vara effektiv vid behandling av sjukdomen i sig själv (a.a.). En studie av Herpertz-Dahlmann m.fl. (2014) som syftade till att undersöka dagvårdsbehandling som ett alternativ till slutenvårdsbehandling, fann att förutom att vara billigare än slutenvårdsbehandling har dagvårdsbehandling ett antal ytterligare fördelar. Till exempel upplever patienterna att de genom öppenvårdsbehandling lättare kan behålla sina sociala kontakter och öppenvårdsbehandling gjorde att patienterna hade lättare för att träna och praktisera färdigheterna de lär sig i behandlingen i sitt vardagliga liv, utanför avdelningen (a.a.).

Strand m.fl., (2017) undersökte i en studie patienters erfarenheter av brukarstyrd inläggning på Stockholms Center för Ätstörningar, som sedan år 2014 har brukarstyrd inläggning. Vårdformen innebär att patienter har möjlighet att själv besluta om att vara inlagd i upp till sju dagar för stabilisering (a.a.). Patienterna beskrev att brukarstyrd inläggning gav dem ett positivt egenansvar för sin återhämtning och att vården fick en förebyggande funktion snarare än att den utgick ifrån ett kris-perspektiv (a.a.).

Omgivningens attityder

En studie av Ebneter & Latner, (2013) som undersökte omgivningens syn på personer med olika typer av psykiska sjukdomar, visade på att i jämförelse med stigma kring annan psykisk sjukdom var omgivningens uppfattning om personer med AN generellt mindre förlåtande. Omgivningen hade förutfattade meningar om personer med AN såsom att ”de fick skylla sig själva” och att konsekvenserna av sjukdomen kom av självvalt beteende (a.a.). Dimitropoulos m.fl. (2016) skriver i en studie om hur patienter med AN upplever fördomar från människor i sin omgivning, att majoriteten av deltagarna upplevde det som att andra människor trodde att AN var en sjukdom styrd av egen fri vilja. I en studie av Sheens m.fl. (2016), som syftade till att undersöka psykologstudenters bild av människor med psykisk ohälsa, framkom det att patienter med AN upplevdes vara provocerande och som att de själva ville vara sjuka. En del svarande ansåg att personerna med AN gjorde detta i syfte att få uppmärksamhet och menade att patientgruppen var självisk (a.a.). Psykologstudenterna beskrev att de hade svårt att förstå varför den sjuke inte bara kunde äta (Sheens m.fl, 2016). Patienter med AN upplevde att omgivningen hade svårt att förstå att AN var en svår psykisk sjukdom att vara drabbad av (Dimitropoulos m.fl., 2016). Patienterna upplevde själva att det fanns en myt kring AN, en myt om att den som drabbades av sjukdomen egentligen strävade efter uppmärksamhet och var tvångsmässigt upptagen av sitt utseende (a.a.).

Personcentrerad omvårdnad och sjuksköterskans del i vården

Sjuksköterskans profession vilar på sex kärnkompetenser, varav *Personcentrerad vård* är en av dessa och som bygger på att ha individens unika behov i fokus (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Mötet i vården skall utgå från patientens berättelser och ska karaktäriseras av en ömsesidig öppenhet inför den inneboende gemensamma kunskapen (a.a.). I boken av Edberg m.fl. (2017) beskrivs personcentrerad vård som en tillämpning av realistisk personalism med betoning på respekt för individen och vikten av relationer i individens liv. Personalism innebär att varande och aktivitet inte går att separera utan att den fundamentala grunden för varandet är att handla och att vara medveten om sina egna och andras handlingar. Utgångspunkten för personcentrerad vård är att lyssna på patientens berättelse och försöka förstå hur patientens ohälsa påverkar vardagen samt försöka förstå patientens upplevelse av sitt mående och dess konsekvenser. Personcentrerad omvårdnad innebär att det professionella vårdteamet och patienten är partners som planerar vården tillsammans. Ofta är även patientens närstående med i planeringen (Edberg m.fl.,2017).

I en studie av Bakker m.fl. (2011), som undersökte sjuksköterskors syn på sin funktion i behandling av AN, betonar de att sjuksköterskan har en viktig funktion i arbetet med återhämtning. Detta eftersom sjuksköterskans arbetsuppgifter ligger i att följa upp både den fysiska och psykiska återhämtningen (a.a.). För att möjliggöra att patienten medverkar till att sjuksköterskan tillåts bli delaktig i patientens återhämtning, beskriver sjuksköterskor i en studie av Lucie Ramjan (2004), att det är viktigt att arbeta för en terapeutisk allians med patienten.

I arbetet med återhämtning, kan salutogenes vara en modell att utgå ifrån. Den salutogena modellen utvecklades av Aron Antonovsky, som var professor i medicinsk sociologi och levde mellan åren 1923 - 1994 (Antonovsky, 1987). Hans modell om salutogenes, bygger på att flytta fokus från patogenes (vad som gör oss sjuka) till salutogenes (vad som gör oss friska).

Modellen bygger på idén om att faktorer som skapar ohälsa aldrig helt kan raderas eller förutses, men genom att arbeta med hanteringen av dessa faktorer kan hälsa ändå etableras (Antonovsky, 1987). Den salutogena metoden bygger på de tre centrala komponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet handlar om att acceptera situationen och att finna en logisk förklaring. Hanterbarhet bygger på individens resurser att hantera faktorer som kan skapa ohälsa. Meningsfullhet handlar om viljan att investera energi för att hantera dessa utmanande faktorer. Antonovsky (1987) myntade ur sin salutogena modell begreppet känsla av sammanhang, förkortat KASAM. Känsla av sammanhang mäts i hur välutvecklade de tre komponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet är. Att ha högt KASAM, innebär bättre förmåga att hantera kriser, konflikter och problem som naturligt kommer dyka upp i en människas liv (a.a.). För att uppnå högt KASAM, skall individen och behandlaren fokusera på att arbeta med problemlösningsförmåga och så kallade generella motståndsresurser. Generella motståndsresurser är biologiska, materiella och psykosociala faktorer som påverkar individens förmåga att hantera negativa livshändelser. Generella motståndsresurser kan byggas upp, genom att individen arbetar med sig själv, skapar sig en kontext, söker kunskap och stöd i omgivningen (a.a.).

I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistexamen inom psykiatrisk vård (2014), beskrivs ytterligare att den psykiatriska omvårdnaden som disciplin har utgångspunkt i att alla människor har möjligheter att växa och utvecklas. För att uppnå detta, är det av vikt att sjuksköterskan aktivt arbetar för att söka uppdaterad kunskap i linje med en annan av sjuksköterskans kärnkompetenser, *Evidensbaserad vård* (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Återhämtning

Det förekommer olika syn på begreppet återhämtning, begreppet kan delas upp i klinisk och personlig återhämtning (Schön, 2017). Klinisk återhämtning handlar om att mätbart återfå hälsa och funktion, genom till exempel fullständig symtomlindring och återgång i arbete. Personlig återhämtning beskrivs handla om att se återhämtning som en subjektiv upplevelse, en individuell process där återhämtning inte behöver betyda att vara fri från symtom, utan att personen upplever sig kunna hantera sin situation, sina symtom och att ha förmågan att leva ett tillfredsställande liv (Schön, 2017).

I en studie av Errichiello m.fl. (2015), som handlar om prognosfaktorer för återhämtning från AN, fann de att det inte finns något samband mellan ålder vid första insjuknande och klinisk återhämtning. De fann inte heller något samband mellan lågt BMI vid första insjuknande och återhämtning (Errichiello m.fl., 2015). Det går inte att statistiskt förutse vem som kommer att återhämta sig ifrån AN och vem som inte kommer att återhämta sig (a.a.). Däremot identifierar Papadopolus m.fl. (2009) att ett lågt BMI, en större svårighetsgrad av sociala och psykiska problem, självinducerade kräkningar och missbruk är negativa faktorer associerade med återhämtning från AN. Det finns dock hopp för patientgruppen, i en studie av Mustelin m.fl. (2015) framkom det att kvinnor med historik av AN i ett långtidsperspektiv hade samma prevalens av universitetsstudier, arbete och giftermål jämfört med kontrollgruppen (a.a.). Studien kom fram till att långtidsaspekten i livskvalitet av AN jämfört med kontrollgruppen inte skiljer sig nämnvärt (Mustelin m.fl., 2015).

PROBLEMFÖRMULERING

I kliniska riktlinjer för utredning och behandling av ätstörningar (Wallin m fl., 2015), uttrycks att svår och långvarig AN är ett av psykiatriens mest utmanande tillstånd att behandla.

Wright & Hacking (2012) som genomförde en studie som ämnade beskriva alliansen mellan sjuksköterska och patient, belyser att det finns lite forskning på den vuxna individen med AN. Forskning på AN fokuserar vanligtvis på tonåringar (a.a.).

Fokus på att belysa patienter med erfarenheter av AN:s återhämtning är av intresse för att utveckla vården och är i enlighet med sjuksköterskans kärnkompetens om evidensbaserad, förbättringsriktad vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2017; Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014). Genom att undersöka studier som belyser positiva såväl som negativa erfarenheter av återhämtning hos vuxna individer och vad som påverkar dessa erfarenheter, ämnar aktuell litteraturstudie belysa viktiga faktorer kopplat till återhämtning från AN.

SYFTE

Syftet är att belysa vilka faktorer personer med egen erfarenhet av Anorexia Nervosa anser vara främjande och/eller försvårande i återhämtningen från sjukdomen.

METOD

För att svara på syftet valdes en systematisk litteraturstudie som metod. En systematisk litteraturstudie innebär att sammanställa aktuell forskning för att få en helhetsbild om var forskningen befinner sig inom ett bestämt vetenskapligt ämne (SBU, 2017).

Aktuell studie har utgått ifrån SBU:s (2017) metod för systematisk litteraturstudie, och denna metod delar upp litteraturstudieprocessen i fyra steg:

- *Frågeformulering* (Strukturerad frågeformulering, inklusions- och exklusionskriterier fastställdes).
- *Val av litteratur* (Litteratursökning, genomläsning av abstrakt för att komma fram till vilka artiklar som skulle läsas i fulltext och därefter bedömdes om de uppfyllde inklusions- och exklusionskriterierna).
- *Granskning av studier* (Gjordes utifrån kvalitetsgranskningsmallar för att bedöma studiernas relevans och kvalitet. Därefter extraherades relevant data).
- *Evidensgradering och slutsatser* (Styrkan i det vetenskapliga underlaget bedömdes och resultatet syntetiserades).

Nedan presenteras tillvägagångssättet efter vald metod, steg för steg.

Frågeformulering

Framtagning av studiens syfte strukturerades och formulerades enligt POR- modellen, som är en förkortning av Population, Område och Resultat (Willman m.fl., 2016). POR-modellen kan användas som en strukturerad metod för att fastställa bärande begrepp som därefter kan användas i sökningar i databaser (Willman m.fl., 2016).

Tabell 1. Frågeformulering enligt POR-modellen

Population	Område	Resultat
Patienter med erfarenhet av Anorexia Nervosa	Återhämtning vid Anorexia Nervosa	Upplevelser: Beskrivningar av erfarenheter som påverkat återhämtningen vid Anorexia Nervosa

Utifrån syftet och inför sökningarna inleddes arbetet med att definiera inklusions- och exklusionskriterier, artikelsökning och urval (SBU, 2017).

Inklusions- och exklusionskriterier

Litteraturstudien ämnade undersöka vuxna individer, således exkluderades forskning rörande personer under 18 år. Då studiens syfte var att undersöka AN specifikt, har artiklar som behandlar ätstörningar generellt exkluderats. Inga avgränsningar gjordes rörande geografisk plats. Ingen avgränsning gjordes rörande om studierna utförts inom heldygnsvård, öppenvård eller annan plats. Detta då litteraturstudien ämnade innefatta personer med erfarenhet av AN och återhämtning, förutsättningslöst var i vårdkedjan de befann sig. Litteraturstudien ämnade baseras på så färsk forskning som möjligt och ett inklusionskriterie var publikation de senaste tio åren (2009 - 2019). Endast artiklar med kvalitativ studiedesign som genomgått vetenskaplig granskning, peer-review, inkluderades. Slutligen exkluderades artiklar skrivna på annat språk än svenska och engelska.

Val av litteratur

Artikelsökningar utfördes i de tre databaserna PubMed, CINAHL och PsycINFO. Databasen PubMed innehåller tidskrifter främst inom medicin, men även inom omvårdnad (Willman m.fl., 2016). CINAHL är en databas som innehåller vetenskapliga artiklar relaterade till omvårdnad och PsycINFO är en databas som är inriktad på psykologi och psykologiska aspekter inom bland annat omvårdnad, medicin och farmakologi (a.a.).

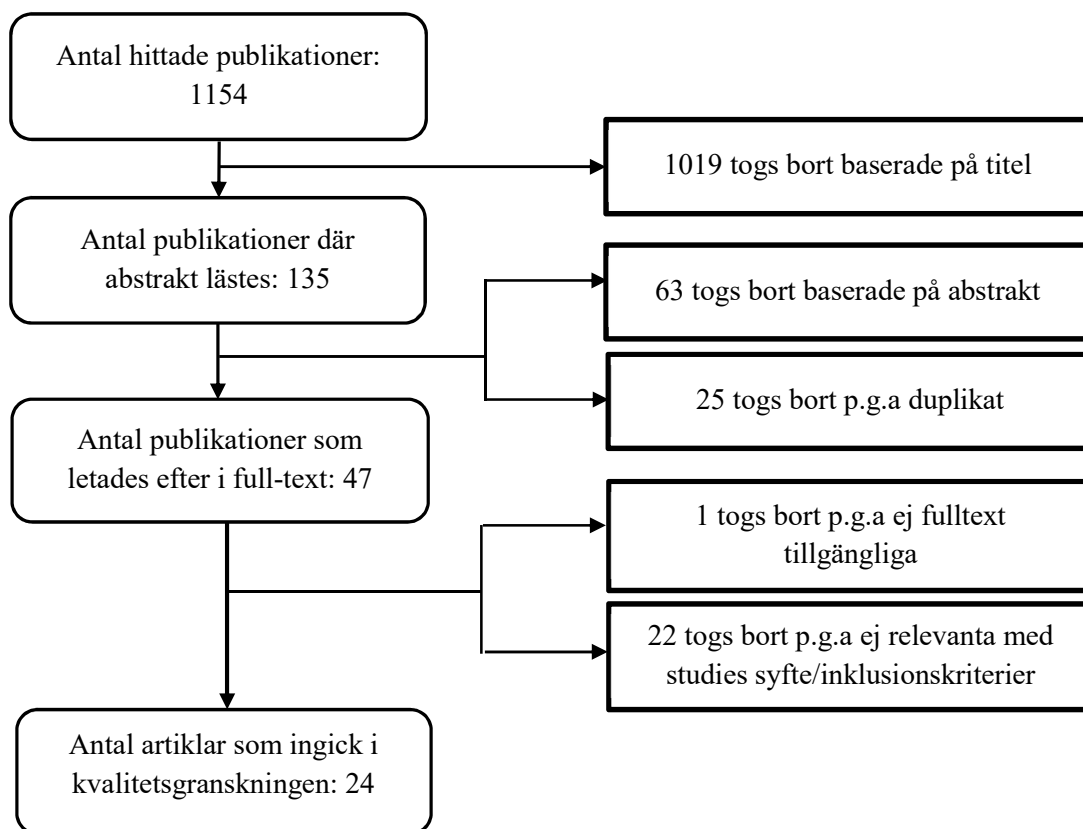
Utefter POR- modellen applicerad på studiens syfte framkom tre sökblock att bygga sökord kring (v.g. se tabell 1). Sökorden i varje sökblock valdes för att garantera att all relevant forskning inkluderades. Tabell nedan presenterar varje sökblock och dess sökord.

Tabell 2. Sökord efter sökblock.

Block 1= Population: Patienter med erfarenhet av Anorexia Nervosa	Block 2= Återhämtning	Block 3= Upplevelser och erfarenheter
“anorexia nervosa” anorex* anorect* “anorexic patient” “anorectic patients” “patient with anorexia” “patients with anorexia”	recover* experience* recoup rebound self- esteem self- image “sense of self”	qualitativ* ethnograph* phenomeno*interview* hermeneutic* perception* narrative* “qualitative research design” “qualitative research study” “qualitative interview” “GroundedTheory” descriptive interpretive “contentanalysis” “life experience” “life experiences” “lived experience”

I varje sökblock gjordes sökningar först med fritextsökningar av olika synonymer till sökorden och trunkering "*" användes. Trunkering "*" garanterar att alla typer av böjning eller ändelse av ett sökord inkluderas (Willman m.fl.,2016). Artiklar söktes också efter databasernas specifika ämnesord, där Thesaurus-termer användes i PsycINFO, MeSH-termer i PubMed och Heading- termer i CINAHL. Fritext- och ämnesordssökningarna kombinerades inom respektive sökblock med hjälp av den booleska sökoperatör "OR". Sökoperatör "OR" ger ett omfattande sökresultat och därmed ökad sensitivitet (a a). Filter "English" och Peer review" lades till i varje sökning i databaser PsycINFO och CINAHL samt filter "English" lagt i varje sökning i databasen PubMed. Då de enskilda sökblocken utförts, kombinerades sökblocken med den booleska sökoperatör "AND". Sökoperatör "AND" kopplar samman samtliga sökord för ett riktat resultat och hög specificitet (a a). Efter att alla tre sökblock hade kombinerats begränsades sökningen med "2009 - 2019" samt ">18". Detaljerad sökning i varje databas presenteras i bilaga 1, bilaga 2 och bilaga 3.

Samtliga titlar på sökträffarna lästes, totalt 1154 stycken. Abstrakt med titlar som var relevanta för litteraturstudiens syfte valdes därefter ut för läsning. Av de genomlästa abstrakten valdes 47 artiklar ut att läsas i fulltext. Enligt SBU (2017) räckte det att en i författarparet ansåg att en artikel skulle läsas i helhet för att den skulle inkluderas. En av de 47 utvalda artiklarna fanns inte att tillgå, således lästes 46 artiklar i fulltext. Efter att ha läst 46 artiklar i sin helhet, bedömdes 24 artiklar vara av intresse att genomgå kvalitetsgranskning. Urvalsprocessen är sammanfattad i figur 1.



Figur 1. Urvalsprocess

Detaljerade resultat av sökningarna och begräsningar i tre databaser presenteras i urvalsförfarande i Tabell 3.

Tabell 3. Urvalsförfarandet

Databas Datum	Antal träffar/Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar i fulltext	Antal utvalda artiklar
PsycINFO 20190405	545	68	30	5
CINAHL 20190405	240	40	16	7
Pubmed 20190405	369	27	5	1
Totalt				24

Granskning av studier

De 24 artiklarnas kvalitet bedömdes utifrån en modifierad version av SBU:s mall "Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet" (2017), se bilaga 4. Befintlig mall modifierades genom att punkter för datamättnad och analysmättnad exkluderades då de frågorna utifrån tillgängligt material var svåra att besvara. Istället lades det i mallen vikt vid att studierna tagit förförståelsen i beaktande och även haft ett tydligt beskrivet etiskt resonemang. Förförståelse kan ha stor påverkan på studiens trovärdighet (Willman m.fl.,2016; Polit & Beck, 2014). Utifrån denna mall utformades vidare en graderingsmall för låg, medelhög och hög kvalitet, modifierad efter SBU (2017). I den modifierade graderingsmallen lades vikt vid ett väl beskrivet etiskt resonemang samt ett tydligt reflekterande över förförståelse och dess påverkan på datainsamling och analys. För hög kvalitet krävdes det att samtliga kriterier för hög kvalitet enligt graderingsmallen var uppfyllda, likaså krävdes det att samtliga kriterier under medelhög kvalitet var uppfyllda för att en artikel skulle graderas som av medelhög kvalitet. För detaljer kring vilka kriterier som genererade låg, medelhög respektive hög kvalitet, var god se bilaga 5.

Kvalitetsgranskning av artiklar skedde först enskilt för att sedan jämföras, i enlighet med riktlinjer från SBU (2017) för att garantera att kvalitetsgranskarna inte påverkades av varandras bedömningar. Av de 24 kvalitetsgranskade artiklarna inkluderades 13 artiklar i litteraturstudiens resultat. Dessa 13 studier höll samtliga medelhög kvalitet och svarade på litteraturstudiens syfte. Var god se bilaga 6 för matris och detaljer kring resultatartiklarna.

Relevant data urskildes genom att de inkluderade studiernas resultat lästes igenom flera gånger, för att urskilja data som svarade på litteraturstudiens syfte (Willman m.fl.,2016; Polit & Beck, 2014).

Evidensgradering och slutsatser

Utvald data från resultatartiklarna bearbetades genom syntetisering. SBU (2017) beskriver att syntetisering innebär att resultaten från studier kombineras för att skapa ett nytt perspektiv eller ett nytt synsätt. I enlighet med SBU (2017) utfördes syntesen först individuellt och sedan i par, för att uppnå konsensus.

Syntesprocessen för studier med kvalitativ analys utfördes i fyra steg enligt SBU (2017):

Steg 1-Den extraherade datan från artiklarna som svarade på litteraturstudiens syfte gick igenom för att identifiera teman. Därefter undersöktes om något tema framkom i flera studier. Dessa teman kondenserades sedan till utvecklandet av första nivåns teman.

Steg 2-Besläktade förstanivåns teman reducerades till andra nivåns tema.

Steg 3-Besläktade andra nivåns teman syntetiserades till ett övergripande tredjenivåns tema. Viktiga mönster och samband kring andra nivåns teman tolkades och problematiserades kring, för att slutligen fastställa tredje nivåns teman. Se tabell 4 för första-, andra-, och tredjenivåns tema.

Steg 4-En samlad bedömning av det vetenskapliga underlaget gjordes vartefter evidensgraderade resultat och slutsatser formulerades. Dessa samlade bedömningar redovisas i litteraturstudiens diskussionsdel.

ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN

Litteraturstudien presenteras utifrån befintlig forskning och ingen egen datainsamling har utförts. Av denna anledning har etikprövning inte varit ett krav för genomförandet av studien. Dock har etiska överväganden skett av varje inkluderad studies tillvägagångssätt och etikprövning och inga studier som inte är etikprövade har inkluderats i detta arbete.

RESULTAT

Litteraturstudiens resultat baseras på 13 forskningsstudier utförda i Norge, Storbritannien, Australien och USA. Sammanlagt berör resultatet 354 personer, där endast tre personer är av manligt kön. Samtliga individer var över 18 år och hade haft sjukdomen AN under flera år. Resultatet baserades på individer som ansåg sig fullt återhämtade eller befann sig i olika fas av återhämtning. Fyra av studierna har använt fenomenologisk ansats, fyra har använt sig av kvalitativ innehållsanalys, tre har använt sig av Grounded Theory, två har använt tematisk analys och en studie har använt sig av narrativ analys. För detaljer kring varje artikel, var god se bilaga 6 för artikelmatriser.

Tabell 4. Syntetisering

Första nivåns tema	Andra nivåns tema	Tredje nivåns tema
interpersonella relationer, stöd, anorexia som vän- skydd, kontroll, coping, flykt från känslor, anorexia som fiende, ambivalens, fylla tomrum, vändpunkt, ny identitet, kontroll av röst, skilja jaget/sjukdomen, vårdpersonals attityder	Kontroll över den anorektiska rösten, Förståelse för bakomliggande orsaker till sjukdomsutvecklingen, Hantering av ambivalens och att komma till insikt, Ny identitet och tilltro till den egna förmågan	Individrelaterade faktorer till återhämtning från AN
terapeutisk allians, kunskap, psykoedukation, vårdarens attityder, relationer med vårdpersonal, motivation, hopp, mod, flexibilitet, lyhörd, personcentrerad och individanpassad vård, delaktighet, holistisk vård, vårdfokus, multidisciplinär vård, stegvis återhämtning	Stödjande omgivning och motiverande vårdpersonal, Holistisk vård och mindre fokus på vikt och mat	Omgivnings- och omvårdnadsrelaterade faktorer till återhämtning från AN

Litteraturstudiens resultat presenteras nedan genom uppdelning efter de två tredje nivåns tema “Individrelaterade faktorer till återhämtning från AN” och “Omgivnings- och omvårdnadsrelaterade faktorer till återhämtning från AN”.

Individrelaterade faktorer till återhämtning från Anorexia Nervosa

Nedan presenteras aktuellt tredjenivåns tema efter identifierade andra nivåns teman: *Kontroll över den anorektiska rösten, Förståelse för bakomliggande orsaker till sjukdomsutvecklingen, Hantering av ambivalens och att komma till insikt samt Ny identitet och tilltro till den egna förmågan.*

Kontroll över den anorektiska rösten

I ett flertal av studierna har det beskrivits av deltagarna att sjukdomen AN hade en egen röst (Williams & Reid, 2012). I studien beskrevs denna röst av samtliga patienter vara en stor motståndare till återhämtning och den sågs som en fiende som de måste besegra. Den anorektiska rösten upplevdes inte komma från patienterna själva utan upplevdes som något externt (a.a.). Sjukdomen beskrevs av flera deltagare upplevas som ett separat väsen, som tog över och konsumerade personens liv och identitet samt var svår att fly ifrån (Williams & Reid, 2012; Dawson m.fl.2014). Återhämtade personer såg tillbaka på sin sjukdomsperiod som att de hade en splittrad personlighet (Jenkins & Ogden, 2012). Den splittrade personligheten beskrevs av flera individer som ett “jag” och ett “sjukt jag” (Jenkins & Ogden, 2012; Dawson m.fl., 2014). Deltagarna beskrev den anorektiska rösten och det sjuka jaget som en hotfull och konstant tjatande, krävande, kontrollerande och aggressiv röst inuti dem (Williams & Reid, 2012). Denna röst kritiserade allting som de gjorde och påminde dem dagligen om att de var oförtjänta, oälskade, värdelösa och patetiska (a.a.). Rösten blev allt mer dominant och framträdde i ökad kraft då patienten började arbeta för att bli frisk (Williams & Reid, 2012). I arbetet med att bli frisk uppstod en splittring mellan deras jag och deras sjukdom och denna period upplevdes som en kamp mellan två olika röster, eller som en kamp mellan två olika personer (Williams & Reid, 2012; Jenkins & Ogden, 2012).

Deltagare från olika studier beskrev att det hjälpte dem i deras återhämtning att på ett tydligt sätt separera AN:s röst från det egna jaget (Fox & Diab, 2015; Dawson m.fl., 2014). På så sätt kunde individen lättare se objektivt på den anorektiska röstens destruktivitet och på sättet som rösten skadade dem på (a.a.). Deltagarna beskrev att återhämtning från AN till stor del handlade om att kunna hantera och kontrollera den anorektiska rösten (Jenkins & Ogden, 2012).

Förståelse för bakomliggande orsaker till sjukdomsutvecklingen

Många återhämtade deltagare beskrev i efterhand att AN utvecklades hos dem som ett sätt att försöka kontrollera ett okontrollerbart liv (Williams & Reid, 2012; Jenkins & Ogden, 2012; Fox & Diab, 2015). De beskrev det som att kroppskontrollen utvecklades som ett resultat av att kroppen upplevdes vara den enda aspekt av deras liv som de kunde ha kontroll över (a.a.).

Skälen till bristen på kontroll vara olika från individ till individ, men viljan att förändra sin identitet via sin kropp var gemensam för samtliga deltagare i studien (Williams & Reid, 2012). AN beskrevs av flera deltagare i olika studier som ett fysiskt uttryck av psykisk ohälsa (Dawson m.fl., 2014; Jenkins & Ogden, 2012). Dålig självkänsla var en annan utlösande faktor till sjukdomen, där AN beskrevs av en del som att det gav dem en bekräftande känsla av att de kunde uppnå något, som att de var bra på något (Fox & Diab, 2015). Flera återhämtade individer som blickade tillbaka på sig själva såg att den stora skillnaden mot deras nuvarande jag var att de som sjuka var olyckliga och hade lågt självförtroende (Jenkins & Ogden, 2012; Fox & Diab, 2015). Återhämtade kvinnor beskrev vidare att deras AN utvecklades som ett sätt att hantera tidigare trauma och aktuella stressorer i livet (Jenkins & Ogden, 2012; Fox & Diab, 2015; Williams m.fl., 2016). AN fungerade som ett skydd och en flykt på så sätt att genom att fokusera alla tankar på mat och ätande, fanns inte utrymme för att känna några negativa känslor (Williams & Reid, 2012). Genom att vara så hungrig att mat blev det enda de kunde tänka på, gav hungern dem en känslomässigt avdomnad och avflackad effekt som upplevdes som en befrielse (Williams & Reid, 2012). Denna flyktnfunktion bekräftades i fler studier, där sjukdomen i sitt tidiga skede framförallt gav individen en positiv känsla av hanterbarhet och trygghet (Williams & Reid, 2012; Jenkins & Ogden, 2012; Fox & Diab, 2015). AN beskrevs metaforiskt av en deltagare som att vara "en vän" (Williams & Reid, 2012). Deltagarna beskrev att för att kunna börja bearbeta sin sjukdom och för att kunna återhämta sig från AN, måste de själva förstå anledningarna och orsakerna till varför AN utvecklades hos dem (Fox & Diab, 2015).

Hantering av ambivalens och att komma till insikt

Med förståelse för sjukdomens ovan nämnda funktion av kontroll, skydd och flykt kan den tydliga ambivalensen till återhämtning som ofta upplevdes bland patienter med AN lättare förstås. Deltagarna i studien av Williams & Reid (2012) beskrev att även om de kunde se de negativa effekterna av sjukdomen, kände de ambivalens inför att släppa sjukdomen. Behandling av sjukdomen upplevdes som ett hot då det innebar att släppa kontrollen och lämna över den till någon annan (Smith m.fl., 2016). Deltagare i studien av Nordbø m.fl. (2012) beskrev att ambivalensen även låg i att återhämtning betydde att de behövde ta ansvar för sitt liv och sina problem. Relationen till sjukdomen beskrevs som en "hat-kärleksrelation" (a.a.). Över tid blev AN dock något annat, något deltagarna tvingades hantera för att överleva (Williams & Reid, 2012). Återhämtade individer beskrev ett skifte i sin syn på sjukdomen över tid, där den initialt upplevdes som en räddning men där den med tiden blir något som de förstår kommer att döda dem (Williams & Reid, 2012).

Likaså fanns det en ambivalens till återhämtning på grund av en rädsla att misslyckas och att göra omgivningen besviken (Nordbø, 2012). Deltagare upplevde ofta att omgivningen pressade dem att de snabbt skulle komma tillbaka, återhämta sig och leva ett "normalt liv"(a.a.).

“Jag är trött på att höra att jag måste tillfriskna snabbt för jag har så mycket potential, tänk allt du kan göra och bli! Och det får mig att känna mig som skit, som att jag inte är bra på något. Förutom att svälta mig själv. Alla förhoppningar från omgivningen ger mig press och jag tänker att om jag blir frisk, då måste jag bli något och det känns läskigt. Det känns som: Vågar jag bli frisk? (Nordbø m.fl., 2012, s 63).

Deltagarna beskrev att en viktig förutsättning för återhämtning var att inse att de faktiskt var sjuka (Jenkins & Ogden, 2012). Även om de inför omgivningen var tydligt sjuka, uttryckte flera deltagare att de drevs av förnekelse kring AN (a.a). I en studie av Dawson m.fl. (2014) beskrev deltagarna att den egna uppfattningen av AN måste förändras för att återhämtning skulle kunna ske, och att individen måste få insikt och gå från att se sjukdomen som något av värde till något som var skadligt och icke produktivt. Deltagarna beskrev det som att processen med att komma till insikt var väldigt individuell och att denna process tog olika lång tid för olika personer (a.a.). För att kunna förändra, måste personen först och främst sluta att förneka AN och komma till insikt om att de lider av en sjukdom (Espíndola & Blay, 2013; Nordbø, 2012).

Ny identitet och tilltro till den egna förmågan

Återhämtning beskrevs av flera deltagare som att våga utmana rädslan och att skapa en identitet utan AN (Williams m.fl., 2016; Nordbø m.fl., 2012; Smith m.fl., 2016). AN ger individen en identitet, och deltagarna beskrev det som en svår process att skapa en ny identitet utan AN (Jenkins & Ogden, 2012). Deltagarna i studien av Williams m.fl. (2016) uppgav att de upplevde en känsla av att vara förvirrade och att känna sig som ingen utan AN. Deltagarna beskrev att det uppstår en tomhet där sjukdomen en gång fanns och att det är viktigt att förstå denna tomhet för att kunna fylla den med något annat (a.a.). Återhämtning är en krävande process och beskrevs av många i efterhand som ha varit tuffare att hantera än att vara sjuk, därför beskrevs tilltro till sin egen förmåga att vara en förutsättning för att orka ta sig igenom denna process (Dawson m.fl., 2014; Darcy m.fl., 2010; Espíndola & Blay, 2013).

Omgivnings- och omvårdnadsrelaterade faktorer till återhämtning från Anorexia Nervosa

Nedan presenteras aktuellt tredje nivåns tema efter identifierade andra nivåns teman:

Stödjande omgivning och motiverande vårdpersonal och Holistisk vård och mindre fokus på vikt och mat.

Stödjande omgivning och motiverande vårdpersonal

Deltagarna beskrev att deras tillit till sig själva att tillfriskna ofta var låg på grund av tidigare misslyckade behandlingar (Dawson m.fl., 2014). Tron på att de kunde tillfriskna sänktes med åren som gick och de önskade mer stöd från vårdpersonalen i att känna hopp om förbättring (Nordbø m.fl., 2012; Williams m.fl., 2016). Sjukdomen i sig tar mycket energi från individen och känslan av hopplöshet urholkade viljan till att bli frisk (a.a.). Majoriteten av patienterna berättade att de upplevde sig vara ensamma och isolerade tiden innan de sökte vård (Smith m.fl., 2016).

Pessimistisk vårdpersonal beskrevs som förödande för både patientens compliance och återhämtningsprocess (Fox & Diab, 2015; Rance m.fl., 2017; Nordbø m.fl. 2012). Deltagare beskrev det som att de kände att vårdpersonalen hade gett upp hoppet om att de skulle förbättras, och som en konsekvens av detta gjorde patienten det samma (Fox & Diab, 2015; Rance m.fl., 2017; Nordbø m.fl. 2012). Somliga deltagare uttryckte erfarenhet av vårdpersonal som hotade med konsekvenser och använde sig av skrämselfaktik och detta upplevdes vara starkt negativt för återhämtningen (Darcy m.fl., 2010; Dawson m.fl., 2014). Tvång och hot ledde till en negativ känsla av "vi" mot "dom" (Dawson m.fl., 2014).

Tillit till vårdaren och tilltro till vårdgivarens kunskap identifierades i ett flertal studier att vara viktiga faktorer i individens återhämtningsprocess (Fox & Diab, 2015; Rance m.fl., 2017; Ramjan & Fogarty, 2019; Gulliksen m.fl, 2015). I behandlingsprocessen var kvaliteten på vårdpersonalens support avgörande för resultatet av vården och deltagarna beskrev hur viktigt det var att bygga upp en förtroendefull relation till vårdpersonalen (Smith m.fl.,2016). Deltagarna uttryckte att de kunde ha svårt att känna tillit om det ofta var olika personal som de träffade (Dawson m.fl., 2014; Ramjan & Fogarty, 2019). Det var även viktigt att vårdpersonalen upplevdes lyhörd och flexibel (Darcy m.fl., 2010; Sly m.fl., 2014). Utvecklingen av en positiv, fungerande relation med den patientansvariga sjuksköterskan identifierades av deltagarna som en faktor som gjorde att de orkade kämpa för återhämtning (Sly m.fl., 2014). Deltagarna uppmärksammade också att det var viktigt att sjuksköterskan hade mod att prata om svåra ämnen, vilket skapade trygghet hos patienterna och motverkade att de levde ut destruktiva beteenden i hemlighet (Sly m.fl., 2014).

I återhämtningen från AN beskrev flera av deltagarna att stöd från familj, vänner och övrig omgivning var en av de viktigaste komponenterna (Dawson m.fl., 2014; Jenkins & Ogden, 2012; Espíndola & Blay 2013). Som tidigare nämnts, ansågs återhämtning bland annat vara kontroll av den anorektiska rösten. I flertalet av studierna poängterade deltagarna att goda relationer stärkte deras självkänsla och självförtroende och var en av de viktigaste faktorerna till att individen fann styrka att tysta ner den anorektiska rösten (Jenkins & Ogden, 2012; Darcy m.fl., 2010; Fox & Diab, 2015; Dawson m.fl., 2014).

Holistisk vård och mindre fokus på vikt och mat

Deltagarna beskrev att behandlingarna överlag fokuserade för mycket på en stereotyp bild av anorektiskt beteende, och att de blev dömda utefter om de stämde in på stereotypen eller inte (Rance m.fl., 2017, Sly m.fl., 2014; Smith m.fl., 2016). Vården ansågs fokusera för mycket på BMI, vikt och mat (Ramjan & Fogarty, 2019; Jenkins & Ogden, 2012; Rance m.fl., 2017). En deltagare uttryckte sig kort men mycket talande genom att säga att "ätstörningar inte handlar om mat, det handlar om livet" (Rance m.fl.,2017). Deltagare uttryckte vidare att de var extra kritiska till behandlingens fokus på vikt och BMI, då de menade att detta var kontraproduktivt - för att kunna få hjälp "behövde" de vara underviktiga och om de gick upp "för mycket" i vikt skulle de uteslutas från behandlingen (Rance m fl., 2017; Nordbø m. fl. 2012). De beskrev att denna fokus på vikt av vårdgivarna tvingade dem till att vara manipulativa för att få hjälp, och att det fanns en rädsla för att uppnå en normal BMI eftersom de då skulle riskera att skrivas ut ifrån sjukhuset (Rance m.fl., 2017; Nordbø, 2012).

Deltagare uttryckte en önskan om att bli sedda och behandlade som en hel människa med en individuell historia, istället för som en diagnos (Sly m.fl., 2014; Espíndola & Blay, 2013; Rance m.fl.,2017; Ramjan & Fogarty, 2019; Fox & Diab, 2015; Rance m.fl., 2017). Deltagare beskrev att det viktiga var att relationen till mat var förbättrad snarare än att vikten hade ökat

samt att uppnådd målvikt endast borde ses som startpunkt för återhämtning (Jenkins & Ogden, 2012).

Deltagarna ansåg det vara positivt om de fick vara aktivt involverade i behandlingen, snarare än att vara passiva mottagare till behandling då delaktighet gjorde att de upplevde att deras självförtroende och identitet stärktes (Espíndola & Blay, 2013; Ramjan & Fogarty, 2019; Darcy m.fl., 2010; Sly m.fl., 2014). Deltagarna beskrev att de ofta upplevt att vården skyndat på tillfrisknandet för snabbt, vilket lett till återfall och de betonade även vikten av att ges tid för återhämtning (Jenkins & Ogden, 2012; Rance m.fl., 2017; Darcy m.fl., 2010). Vidare beskrev de att behandling skulle få pågå tills dess att individen själv upplevde sig vara adekvat återhämtad eller frisk (a.a). Återhämtning beskrevs av samtliga deltagare som en lång och multidimensionell process som gick stegvis och vissa deltagare ansåg att återhämtningsprocessen från AN aldrig tog slut utan att återhämtning från AN var något som pågick hela livet (Jenkins & Ogden, 2012; Darcy m.fl., 2010; Dawson m.fl., 2014).

DISKUSSION

Studiens diskussion är uppdelad i en diskussion av metoden och en diskussion kring resultatet.

Metoddiskussion

Nedan följer diskussion av metoden utifrån rubrikerna *Val av litteraturstudie som metod, Processen med litteratursökning, Urval och kvalitetsgranskning av artiklar, Artiklar inkluderade i resultatet, Syntetisering, Förförståelse, Avseende tillförlitlighet samt Överförbarhet.*

Val av litteraturstudie som metod

Examensarbetet valdes att utföras i form av en systematisk litteraturstudie. Att själv ha intervjuat personer som återhämtat sig från AN hade varit intressant och förmodligen vetenskapligt givande, men valdes bort som alternativ på grund av att det inte fanns någon tidigare erfarenhet av att göra intervjustudier och att tiden för fullbordandet av examensarbetet var begränsad. Litteraturstudie bedömdes vara givande då denna metod gav möjlighet till insyn i 354 individers unika berättelser, vilket aldrig hade varit möjligt om en intervjustudie hade valts.

Utifrån litteraturstudiens syfte gjordes valet att enbart använda kvalitativa data i resultatet. Detta då forskning med kvalitativ ansats är lämplig att använda för att svara på frågor som rör personliga erfarenheter och för att beskriva och tolka fenomen ur människans livsvärld (Polit & Beck, 2014). Kvantitativa metoder utförs ofta med hjälp av skattningsformulär, och då kan informationen ”mellan” frågorna gå förlorad (SBU, 2017). Genom att däremot använda kvalitativ forskning som ofta baseras på intervjuer med öppna frågor, kan information fångas av personers subjektiva upplevelse av ett fenomen (a.a.). Fenomenet som undersöktes i denna litteraturstudie var återhämtning vid AN.

I utformningen av forskningsfrågan, valdes POR-modellen då aktuell litteraturstudie inte syftade till att undersöka en intervention eller en jämförelse av populationer, där i så fall PICO alternativt SPICE- modellerna hade varit lämpliga (SBU, 2017).

Processen med litteratursökning

För att i enlighet SBU (2017) garantera en bred och omfattande databassökning, är det en styrka att litteratursökningen utfördes i tre olika databaser (PubMed, CINAHL och PsycINFO). Det är en styrka att fritextsökningar användes som komplement till ämnesord, då detta minskar risken för att artiklar som inte hunnit bli indexerade ännu eller som använder sig av termer vilka inte är inkluderade i MeSH-Heading-, och Thesaurus-termer missas (SBU, 2017). Manuell sökning genomfördes inte som komplement på grund utav tidsbrist, något som kan anses vara en svaghet då potentiellt viktiga artiklar kan ha missats. Endast studier skrivna på engelska eller svenska inkluderades på grund av författarnas begränsade språkkunskaper och detta kan ha resulterat i att relevanta artiklar exkluderats.

Utifrån tidigare erfarenheter av att göra litteraturstudie gjordes valet att ge processen med databassökningar stort utrymme och att dokumentera varje sökning strukturerat. Bibliotekarie från Universitetet engagerades i uppstartsprocessen, för att få feedback på valda sökord och tips i tillämpning av systematiska databassökningar i databas för databas. Detta grundliga tillvägagångssätt i uppstarten får anses vara en styrka. Dock kan den begränsade gemensamma erfarenheten i att genomföra databassökningar ha resulterat i att för ospecifika sökblock upprättades. Detta då sökblock 2 och 3 endast vagt skiljer sig åt och att sökblock 3 främst innefattar sökord kring olika kvalitativa metoder. Anledningen till detta var att vi ämnade att komma åt upplevelser och kvalitativa data och på grund av denna anledning valde att söka aktivt på ansatser som garanterade detta. I det momentet reflekterades det inte vidare över sökorden då sökningarna resulterade i adekvata träffar och var omfattande i omfattning. Då valda sökord innefattade studiens syfte och som i föregående mening nämnts resulterade i adekvata träffar och omfattande urval, bedömdes det att relevanta studier inte missats. Sökningarna innefattade all forskning inom AN i de använda databaserna och resultatet bedöms således inte ha påverkats av sökförfarandet. Om mer tid hade funnits, hade litteraturstudien stärkts av att sökblocken renodlats bättre och eventuellt omstrukturerats, alternativt en del sökord kring ansatser uteslutits, då de i efterhand kan ses som överflödiga. Renare sökblock hade möjligtvis genererat mindre irrelevanta träffar och framförallt varit lättare att överblicka och replikera.

Däremot är det en styrka att urvalsprocessen först skedde enskilt och att fynden därefter diskuterades gemensamt, då det ökade chansen till att bedömningen blev så objektiv som möjligt och risken att betydelsefulla artiklar missades minskade (Willman m.fl., 2016).

Urval och kvalitetsgranskning av artiklar

Av 24 artiklar inkluderades 13 i litteraturstudiens resultat. De 11 artiklarna som valdes bort att inkluderas i resultatet, valdes bort av anledningen att de vid vidare granskning inte i huvudsak syftade till att undersöka litteraturstudiens syfte. Framförallt rörde det sig om att de bortvalda artiklarna beskrev insjuknandeprocessen mer än återhämtningsprocessen, vilket istället gjorde dem intressanta att inkludera i bakgrund och diskussion.

I kvalitetsgranskningsprocessen av utvalda artiklar, modifierades SBU:s mall för kvalitetsgranskning av kvalitativa studier (2017). Mallen modifierades i enlighet med Willman m.fl. (2016) som anser att modifiering bör göras för att granskningsmallarna bättre skall passa in och vara anpassade efter respektive studie. Dock kan en eventuell svaghet i aktuell litteraturstudie vara att det saknades tidigare erfarenhet av att modifiera

granskningsmallar och att ingen extern part med kunskap inom området engagerades i denna process.

Kvalitetsbedömningen gjordes först enskilt och därefter diskuterades och utvärderades artiklarna gemensamt för att nå konsensus om vilken kvalitet som varje enskild artikel höll. Detta tillvägagångssätt anses härmed vara en styrka då Willman m.fl (2016) anser att det ger en större tyngd i bedömningen jämfört med om artikelgranskningen hade genomförts gemensamt redan från början.

Artiklar inkluderade i resultatet

Litteraturstudiens resultat baseras på artiklar som har använt sig av olika kvalitativa ansatser, såsom fenomenologi, Grounded Theory, kvalitativ innehållsanalys, narrativ- och tematisk analys. Två artiklar (Darcy m.fl., 2010; Ramjan & Fogarty, 2019), använde sig av Mixed Method, men endast de kvalitativa delarna ur studierna användes i aktuell litteraturstudie. SBU (2017) beskriver att föra samman olika ansatser till ett resultat i en litteraturstudie, är möjligt men kräver noggrann övervägning i syntetiseringsprocessen.

Samtliga 13 inkluderade studier i litteraturstudiens resultat har en tydligt redogjord metod och väl underbyggda resultat vilket i enlighet med Vetenskapsrådet (2017) ger tillförlitlighet. Vetenskapsrådet (2017) förklarar vidare att forskningen ska vara neutral och fri från extern påverkan, vilket samtliga artiklar redogjort att de var. Samtliga artiklar var etiska godkända och har i olika hög utsträckning beskrivit ett etiskt resonemang. Anmärkningsvärt kan dock vara att ingen av inkluderade studierna uppfyllde hög kvalitet enligt den modifierade granskningsmallen. Detta av anledningen att vikt lades vid att i graderingsmallen för kvalitet bedöma hög kvalitet endast vara uppfyllt om etiskt resonemang var väl beskrivet samt att det fanns ett tydligt och reflekterande resonemang kring hur resultatartiklarnas författares förförståelse påverkade datainsamling och analys. Samtliga inkluderade resultatartiklar hade i någon utsträckning besvarat detta, men enligt den modifierade granskningsmallen inte i tillräcklig utsträckning för att uppfylla hög kvalitet. Valet gjordes att behålla kriterierna för hög kvalitet trots att ingen resultatartikel uppfyllde dem, detta för att behålla en stringent bedömning och då det ansågs att det är värdefulla kriterier att ta i beaktande vad gäller en studies trovärdighet och överförbarhet.

Syntetisering

Syntetiseringsprocessen utfördes med stor aktsamhet och problematisering skedde kontinuerligt, då SBU (2017) formulerar att vid syntes av resultat från olika forskningsansatser bör val av teman ske med stort beaktande. För att säkerställa att rätt data låg under rätt tema, och säkerställa att varje tema representerade vad de syftade till att representera, utfördes så kallad validering som enligt Polit & Beck (2014) inte garanterar temats validitet, men kan hjälpa till att minimera påverkan från personliga åsikter eller fördomar. Validering av framkomna teman skedde genom kontinuerlig kritisk diskussion. Olika resultat och deras relation till varandra uppmärksammades och ifrågasattes genom dagliga diskussioner. Valideringsdiskussionen hjälpte således till att skapa en medvetenhet kring författarparets eventuella fördomar eller personliga åsikter.

Förförståelse

Artikelförfattarna hade tidigare yrkeserfarenhet av att behandla individer med AN. I så stor utsträckning så möjligt arbetades det för att förförståelsen inte skulle påverka litteraturstudien, men ändå fanns möjligheten att förförståelsen omedvetet kan ha påverkat fynden. Full objektivitet går aldrig att säkerställa, det kommer alltid finnas ett visst mått av subjektivitet

vid genomförandet av systematisk litteraturstudie då all kvalitativ forskning utgår från tolkning och tolkning innefattar en viss förförståelse (Willman m.fl., 2016). För att undvika idiosynkriska tolkningar anses det vara en styrka att en kontinuerlig dialog fördes. Med stöd i Polit & Beck (2014) fördes en diskussion kring eventuella fördomar och om personliga åsikter under hela arbetets gång. Denna kontinuerliga diskussion och ifrågasättande hållning anses ha lett till att subjektiv påverkan undveks. Brist på homogenitet avseende kön, ålder och erfarenheter anses vara en styrka då författarparet bidrog med olika perspektiv i syntetiseringen av resultaten samt i varje diskussion som uppstod och där konsensus uppnåddes genom diskussioner som upplevts vara vitala.

Avseende tillförlitlighet

För god tillförlitlighet bör det vid genomförandet av systematiska litteraturstudier kontinuerligt eftersträvas transparens (Polit & Beck, 2014; Willman m.fl., 2016). Denna studies tillförlitlighet stärks utifrån ett stringent tillvägagångssätt gällande litteratursökning, kvalitetsgranskning och syntetiseringsförfarande. Tillvägagångssättet av att ha arbetat tillsammans, sida vid sida med texten varje dag, ökar tillförlitligheten av studiens resultat då texten i sin helhet tillsammans dagligen lästes igenom, korrigerades, diskuterades och utvärderades. En dagbok användes under arbetets gång för att följa arbetsprocessen, skriva in idéer, reflektera över problem och hålla koll på tidsplanen och detta kan betraktas som en styrka.

Överförbarhet

Kvalitativ forskning strävar inte efter generaliserbarhet, men det är viktigt att utvärdera hur överförbara kvalitativa fynd är till annan eller liknande kontext (Polit & Beck, 2014). Enligt SBU (2017) kan överförbarhet ökas genom att inkludera så varierade och i antal många fall av samma fenomen så möjligt. Genom litteraturstudie som metod, baseras aktuell litteraturstudie på 354 unika personers berättelser, från fyra olika länder. Således kan aktuell litteraturstudies resultat ses som överförbart i högre utsträckning än om intervjuer hade valts som metod, då urvalets storlek och variation hade varit mycket mer begränsat. Ur en annan synvinkel kan aktuell litteraturstudies resultat vara en svaghet vad gäller överförbarhet då resultatet baseras endast på tre män och från länder med liknande socio-ekonomiska och kulturella bakgrunder.

Resultatdiskussion

Nedan följer diskussion av resultatet strukturerat efter tredje nivåns tema *Individrelaterade faktorer till återhämtning från Anorexia Nervosa* och *Omgivnings- och omvårdnadsrelaterade faktorer till återhämtning från Anorexia Nervosa*.

Individrelaterade faktorer till återhämtning från Anorexia Nervosa

I litteraturstudiens bakgrund beskrivs diagnoskriterierna för sjukdomen AN enligt ICD-10 och DSM-5, där diagnoskriterier framförallt fokuserar på fysiska faktorer såsom till exempel viktnedgång och BMI under 17,5 hos vuxna (Socialstyrelsen, 2018; American Psychiatric Association, 2013). Symtom på sjukdomen beskrivs i de båda diagnosverktygen som en störning kopplad till en specifik psykopatologi där förändrad och förvrängd kroppsuppfattning dominerar självbilden och där rädsla för övervikt blir en överväldigande idé. Det beskrivs också typiska beteenden kopplat till sjukdomen som överdriven träning eller självförvållade kräkningar (a.a.). Diagnoskriterierna behövs för att konstatera sjukdomen, men för att behandla sjukdomen AN är orsaken till sjukdomsutvecklingen viktig. (Jenkins & Ogden, 2012; Dawson m.fl., 2014). För att undersöka orsakerna, krävs det att man intresserar sig för den unika individen.

Kopplat till detta, var det gemensamt för samtliga resultatartiklar att individerna önskade att vårdarna skulle se bakom sjukdomen och arbeta tillsammans med patienten.

Deltagarna betonade vikten av att de behövde förstå varför AN utvecklades hos just dem, för att kunna uppnå återhämtning (Espeset m.fl, 2012; Williams & Reid, 2012; Dawson m.fl., 2014; Jenkins & Ogden, 2012; Fox & Diab, 2015).

Litteraturstudien resulterade i ett andra nivåns tema som handlade om förståelse för bakomliggande orsaker för att kunna börja arbeta för återhämtning. Bakomliggande orsaker beskrevs som att AN utvecklades som ett sätt att hantera tidigare trauma och aktuella stressorer i livet (Jenkins & Ogden, 2012; Fox & Diab, 2015; Williams m.fl., 2016). Många beskrev att de haft problem att hantera känslor och att sjukdomen fick en känsloreglerande funktion (Espeset m.fl, 2012; Williams & Reid, 2012; Dawson m.fl., 2014; Jenkins & Ogden, 2012; Fox & Diab, 2015). De beskrev att svårigheterna att hantera känslor i kombination med erfarenheter av trauman och händelser som skapar känslor, ledde till att AN utvecklades som ett sätt att skapa kontroll och för att hantera dessa känslor (Williams & Reid, 2012; Jenkins & Ogden, 2012; Fox & Diab, 2015). Ett intressant och talande fynd ur resultatet som hjälper till att förstå ovan nämnda funktion och att beskriva sjukdomens komplexitet, är det ur Williams & Reid (2012) där studiedeltagare beskrev att sjukdomen fungerade som ett skydd och en flykt på så sätt att om alla tankar fokuserade på mat och ätande, fanns inte utrymme för att känna några negativa känslor. De beskrev vidare att genom att vara så hungrig att mat blev det enda de kunde tänka på, gav hungern dem en känslomässigt avdomnad och avflackad effekt som upplevdes som en befrielse (a.a.). Det beskrevs i studierna, att det var viktigt att individen själv förstod denna funktion som sjukdomen hade för att återhämtning skulle bli möjlig (Jenkins & Ogden, 2012; Espindola & Blay, 2013; Nordbø, 2012).

Resultatet visar på att sjukdomen förutom skydd och trygghet, också i sig är identitetskapande och att detta är en försvårande faktor i återhämtningen (Williams m.fl., 2016; Nordbø m.fl., 2012; Smith m.fl., 2016; Jenkins & Ogden, 2012). Deltagarna beskrev att återhämtning inte bara betyder att bli frisk från sjukdomen, utan att våga skapa sig en ny identitet utan sjukdomen (a.a.). Deltagare i studien av Williams m.fl. (2016), beskrev det som att det uppstår en tomhet där sjukdomen en gång fanns och att det var viktigt att förstå denna tomhet för att kunna fylla den med något annat. Med förståelse för detta tomrum, borde behandling för återhämtning från AN utgå från att det inte bara går att ta bort sjukdomen utan att ersätta den med något annat. Att arbeta för att fylla tomrum kan förhindra återfall och skapa mening i tillvaron för individen (Englebert m.fl., 2017; Lavis, 2018).

Salutogenes, som presenterats i bakgrunden, stämmer således in som modell att arbeta utefter i återhämtningen och kan hjälpa individen att få perspektiv på situationen och fylla tomrummet. Den salutogena modellen lägger fokus på att arbeta med faktorer som vidmakthåller och skapar hälsa, snarare än på vad som orsakar sjukdom (Antonovsky, 1987). Salutogenes är applicerbart på AN med tanke på litteraturstudiens resultat om att AN ofta utvecklas som en reaktion på bakomliggande orsaker, och där salutogenes bygger på idén om att faktorer som skapar ohälsa aldrig helt kan raderas eller förutses, men genom att arbeta med hanteringen av dessa faktorer kan hälsa ändå etableras (a.a.).

Sjukdomen skapar en identitet och återhämtning innebär att skapa en ny identitet utan AN (Williams m.fl., 2016; Nordbø m.fl., 2012; Smith m.fl., 2016; Jenkins & Ogden, 2012). Detta kan kopplas till den salutogena modellens KASAM som innebär skapandet av en känsla av sammanhang (Antonovsky, 1987).

Här kan patient och sjuksköterska konkret arbeta tillsammans för att höja patientens KASAM som då ger återhämtning, genom att arbeta med och bygga upp patientens generella motståndsresurser. Som förklarats i bakgrunden, är generella motståndsresurser de biologiska, materiella och psykosociala faktorer som påverkar individens förmåga att hantera negativa livshändelser och kan byggas upp genom att individen arbetar med sig själv, skapar sig en kontext, söker kunskap och stöd i omgivningen (Antonovsky, 1987). Känsla av sammanhang och generella motståndsresurser skiljer sig åt från individ till individ. För att stärka patientens KASAM är det viktigt att sjuksköterskan arbetar utifrån kärnkompetensen *Personcentrerad vård*. Detta innebär att utgå från den unika individens situation och behov samt att vården skall utgå från patientens egna berättelser (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Utgångspunkten för personcentrerad vård är att lyssna på patientens berättelse och försöka förstå hur patientens ohälsa påverkar vardagen samt att försöka förstå patientens upplevelse av sitt mående och dess konsekvenser (Edberg m.fl., 2017). Genom att följa och i samtal uppmuntra individen att berätta sin unika historia med egna ord, får sjuksköterskan naturligt en förståelse för den unika situationen. Patient och sjuksköterska kan följas åt i återhämtningen och upprätta mål utefter var i processen patienten aktuellt befinner sig.

Omgivnings- och omvårdnadsrelaterade faktorer till återhämtning från Anorexia Nervosa
En god relation med behandlande sjuksköterska identifierades som en förutsättning för återhämtning (Nordbø m.fl. 2012; Sly m.fl., 2014). Personer med AN upplevdes ofta av omgivningen som provocerande, som att sjukdomen var självvvald och att de fick ”skylla sig själva” (Ebnetter & Latner, 2013; Sheens m.fl., 2016). Det beskrivs också att patienter med AN upplevde att omgivningen hade fördomar om sjukdomen, som till exempel att AN var en sjukdom styrd av egen fri vilja och att sjukdomen framförallt handlade om utseendefixering (Dimitropoulos m.fl., 2016). Kopplat till detta, resulterade också aktuell litteraturstudie i patienters önskan om att vårdpersonal och omgivning hade mer kunskap om sjukdomen samt att kunskap om AN var en förutsättning för att en god vårdrelation skulle utvecklas (Zugai m.fl., 2017; Fox & Diab, 2015; Rance m.fl., 2017; Ramjan & Fogarty, 2019; Gulliksen m.fl., 2015).

Här är psykiatrisjuksköterskan en viktig person för att dels själv skapa terapeutiska allianser med patienten, men likaså att hjälpa andra kollegor, t.ex. undersköterskor, läkare och kuratorer att förstå patienterna med AN och hur ambivalensen kring sjukdomen påverkar deras behov. Detta i enlighet med psykiatrisjuksköterskans uppgifter om att sprida och implementera ny kunskap som en del i förbättringsarbetet av vården (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014).

Vad aktuell litteraturstudie främst resulterade i beträffande vården, var att deltagarna upplevde att vården hade för mycket fokus på mat och vikt, och för lite fokus på den unika människan och kontexten denna verkar i (Ramjan & Fogarty, 2019; Jenkins & Ogden, 2012; Rance m.fl., 2017; Sly m.fl., 2014; Espíndola & Blay, 2013; Fox & Diab, 2015). Deltagarna efterlyste också ökad delaktighet i sin vård (Espíndola & Blay, 2013; Ramjan & Fogarty, 2019; Darcy m.fl., 2010; Sly m.fl., 2014). I linje med salutogenes och patienternas önskan om en vård inriktad på hela människan och med ökad delaktighet, kan brukarstyrda inläggningar som presenterats i bakgrunden vara en vårdform att använda sig mer av. Patienterna i studien som undersökte deras upplevelse av brukarstyrda inläggningar, beskrev att denna vårdform gav dem ett positivt egenansvar och hjälpte dem att implementera hållbara beteendemönster i sin vardagliga kontext (Strand m.fl., 2017).

En annan aspekt som talar för att öka användandet av brukarstyrda inläggningar, är litteraturstudiens resultat om att deltagarna belyste att återhämtning är en lång och multidimensionell process som pågår hela livet ut (Jenkins & Ogden, 2012; Darcy m.fl., 2010; Dawson m.fl., 2014). Deltagarna beskrev att de ofta upplevt att vården skyndat på tillfrisknandet för snabbt, vilket lett till återfall och de önskade att behandling skulle få pågå tills individen upplevde sig vara adekvat återhämtad eller frisk (Jenkins & Ogden, 2012; Rance m.fl., 2017; Darcy m.fl., 2010). Genom att utöka användandet av brukarstyrda inläggningar, kan detta behov tillfredsställas genom att individerna kontinuerligt kan erbjudas inläggning några dagar då de själva upplever att de behöver stabiliseras.

Denna tanke och utgångspunkt i utökandet av brukarstyrda inläggningar, är också ett led i personcentrerad omvårdnad genom att som sjuksköterska ha förståelse för att vägen fram till att vara återhämtad kan vara olika lång från individ till individ. Med stöd i litteraturstudiens fynd som belyser att återhämtningsprocessen inte automatiskt skall ses som en fas att överkomma eller skynda ur och att återhämtning innebär återvändandet av självkänsla, stolthet och värdighet (Jenkins & Ogden, 2012; Darcy m.fl., 2010; Wright m.fl., 2011), borde återhämtningsprocessen ses som hela livet efter sjukdomen och fokus bör vara på individens upplevelse av livskvalitet.

Angående livskvalitet beskrevs att inducera hopp och optimism om tillfrisknande till patienten som en viktig del av omvårdnaden kring patienter med AN (Wright & Hacking, 2012). En sjuksköterska uttryckte det som att hennes hopp var som en gåva hon lånade ut till patienterna att hålla fast vid i tider de då själva inte hade något hopp (a.a.).

Att vårdpersonal inducerade hopp om tillfrisknande och hade en positiv inställning nämns också som en betydande faktor av patienterna i resultatet (Nordbø m.fl., 2012; Williams m.fl., 2016; Fox & Diab, 2015; Rance m.fl., 2017; Darcy m.fl., 2010; Dawson m.fl., 2014).

Mustelin m.fl. (2015) visar på att hopp likaså är högst relevant och befogat att inducera, då deras studie kunde påvisa obetydliga skillnader gällande utbildningsnivå, anställning, självsattad hälsa och ekonomisk situation mellan personer som varit sjuka i AN och normalpopulationen, tio år efter tillfrisknande.

Hopp och denna hoppfulla statistik kan åter kopplas till salutogenes och Aron Antonovsky (1987) som uttryckte att vi alla en gång kommer dö, men så länge det finns minsta liv i oss är vi i någon bemärkelse friska.

KONKLUSION

Att litteraturstudiens resultat endast innefattar tre män, stärker fakta presenterad i bakgrunden om att AN är en övervägande kvinnlig sjukdom (Kask m.fl., 2017). Två av artiklarna använda i resultatet, studien av Rance m.fl. (2017) och studien av Smith m.fl. (2016), skriver att de medvetet uteslutit män ur sina studier, av den anledning att de anser att populationen män med erfarenheter av AN är för liten för att dra slutsatser kring. Detta är i sig är anmärkningsvärt då även om populationen män med AN är liten, är den viktig att undersöka och inkludera för att i framtiden också kunna dra slutsatser kring.

Litteraturstudien resulterade i en konklusion om att för att återhämtning ska kunna ske, behöver både individen själv såväl som vård- och omgivning förstå att sjukdomen ofta grundar sig i bakomliggande orsaker såsom bristande förmåga till känslohantering av trauman och stressorer ur individens livsvärld. Resultatet visar på att individen själv och omgivningen samt vården, måste förstå att AN inte utvecklas av en homogen orsak men att gemensamt för personer med AN är att sjukdomen får en funktion av flykt, skydd och trygghet. Andra viktiga faktorer att förstå för vårdpersonal i behandlingen av personer med AN, är sjukdomens identitetskapande funktion och utvecklingen av en så kallad anorektisk röst. Detta är kunskap som är viktig att vara medveten om för att förstå varför patienten ibland upplevs vilja vidmakthålla sjukdomen och har svårt att släppa taget om den. Här har psykiatrisjuksköterskan en viktig roll i att hjälpa till att upplysa kollegor om sjukdomens komplexitet och karakteristiska, för att vården ska bli bättre för patienten. Genom förståelse för sjukdomen och en holistisk, salutogen vård kan tillfrisknande och återhämtning ske. Litteraturstudiens resultat mynnar ut i en konklusion om att kärnkompetensen personcentrerad vård, som vi lärde oss om första dagen på grundutbildningen till sjuksköterska, alltid är högst relevant och en alltjämt viktig faktor för att hjälpa individen uppnå återhämtning.

FÖRSLAG TILL FÖRBÄTTRINGSARBETE OCH KVALITETSUTVECKLING

Under arbetets gång identifierades det att det finns förhållandevis lite studier på vuxna individer med egen erfarenhet av AN samt att det ytterligare finns väldigt lite forskning på män med AN. Forskningen som finns tillgänglig, handlar likaså fortfarande övervägande om insjuknandeprocessen vid AN. Vården av, och förståelsen för personer med AN hade gynnats av fler studier med fokus på den vuxna individens egna berättelser om återhämtning från AN.

ARBETSFÖRDELNING

Den systematiska litteraturstudiens samtliga delar har utformats och skrivits gemensamt. Det anses härmed att arbetsfördelningen varit likvärdigt fördelad under hela arbetets gång. Ett gott samarbete har präglat och genomsyrat hela arbetsprocessen.

REFERENSER

American Psychiatric Association, (2013) *The diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition: DSM 5*. Arlington, American Psychiatric Association.

Antonovsky A, (1991) *Hälsans Mysterium*. Köping, Natur och Kultur.

Arcelus J, Mitchell A-J, Wales J, (2011) Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: A Meta-analysis of 36 Studies. *Arch Gen Psychiatry*, 68(7), 724-731.

Bahtsevani C, (2008) *In search of evidence-based practices: exploring factors influencing evidence-based practice and implementation of clinical practice guidelines*. Malmö, Malmö Högskola.

Bakker R, RN, Van Meijel B, Beukers L, Van Ommen J, Meerwijk E, Van Elburg A, (2011). Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* (24), 16-22.

Braun V, Clarke V (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.

Darcy A, Katz S, Fitzpatrick K K, Forsberg S, Utzinger L, Lock J, (2010) All better? How Former Anorexia Nervosa Patients Define Recovery and Engaged in Treatment. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 18, 260-270.

Davidson L, O'Connell M, Tondora J, Lawless M, Evans A-C, (2005) Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and practice*, 5, 480-487.

Dawson L, Rhodes P, Touyz S, (2014) "Doing the Impossible": The Process of Recovery From Chronic Anorexia Nervosa. *Qualitative Health Research*, 24(4), 494-505.

Dimitropoulos G, Freeman V, Muskat S, Domingo A, McCallum L (2016) "You don't have anorexia, you just want to look like a celebrity": perceived stigma in individuals with anorexia nervosa, *Journal of Mental Health*, 25(1), 47-54.

Edberg A-K, Ehrenberg A, friberg F, Wallin L, Wijk H, Öhlén J (2017) *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Studentlitteratur AB, Lund.

Ebneter D S, Latner J D, (2013) Stigmatizing attitudes differ across mental health disorders: A comparison of stigma across eating disorders, obesity, and major depressive disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(4), 281 - 285.

Englebort J, Follet V, Valentiny C, (2017) Anorexia Nervosa and first-person perspective: altruism, family system and body experience. *Psychopatology* (51) 24-30.

Espeset E, Gulliksen K, Nordbo R, Skårderud F, Holte A (2012) The link between negative emotions and eating disorder behaviour in patients with anorexia nervosa. *Eur.eat. Disorders Rev.*, 20, 451-469.

Errichiello L, Iodice D, Bruzzese D, Gherghi M (2015) Prognostic factors and outcome in anorexia nervosa: a follow-up study. *Eat weight disord.*, 21, 73-82.

Espíndola C R, Blay S L, (2013) Long Term Remission of Anorexia Nervosa: Factors Involved in the Outcome of Female Patients. *PLoS ONE* 8(2), 1-6.

Fox J RE, Diab P, (2015) An exploration of the perceptions and experiences of living with chronic anorexia nervosa while an inpatient on an Eating Disorder Unit: An Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) study. *Journal of Health Psychology*, 20(1), 27-36.

Gulliksen K S, Nordbø R, Espeset E, Skårderud F, Holte A, (2015) The process of help-seeking in anorexia nervosa: Patients perspective of first contact with health services. *Eating Disorders*, 23(3), 206-222.

Herpertz-Dahlmann B, Schwarte R, Krei M, Egberts K, Warnke A, Wewetzer C, Fleischhaker C, Scherag A, Holtkamp K, Hagenah U, Bühren K, Konrad K, Schmidt U, Schade-Brittinger C, Timmesfeld N, Dempfle A, (2014) Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial. *The Lancet*, 383 (9924), 1222–1229.

International Council of Nurses, (2012) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

Jagielska G, Kacperska I (2017) Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatr. Pol.*, 51(2), 205–218.

Jenkins J, Ogden J, (2012) Becoming 'Whole' Again: A Qualitative Study of Women's Views of Recovering From Anorexia Nervosa. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 20, 23-31.

Kask J, Ekselius L, Brandt L, Kolia N, Ekbohm A, Papadopoulos F C, (2017) Anorexia nervosa in males: excess mortality and psychiatric co-morbidity in 609 Swedish in-patients. *Psychol Med.*, 47(8), 1489-1499.

Keski-Rahkonen A, Raevuori A, Bulik C M, Hoek H W, Rissanen A, Kaprio J, (2014) Factors Associated with Recovery from Anorexia Nervosa: A Population-Based Study. *Int Eat Disord*, 47(2), 117-123.

Lavis A (2018) Not Eating or Tasting Other Ways to Live: A Qualitative Analysis of 'Living Through' and Desiring to Maintain Anorexia. *Transcultural Psychiatry*, 55(4), 454-474.

Lindblad F, Lindberg L, Hjern A (2006) Improved Survival in Adolescent Patients With Anorexia Nervosa: A Comparison of Two Swedish National Cohorts of Female Inpatients. *Am J Psychiatry*, 163, 1433–1435.

Mustelin L, Raevuori A, Bulik C M, Rissanen A, Hoek H W, Kaprio J, Keski-Rahkonen A, (2015) Long-Term Outcome in Anorexia Nervosa in the Community. *Int Eat Disord*, 48, 851-859.

Nordbø R H.S, Espeset E M.S, Gulliksen K S, Skårderud, Geller J, Holte A, (2012) Reluctance to Recover in Anorexia Nervosa. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 20, 60-67.

Ottosson J A, (2009) *Psyk*. Stockholm, Liber.

Papadopolus F C, Ekblom A, Brandt L, Ekselius L (2009) Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 10–17.

Polit D F, Beck C T, (2014) *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for nursing practice*. (8th ed.) Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, (2014) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård*. Stockholm, Svensk sjuksköterskeförening.

Ramjan L M, (2004) Nurses and the ‘therapeutic relationship’: caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 495–503.

Ramjan L M, Fogarty S, (2019) Clients’ perceptions of the therapeutic relationship in treatment of anorexia nervosa: qualitative findings from an online questionnaire. *Australian Journal of Primary Health*, 25, 37-42.

Rance N, Moller N P, Clarke V, (2017) ‘Eating disorders are not about food, they’re about life’: Client perspectives on anorexia nervosa treatment. *Journal of Health Psychology*, 22(5), 582-594.

Riksät, (2018) *Årsrapport 2017 - Nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling*. Stockholm, Stockholms läns sjukvårdsområde.

Schön U K, (2017) Om återhämtning från psykisk ohälsa och betydelsen av delaktighet. I: Englander M, Ingvarsdotter K, (red) *Socialpsykiatrins grunder - människans villkor*. Malmö, Gleerups.

Sheens E, Rhodes P, Dawson L, (2016) Encountering Anorexia: challenging stigma with recovery stories. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 4(3), 315 - 322.

Signorini A, E De Filippo, S Panico, C De Caprio, F Pasanisi and F Contaldo (2007) Long-term mortality in anorexia nervosa: a report after an 8-year follow-up and a review of the most recent literature. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61, 119–122.

Sly R, Morgan J F, Mountford V A, Sawyer F, Ewans C, Lacey H, (2014) Rules of engagement: Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa. *Eating Disorders - The journal of Treatment & Prevention*, 22, 233-243.

Smith V, Chouliara Z, Morris P-G, Collin P, Power K, Yellowles A, grierson D, Papageorgiou E, Cook M, (2016) The experience of inpatient treatment for anorexia nervosa: A qualitative study from adult patients perspectives. *Journal of health psychology* 2016. Vol.21(1) 16-27.

Socialstyrelsen, (2018) *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem Systematisk förteckning Svensk version 2018 Del 1 (3)*. Stockholm, Socialstyrelsen.

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], (2017) *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten - En handbok*. Stockholm, Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] (2017) *Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik*.

>https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel08.pdf< (2019-02-15)

Strand M, Bulik C M, von Hausswolff-Juhlin Y, Gustafsson S A (2017) Self-admission to inpatient treatment for patients with anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 398 - 405.

Svensk sjuksköterskeförening, (2017) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm, Svensk sjuksköterskeförening.

Sörensen S, Olsson H, (2011) *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm, Liber.

Vetenskapsrådet, (2017). *God forskningssed*.

>https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1529480532631/Godforskningssed_VR_2017.pdf< (2019-02-15).

Wallin U, Af Sandeberg A-M, Nilsson K, Linne Y, (2015) *Åtstörningar - kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm, Svenska psykiatriska föreningen och Gothia fortbildning.

Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C, (2016) *Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund, Studentlitteratur AB.

Williams K, King J, Fox J R.E, (2016) Sense of self and anorexia nervosa: A grounded theory. *Psychology and Psychotherapy: Research and Practice*, 89, 211-228.

Williams S, Reid M, (2012) It's like there are two people in my head': A phenomenological exploration of anorexia nervosa and its relationship to the self. *Psychology and Health* 27(7), 798 - 815.

World Health Organization, (2016). *Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage*. Copenhagen, World Health Organization.

Wright K M, Hacking S, (2012) An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 107-115.

Zugai J, Stein-Parbury J, Roche M (2017) Therapeutic alliance, anorexia nervosa and the inpatient setting: A mixed methods study. *J Adv Nurs.*,74, 443 - 453.

BILAGA 1. SÖKNING I PSYCINFO

Datum för sökningen: 2019-04-05

Sök nr	Sökord	Filter	Antal träffar	Sökblock
S1	“anorexia nervosa”	Engelska, Peer review	10,066	Block 1= Population: Patienter med erfarenhet av Anorexia Nervosa
S2	anorex*	Engelska, Peer review	12,161	
S3	anorect*	Engelska, Peer review	1,159	
S4	“anorexic patient”	Engelska, Peer review	38	
S5	“anorectic patients”	Engelska, Peer review	7	
S6	“patient with anorexia”	Engelska, Peer review	75	
S7	“patients with anorexia”	Engelska, Peer review	1,232	
S8	MAINSUBJECT.EXACT(“A norexia Nervosa”)	Engelska, Peer review	8,699	
S9	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8		12,683	
S10	recover*	Engelska, Peer review	63,124	Block 2= Återhämtning vid Anorexia Nervosa
S11	experien*	Engelska, Peer review	425,025	
S12	recoup	Engelska, Peer review	47	
S13	rebound	Engelska, Peer review	2,080	
S14	self esteem	Engelska, Peer review	32,285	
S15	Self-image	Engelska, Peer review	3,294	
S16	“sense of self”	Engelska, Peer review	3,921	
S17	MAINSUBJECT.EXACT.EX PLODE(Recovery(Disorders ”)	Engelska, Peer review	8,667	
S18	S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17		538,443	
S19	“life experience”	Engelska, Peer review	1,676	Block 3= Upplevelser, erfarenheter som påverkat återhämtning en
S20	“life experiences”	Engelska, Peer review	19,252	
S21	“lived experience”	Engelska, Peer review	3,304	
S22	MAINSUBJECT.EXACT.EX PLODE(“Life Experiences”)	Engelska, Peer review	18,298	
S23	qualitativ*	Engelska, Peer review	203,971	
S24	ethnograph*	Engelska, Peer review	16,526	
S25	phenomeno*	Engelska, Peer review	54,249	
S26	interview*	Engelska, Peer review	376,173	
S27	hermeneutic*	Engelska, Peer review	3,562	
S28	perception*	Engelska, Peer review	386,531	
S29	narrative*	Engelska, Peer review	38,334	
S30	“qualitative research design”	Engelska, Peer review	526	

S31	“ qualitative research study”,	Engelska, Peer review	509
S32	“qualitative interview”	Engelska, Peer review	1,552
S33	“GroundedTheory”	Engelska, Peer review	8,519
S34	descriptive	Engelska, Peer review	34,887
S35	interpretive	Engelska, Peer review	6,881
S36	“content analysis”	Engelska, Peer review	18,025
S37	S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR 23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36		929,830
S38	S9 AND S22 AND S37		1,107
S39		Engelska, Peer review, >18, 2009-2019	545

BILAGA 2. SÖKNING I PUBMED

Datum sökningen: 2019-04-05

Sök nr	Sökord	Filter	Antal träffar	Sökblock
S1	“anorexia nervosa”	Engelska	13,079	Block 1= Population: Patienter med erfarenhet av Anorexia Nervosa
S2	anorex*	Engelska	30,372	
S3	anorect*	Engelska	12,639	
S4	“anorexic patient”	Engelska	25	
S5	“anorectic patients”	Engelska	249	
S6	“patient with anorexia”	Engelska	13,686	
S7	“patients with anorexia”	Engelska	11,901	
S8	(“anorexia nervosa”)MeSH	Engelska	10,104	
S9	(“anorexia nervosa”) MeSH OR Anorexia Nervosa Text Word	Engelska	10,105	
S10	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9		41,744	
S11	recover*	Engelska	597,050	Block 2= Återhämtning vid Anorexia Nervosa
S12	experien*	Engelska	914,222	
S13	recoup	Engelska	198	
S14	rebound	Engelska	12,250	
S15	self-esteem	Engelska	116,364	
S16	self-image	Engelska	118,238	
S17	“sense of self”	Engelska	2,158	
S18	“Mental Health Recovery”(Mesh)	Engelska	47	
S19	“Psychiatric Rehabilitation”(Mesh)	Engelska	229	
S20	“Recovery of function” (Mesh)	Engelska	44,869	
S21	“Convalescence” (Mesh)	Engelska	2,388	
S22	“Life change events” (Mesh)	Engelska	20,355	
S23	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22		1,826,210	
S24	“life experience”	Engelska	1,682	Block 3= Upplevelser, erfarenheter som påverkat återhämtning en
S25	“life experiences”	Engelska	2,875	
S26	“lived experience”	Engelska	3,141	
S27	qualitativ*	Engelska	240,608	
S28	ethnograph*	Engelska	9,479	
S29	phenomeno*	Engelska	199,959	
S30	interview*	Engelska	328,718	
S31	hermeneutic*	Engelska	3091	
S32	perception*	Engelska	382,950	

S33	narrative*	Engelska	367,735
S34	“qualitative research design”	Engelska	679
S35	“ qualitative research study”	Engelska	561
S36	“qualitative interview”	Engelska	2,040
S37	“GroundedTheory”	Engelska	10,056
S38	descriptive	Engelska	106,567
S39	interpretive	Engelska	6, 673
S40	“contentanalysis”	Engelska	22,198
S41	S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39		1,144,82 6
S42	S10 AND S25 AND S40		1, 136
		2009 - 2019	601
		>18	355

BILAGA 3. SÖKNING I CINAHL

Datum sökningen: 2019-04-05

Sök nr	Sökord	Filter	Antal träffar	Sökblock
S1	“anorexia nervosa”	Engelska, Peer review	4,652	Block 1= Population: Patienter med erfarenhet av Anorexia Nervosa
S2	anorex*	Engelska, Peer review	7,668	
S3	anorect*	Engelska, Peer review	1,369	
S4	“anorexic patient”	Engelska, Peer review	8	
S5	“anorectic patients”	Engelska, Peer review	34	
S6	“patient with anorexia”	Engelska, Peer review	62	
S7	“patients with anorexia”	Engelska, Peer review	607	
S8	(MH”Anorexia Nervosa”)	Engelska, Peer review	3,720	
S9	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8		8,920	
S10	recover*	Engelska, Peer review	84,865	Block 2= Återhämtning vid Anorexia Nervosa
S11	experien*	Engelska, Peer review	326,283	
S12	recoup	Engelska, Peer review	52	
S13	rebound	Engelska, Peer review	1,552	
S14	self- esteem	Engelska, Peer review	10,191	
S15	self-image	Engelska, Peer review	1,210	
S16	“sense of self”	Engelska, Peer review	1,285	
S17	S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16		425,438	
S18	“life experience”	Engelska, Peer review	780	Block 3= Upplevelser, erfarenheter som påverkat återhämtning en
S19	“life experiences”	Engelska, Peer review	15,830	
S20	“lived experience”	Engelska, Peer review	2,963	
S21	(MH”Recovery”)	Engelska, Peer review	23,564	
S22	(MH”Life Experiences”)	Engelska, Peer review	14,681	
S23	qualitativ*	Engelska, Peer review	125,847	
S24	ethnograph*	Engelska, Peer review	9,608	
S25	phenomeno*	Engelska, Peer review	35,208	
S26	interview*	Engelska, Peer review	243,117	
S27	hermeneutic*	Engelska, Peer review	2,565	
S28	perception*	Engelska, Peer review	118,605	
S29	narrative*	Engelska, Peer review	28,303	
S30	“qualitative research design”	Engelska, Peer review	596	
S31	“ qualitative research study”	Engelska, Peer review	524	
S32	“qualitative interview”	Engelska, Peer review	1,444	
S33	GroundedTheory”	Engelska, Peer review	14,138	
S34	descriptive	Engelska, Peer review	542,020	
S35	interpretive	Engelska, Peer review	3,415	

S36	“contentanalysis”	Engelska, Peer review	30,318
S37	S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36		904,395
S38	S9 AND S22 AND S37		658
S39	S38	English, peer review, 2009 - 2019, >18	240

BILAGA 4. KVALITETSGRANSKNINGSMALL

Modifierad mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik. Fritt modifierad efter mall från SBU (2017).

Syfte och/eller frågeställning	Ja	Nej	Delvis
Har studien ett tydligt beskrivet sammanhang/kontext			
Har studien ett tydligt och väldefinierat syfte och/eller frågeställning?			
Kommentarer:			
Studiens urval	Ja	Nej	Delvis
Är studiens urval relevant?			
Är studiens urvalsförfarande tydligt beskrivet?			
Förs ett adekvat etiskt resonemang?			
Är de etiska resonemangen väl beskrivna i studien?			
Är relationen mellan forskare och urvalet (deltagarna) tydligt beskriven?			
Kommentarer:			
Datainsamling	Ja	Nej	Delvis
Är datainsamlingen tydligt beskriven?			
Är datainsamlingsmetoden relevant för syftet/frågeställningen?			
Redogörs författarna för sin förförståelse och om den kan ha påverkat datainsamlingen?			
Kommentarer:			
Dataanalys	Ja	Nej	Delvis
Är analysen av data tydligt beskriven?			
Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?			
Redogör författarna för sin egen förförståelse avseende om den kan ha påverkat analysen av data?			
Kommentarer:			
Resultat	Ja	Nej	Delvis
Är studiens resultat logiskt?			
Är studiens resultat begripligt?			
Är studiens resultat tydligt beskrivet?			
Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?			
Genereras en hypotes/teori/modell utifrån resultatet?			
Diskuteras resultatens trovärdighet?			
Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang?			
Är resultatet överförbart till en annan typ av sammanhang?			
Kommentarer:			

BILAGA 5. KVALITETSKRITERIER FÖR GRADERING

Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet. Fritt modifierade kriterier efter mall från SBU, 2017.

Hög kvalitet	Medelhög kvalitet	Låg kvalitet
Klart beskriven kontext.	Klart beskriven kontext.	Oklart beskriven kontext.
Väldefinierad frågeställning.	Väldefinierad frågeställning.	Vagt definierad frågeställning.
Välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transskriberingsprocess och analysmetod.	Några otydligheter i beskrivningen av urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transskriberingsprocess och analysmetod.	Otydligt beskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transskriberingsprocess och analysmetod.
Dokumenterad metodisk medvetenhet.	Några otydligheter i den dokumenterade metodiska medvetenheten.	Dåligt dokumenterad metodisk medvetenhet.
Systematisk, stringent presentation av data.	Otydligheter i presentationen av data.	Osystematisk och mindre stringent dataredovisning.
Tolkningars förankring i data påvisad.	Några otydligheter om tolkningars förankring i data.	Otydlig förankring av tolkningarna i data.
Diskussion om tolkningarnas trovärdighet och tillförlitlighet.	Några otydligheter om tolkningarnas trovärdighet och tillförlitlighet.	Diskussion om tolkningarnas trovärdighet och tillförlitlighet är bristfällig eller saknas.
Kontextualisering av resultat i tidigare forskning.	Otydlig kontextualisering av resultat i tidigare forskning	Kontextualisering av resultat i tidigare forskning saknas eller är utvecklad
Implikationer för relevant praktik välformulerade.	Implikationer för relevant praktik är otydligt beskrivna.	Implikationer för relevant praktik saknas eller är otydliga.
Väl beskrivet etiskt resonemang och etiskt godkännande.	Det etiska resonemanget och godkännandet nämns men utvecklas inte.	Det saknas etiskt godkännande.
Författarna redogör tydligt och reflekterande över hur deras förförståelse kan ha påverkat insamling och/eller analys av data.	Brister finns i hur författarna redogör och reflekterar över hur deras förförståelse kan ha påverkat insamling och/eller analys av data	Det saknas resonemang kring förförståelse.

BILAGA 6. ARTIKELMATRISER

Author Title Year Country	Aim	Method	Participants	Results	Quality
Sarah Williams Marie Reid 'It's like there are two people in my head': A phenomenological exploration of anorexia nervosa and its relationship to the self. 2012 United Kingdom	To explore the lived experience of anorexia nervosa from the perspective of those who use pro-recovery websites for eating disorders.	Participants from pro-recovery websites was contacted and were asked to complete an electronic questionnaire by e-mail. After the participants had completed and returned the questionnaires, participants were invited to participate in an online- focus group were a tool of WebCT's discussion board were used. The online focus group discussion board was open and active for 4 weeks, after that no participants had access and the online group were closed. The discussion topics were already set up by the authors before the participants were invited to the group. The researcher also did an individual e-mail interview with every participant after a semi-structural topic schedule. Data were analyzed using the interpretive phenomenological analysis, and first distinguishing the meanings of the experiences, and interpretative themes were developed and then themes were clustered and then put together in broad categories that demonstrated shared understandings. Then a full corpus of data for each category was collected, the corpses were coded in more details and grouped together and ascribed numerical coding.	14 participants, 12 women 2 men, between the ages of 21-50 (mean age 27). 8 were from USA, 4 from the UK, 1 from Canada and 1 from Australia.	The results of this study showed that the 'anorexic voice' was a dominant and extern enemy they had to win over in order to recover. Findings reveal that this is a process, of the anorexic voice first was a friendly voice that gave the participant an identity and perceived the disease as a functional tool for avoiding and coping negative emotions and control. The findings showed that for individuals to recover, the individual needs to develop a dominant position over the voice and this by start valuing their sense of self.	Moderate

Author Title Year Country	Aim	Method	Participants	Results	Quality
Lucie M. Ramjan Sarah Fogarty Clients' perceptions of the therapeutic relationship in the treatment of anorexia nervosa: qualitative findings from an online questionnaire. 2019 Australia	The aim was to understand client's perceptions of the factors affecting the formation of the therapeutic relationship, during treatment or recovery from self-reported anorexia nervosa.	A parallel mixed-method design was used with a 30-item questionnaire of 14 closed- and 16 open-ended questions. Open ended questions were analyzed using conventional Content Analysis and main themes was identified. Participants were found from the organizations: The Butterfly Foundation, Beat Eating Disorders and Centre of Excellence for Eating Disorders.	161 participants, mean age 25 years (inclusion criteria was >18 years old). All participants didn't answer the gender question, but from them who did only one were a man, all others were women. Participants were from UK and Australia.	4 qualitative themes were identified from the participants who had experience of treatment for anorexia nervosa. The themes identified as important for recovery from there experience of treatment were: 1. Trust in the caregiver's intention 2. The importance of that caregivers have a good knowledge about the disease 3. That the treatment was designed after the individual 4. That recovery comes from a good relationship and the continuity of that relationship	Moderate

Author Year Country	Title	Aim	Method	Participants	Results	Quality
Richard Sly John F. Morgan Victoria A Mountford Francesca Sawyer Charlotte Evans J. Hubert Lacey	Rules of Engagement: Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa	The aim of this study was to examine the service user experience of therapeutic alliance, to assess its perceived importance, and to explore what elements help contribute to building a stronger alliance with clinical staff.	Service users at the time receiving hospitalized treatment for anorexia nervosa were in-depth interviewed using a semi-structural model. The topics were: Background, Past treatment history, Experiences of care provided by key nurses, Impressions of therapeutic alliance and Experiences of therapeutic alliance. Interviews lasted around 50 minutes, and was recorded and transcribed in their entirety, available for external scrutiny within the bounds of confidentiality. Interviews covered the key topics, but were also flexibly responsive to the participants' narratives. Data were analyzed using the interpretive phenomenological analysis. The transcripts were then independently read by the authors and themes were highlighted as primary topics. Then these findings were discussed between the authors and the transcriptions were re-read. Definitions of themes were subsequently agreed on. Further on categories of inter-related themes were developed independently and flow charts were used to associate themes and categories. Horizontal analyses were used to group clusters of text thematically, and this repetition of analyses minimized bias.	8 participants between the ages of 18-34 (mean age 25). All were female.	The study resulted in 4 key categories: -Alliance as a Key Experience, Were the key-nurse play a big role in the treatment and if a good relationship develops, this help their recovery. -Active, not Passive Were the participants highlighted the importance of them being included in their own care and treatment. -Taboo Talking Identified as important that the nurse was not afraid of asking tough or intimate questions because if they did, the participants became more honest. Also did their recovery benefit from that since then they had less to hide and from talking about it made them get rid of bad habits/ habits negative for recovery -First impressions count The participants highlighted how important first impression and a good first start was for their trust for the nurse and then their acceptance for treatment and start of recovery became faster and easier.	Moderate

Author Title Year Country	Aim	Method	Participants	Results	Quality
Jana Jenkins Jane Ogden Becoming 'Whole' Again: A qualitative Study of Women's Views of Recovering From Anorexia Nervosa 2012 United Kingdom	The aim of the study was to explore the process of recovery from AN from the patient's perspective as a means to gain insight into what patients believe are the active mechanisms of change for their condition.	In depth- semi structured telephone interviews. The interviews were between 40-70 minutes long and were audio-taped and transcribed. The interview schedule included open-ended questions. The participants were recruited from the organization Beat Eating Disorders. Data were analyzed with Interpretive Phenomenological Analysis (IPA) . The transcriptions were read several times until familiarity with the data were ensured, and a coding sheet were used for every article containing every possible theme/subthemes strengthened by quotes. This process involved close discussion between the authors, and also discussed in a qualitative support group.	15 women between 19-49 years old (mean age 28 years)	The study resulted in a description from the participants of the recovery as process of three themes to relate to: Of being anorexic, the process of change and being recovered. The results showed that there were obstacles processing in these themes as feeling like split between body and mind, AN as both irrational and rational and that recovery is when good relationships enable them to find nonbodily means to express their distress. Therapy should focus on the whole person for to the person to be able to recover.	Moderate

Author Year	Title Country	Aim	Method	Participants	Results	Quality
John RE Fox Pascal Diab	An exploration of the perceptions and experiences of living with chronic anorexia nervosa while being an inpatient on an Eating Disorder Unit: An interpretive phenomenological Analysis (IPA) Study	The aim of this study was to explore sufferer's perceived experiences of living with and being treated within an Eating Disorder Unit for their AN.	The IPA method focus on the lived experience of a particular phenomenon and a small, homogeneous sample is preferable as it aims to balance the identification of shared themes/experiences. The interviews were done with 6 broad questions and prompts and follow-up questions were used. The interviews were around 60-90 minutes and were recorded and transcribed. The participants were recruited from two eating disorder services. Data were analyzed by the procedures for IPA , where within the transcripts an initial list of preliminary themes were identified thorough line-by-line coding. Themes were then grouped into associated clusters, compiled for each interview. Themes from all interviews where then compared and were assembled into sub-themes within higher- order categories.	6 women in between 19-50 years old (mean age of 27). To participate the participants needed a diagnosis of AN since minimum 6 years. Patients with high risk physically (e.g. BMI <14) or high psychiatric risk (e.g. self-harm) were excluded.	The study resulted in 5 themes: 1. Making sense of AN, 2. Experience of treatment/treatment, 3. Interpersonal relationships, 4. Battling with anorexia 5. Staff pessimism in the treatment of AN. The results highlight how the self is entwined with AN and how incredible difficult it therefor is to perceive a life without AN.	Moderate
2015	United Kingdom					

Author Title Year Country	Aim	Method	Participants	Results	Quality
Alison M. Darcy Shaina Katz Kathleen Kara Fitzpatrick Sarah Forsberg Linsey Utzinger James Lock All better? How Former Anorexia Nervosa Patients Define Recovery and Engaged in Treatment 2010 USA	The aim of this study was to triangulate the perspective of former AN patients in terms of how they engage with treatment and define recovery.	The participants were recruited through various community sources and Internet postings, and the study used both qualitative and quantitative data . The qualitative part were semi-structured interviews with open-ended questions and the interview style was 'directed conversations' which means that the interview schedule was flexible in order to allow for exploration of any new issues that might be raised by participants and asking of additional questions where appropriate. The data analysis where inductive approach and analyzed thematically . Data codes were generated systematically, then collated into thematic maps.	24 women between 19-52 years old (mean age 29)	The results show that those with more involvement in treatment choices had better motivation to change and were able to normalize eating. The results show that for recovery there is an importance of finding a goal in treatment, and that this goal must be individually designed.	Moderate

Author Title Year Country	Aim	Method	Participants	Results	Quality
Lisa Dawson Paul Rhodes Stephen Touyz "Doing the Impossible": The Process of Recovery From Chronic Anorexia Nervosa 2014 Australia	The aim of the study was to focus on the process of recovery from chronic AN from the perspective of participants who had fully recovered according to a comprehensive, stringent, and objective definition of recovery.	Participants were recruited by newspapers, television and radio. Purpose sampling was used- it's appropriate when exploring atypical manifestations of phenomena- such as outstanding recovery stories. Narrative inquiry was used and the method involves collection and analysis of personal narratives of experience as a means of understand human action. In-depth, face-to-face interviews of approximately 1, 5 hours were done and the interviews were recorded and transcribed. The narratives were exported to the computer software NVivo for initial coding and narratives were cross-coded for transparency. Each narrative was analyzed in depth, line by line, and main themes and subthemes were identified. Inductive analysis was used with concepts developed from the data, when higher-order conceptualizations began to emerge, evidence were found in data.	8 women between 31-64 years old. Inclusion criteria were for example recovered for at least 5 years, and that they have had AN for at least 7 years. Recovery was defined after several criteria's, for example BMI and the subscale of Eating Disorder Examination (EDE) that is a standardized, investigator-based interview that measures the severity of the characteristic psychopathology of eating disorders.	The results show that important factors for full recovery from `chronic' AN is hope, motivation, self-efficacy and support from others. Recovery was identified as a long and complex process that spanned over 4 phases: from being unable or unready to change, to experience a tipping point where motivation increased and change in quality allowing the women to take action against the AN and finally allowing them to reflect and rehabilitate. Results provide a framework for understanding this complex process.	Moderate

Author Title Year Country	Aim	Method	Participants	Results	Quality
Nicola Rance Naomi P. Moller Victoria Clarke 'Eating disorders are not about food, they're about life': Client perspectives on anorexia nervosa treatment 2017 United Kingdom	The aim of the study was to begin the process of eliciting clients' views by giving AN sufferers the opportunity to talk about their experiences of being treated for their eating disorder.	A maximum variation sampling was used with Internet-based advertisements as well as notices in the waiting room of a number of eating disorder counselling services and support groups in England. Semi-structured interview schedule was developed and the interviews lasted between 59-103 minutes. The interviews were tape-recorded and transcript. Data were analyzed using Thematic analysis , this for to be able to utilize a critical realist epistemology and to focus on the identification of broad themes in the participants' experiences. The analysis was done by six-phase approach- familisation with data, generating initial codes, searching for themes, reviewing themes, defining and naming themes and producing the report.	12 women were recruited between 18 and 50 years old (mean age 32 years old). Men were excluded. 11 women had former diagnose AN, 1 didn't but this due to never asking for help. They were asked to report how recovered they saw themselves from a scale of 0-100 per cent. The respondents ranged themselves from 40-100 per cent recovered.	Results showed a high degree of dissatisfaction with treatment. They felt that treatment is too focused on food and weight. The findings were that they really wanted to be seen for who they are, be treated like a 'whole' person and establish good and 'real' relationships with their caregiver.	Moderate

Author Year	Title Country	Aim	Method	Participants	Results	Quality
Ragnfrid H.S. Nordbø Ester M.S. Espeset Kjersti S. Gulliksen Finn Skårdrud Josie Geller Arne Holte		The aim of this study was to ask patients specifically about what makes them not wish to recover and that they reflect upon this.	A phenomenological , descriptive, qualitative study with elements of grounded theory was employed. The interviews lasted around 90-120 minutes, and data collection was by semi-open, informant-centered, strategic conversation format derived from communication theory. The interview where done in 2 steps, step 1 had an open interview strategy with an interview guide. The findings from step 1, were used to plan the step 2 interviews. Data were recorded and transcript, analyzed with software program QSR-NVIVO7, each text was explored using thematic coding, divided in essence of meaning, and added to the database according to contextual and semantic analysis. All constructs were validated using confirmatory and selective coding. Disagreements were solved with consensus discussion.	36 women between 18-39 years old (mean age 27 years old) At the time of interview, 23 participants were outpatients, 11 were inpatient and 2 had completed both in-and outpatient treatment. Participants were recruited as being treated within the 2 last years from 4 clinical institutions in Norway.	Results identified 7 obstacles that interfered with the wish to recover as, perceiving judgements, feeling stuck, and feeling distressed, denying AN, eating, gaining weight and appreciating the benefits. The study identifies factors that must be handled for the patient to be ready and able to change. Understanding these factors as a nurse will help the motivation work and treatment of patients with AN.	Moderate
	Reluctance to Recover in Anorexia Nervosa 2012 Norway					

Author Year Country	Title	Aim	Method	Participants	Results	Quality
Karen Williams Jane King John R.E. Fox	Sense of self and anorexia nervosa: A grounded theory	The aim of the study was to explore the nature of the relationship between the self and the eating disorder in individuals with a lifetime history of AN.	A constructivist grounded theory was used and semi-structured interviews with 10 open-ended questions with corresponding prompts. Interviews focused on the information given by the participant with the interviewer largely responding to their comments to tease out relevant information. Interviews lasted between 49-109 minutes, 10 interviews were done face to face and one by phone. The interviews were transcribed and coded on a line-by-line basis, segment of the data were named with a label that simultaneously categorized, summarized and accounted for each piece of data. In this process memos were written and authors stopped and analyzed the ideas about codes and categories. Core categories were then identified and developed into an explanatory framework to understand underlying concepts. This process was done until the theory that was emerging made sense and adequately manage new data without further modifications. The analyze process was transparent and discussed within the authors and in supervision.	11 women between 18- 60 years old (mean age 28 years). Participants were recruited from 2 outpatient eating disorder services and 2 eating disorder charities.	Results showed a process in sickness and the recovery in steps of AN taking over self, AN protecting the self, sharing the self with AN, being no one without AN and discovering the real me (accepting the fear). The findings of what it takes to be able to recover, was that the patient needs to discover the real self and to have important implications for the target of therapeutic interventions.	Moderate
2015 United Kingdom						

Author Title Year Country	Aim	Method	Participants	Results	Quality
Cybele R. Espíndola Sergio L. Blay Long Term Remission of Anorexia Nervosa: Factors Involved in the Outcome of Female Patients 2013 Australia	The aim of the study was to exam the inner experiences and external factors associated with young women with AN in remission for at least five years.	Grounded theory with semi-structured interviews with open-ended questions was used. The interviews were done face-to-face and recorded. Each interview lasted around 90-120 minutes. The interviews were transcript, and authors independently reviewed the transcripts and developed preliminary coding scheme. Group discussions helped increase agreement with the coding system and lead to development of a thematic structure including both manifest and latent themes. Confirmatory and selective coding following the 'top-down principle' for validation against the original text.	15 women between 22-32 years old (mean age 27). Individuals were selected with the help of their medical doctors specialized in the treatment of eating disorders. This doctor was not involved in the study. All participants considered themselves as recovered from AN.	Results were found of 4 core parameters that all were associated with remission: motivation to change/stimuli, empowerment/autonomy, media- and social environment related factors and factors of the treatment. Recovery from AN involves several inter-active variables.	Moderate

Author Title Year Country	Aim	Method	Participants	Results	Quality
Vivien Smith Zoe Chouliara Paul G. Morris Paul Collin Kevin Power Alex Yellowlees David Grierson Elena Papageorgiou Moira Cook The experience of specialist inpatient treatment for anorexia nervosa: A qualitative study from adult patients' perspectives 2016 United Kingdom	The aim of the study was to explore women's experiences of specialist inpatient treatment for AN during their treatment admission.	Semi-structured interviews were conducted in two phases over a period of 12 months. The interviews were between 15-60 minutes, depending on the participants feel for discussion. Interviews were recorded and transcribed. A pilot interview was carried out to test the questions. The results were analyzed by thematic analysis and transcripts were read repeatedly and exploratory coding to note information of interest. Connections were then made between themes to produce master themes and describe clusters of similar sub- themes. The data analysis software used were QSR-NVivo8. Final master and sub-themes were reviewed and refined to accurately reflect the dataset as a whole. To strengthen the study transcripts were reviewed by two independent reviewers and also a group of women with AN.	21 women between 18-41 years old (mean age 25). Men were excluded because they were seen as too few to be able to compare with female. Patients were recruited from a specialist high- intensity eating disorder unit at Priory Hospital in Glasgow.	The results show 5 master themes in treatment: shift in control, experience of transition, importance of supportive staff relationships, sharing with peers and process of recovery and self- discovery. Findings suggest that recovery is a process of change and sense of self play a crucial role in the maintenance of AN, and psychological distance between the self and AN is needed for recovery. It's important that the caregiver understand how AN function like a safe place for the individual, in order to help and work for to develop an alternative secure base from which the individual can discover who they really are and where they would like their life to take them.	Moderate

Author Year	Title Country	Aim	Method	Participants	Results	Quality
Kjersti S. Gulliksen Ragnfrid H.S. Nordbø Ester M.S. Espeset Finn Skårderud Arne Holte	The Process of Help-Seeking in Anorexia Nervosa: Patients' Perspective of First Contact with Health Services	The aim was to explore circumstances, reflections and reactions to first contact of individuals who have lived with and experienced treatment for AN.	A descriptive study design was used and principles of grounded theory were followed for the collection and analysis of data. The interviews lasted around 90-120 minutes and recorded by tape. The interviews were semi-open, participant centered, strategic conversation format developed from communication theory. Data were collected in 2 steps, step 1 was more open questions followed by the participants' story, and step 2 were more targeted and strategic interview technique aimed at further exploring the patients' experiences. The recorded interviews were transcript and analyzed in the software program QSR-NVivo. The text was explored using open thematic coding according to the "bottom-up principle". Each full text was divided into excerpts according to their essence of meaning which was coded, labeled and entered into the database for semantic and contextual analysis. Finally, all texts were analyzed a second time according to "top-down principle" and each theme was checked against data for coherence and contrast. The results and the analysis process were discussed in a supportive- research team.	34 women between the ages of 18-51 (mean age 28). Participants were required from 5 clinical institutions in Norway. 22 were outpatients and 12 were inpatients. Mean duration of AN= 9 years (2-25 years), mean age at first contact with health care=22 years old (15-48 years) and mean time having symptoms before contact with healthcare =5 years (0,5-14 years).	The results show that first contact is important and that health care professionals need to demonstrate effective professional communication skills and proficient knowledge about eating disorders in early contacts. Treatment goals other than recovery from AN should be explored, and patients view of AN as a strategy for increased control and mastery in life may be a topic for discussion in the early contacts.	Moderate