Linköpings universitet | Institutionen för hälsa, medicin och vård
Examensarbete i fysioterapi (Kandidatuppsats), 15 hp | Fysioterapeutprogrammet
Vår-/höst termin 2025

Patienters erfarenheter och upplevelser av fysioterapi vid behandling av ätstörning

– En kvalitativ intervjustudie

Patients´ experiences of physiotherapy in the treatment of eating disorder
– A qualitative interview study

Emma Högberg

Handledare: Anna Lindgren
Examinator: Kajsa Johansson

Linköpings universitet
SE-581 83 Linköping, Sverige
013-28 10 00, www.liu.se

Handledare:
Anna Lindgren
Med. Dr, Leg. Fysioterapeut
Institutionen för hälsa, medicin och vård (IMH)
Linköpings universitet

Tentator examensarbetets slutversion:
Pia Ödman
Med. Dr., Leg. Sjukgymnast
Enheten för Fysioterapi
Institutionen för Hälsa, Medicin och Vård (HMV)
Linköpings universitet

Examensarbetet godkänt av kursens examinator Kajsa Johansson: 2025-12-22

Titel: Patienters erfarenheter och upplevelser av fysioterapi vid behandling av ätstörning
– En kvalitativ intervjustudie

Title: Patients´ experiences of physiotherapy in the treatment of eating disorder
– A qualitative interview study

Författare: Emma Högberg, Fysioterapeutprogrammet, Medicinska Fakulteten, Linköpings Universitet

Handledare: Anna Lindgren, Med. Dr, Leg. Fysioterapeut, Institutionen för hälsa, medicin och vård (IMH)

SAMMANFATTNING:
Bakgrund: Omkring 200 000 personer i Sverige beräknas leva med en ätstörning, exklusive det stora mörkertalet. Fysioterapeutisk behandling är en värdefull komponent inom den multidisciplinära behandlingen. I dagsläget föreligger dessvärre bristfällig och låg evidens avseende effekter av fysioterapeutisk behandling. Kvalitativ forskning avseende patienters erfarenhet och upplevelse av fysioterapi är desto mer begränsad.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva patienters upplevelser och erfarenheter av fysioterapi och deras tankar om fysioterapins roll vid behandling för ätstörning.

Metod: En kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade intervjuer. Sex informanter som genomgått fysioterapi som en del av deras ätstörningsbehandling deltog i studien.
Kvalitativ innehållsanalys tillämpades som analysmetod av insamlad datamaterial.

Resultat: Analysen resulterade i fyra huvudkategorier; *Fysioterapi som stöd för inre förändring. Fysioterapi – såväl ett andrum som en utmaning. Bemötandets betydelse för upplevelsen av fysioterapi. Fysioterapins viktiga men begränsade roll inom ätstörningsvården.*

Konklusion: Fysioterapi är betydelsefullt vid behandling för ätstörning, såväl för patienters behandling och tillfriskande som i det multiprofessionella teamet inom ätstörningsvården. Fysioterapins kroppsliga fokus och behandlingsmetoder främjar relationen till kroppen, ökar medvetenhet om tankar, känslor och beteenden samt förbättrar emotionell självreglering. Fysioterapeuternas bemötande upplevs positivt genom empatisk förmåga, lyhördhet och öppenhet. I kontrast bör överdrivet kost-och viktfokus samt träningsförbud undvikas. Potentiella utvecklingsmöjligheter inom fysioterapeutisk behandling avser inkludering av guidad träning, beröring och kunskap om fysisk återhämtning.

Nyckelord: Fysioterapi, Ätstörning, Kvalitativ intervjustudie

Innehållsförteckning

1 Inledning ... 1

2 Bakgrund ... 1

2.1 Ätstörningsdiagnoser ... 1
2.1.1 Anorexia Nervosa ... 1
2.1.2 Bulimia Nervosa ... 1
2.1.3 Pica ... 2
2.1.4 Idisslande ... 2
2.1.5 Undvikande och restriktivt ätstörning ... 2
2.1.6 Hetsätningsstörning ... 2
2.1.7 Andra ätstörningar ... 2

2.2 Prevalens ... 2

2.3 Etiologi ... 3

2.4 Könsskillnader i ätstörningssymtom och kroppsideal ... 3

2.5 Fysioterapeutisk behandling och utvärdering ... 4

2.6 Kunskapslucka ... 6

3 Syfte ... 6

4 Metod ... 6

4.1 Design ... 6

4.2 Urval och rekrytering ... 6

4.3 Datainsamling ... 7

4.4 Analysmetod ... 8

4.5 Etiska överväganden ... 9

4.6 Kvalitet och trovärdighet ... 10

5 Resultat ... 10

5.1 Fysioterapi som stöd för inre förändring ... 11
5.1.1 Förändrad insikt och relation till kroppen ... 11
5.1.2 Självhantering och reglering ... 13
5.1.3 Ökad medvetenhet om tanke, känslor och beteende ... 13

5.2 Fysioterapin – såväl ett andrum som en utmaning ... 14
5.2.1 Fristad och gemenskap ... 14
5.2.2 Kroppsligt motstånd och emotionell sårbarhet ... 15

5.3 Bemötandets betydelse för upplevelsen av fysioterapi ... 16
5.3.1 Upplevelsen av fysioterapeuters bemötande ... 16
5.3.2 Erfarenhet av värdefulla egenskaper i bemötandet ... 18
5.3.3 Erfarenhet av kontraproduktivt bemötande ... 19

5.4 Fysioterapins viktiga men begränsade roll inom ätstörningsvården ... 19
5.4.1 Behov av en mer framträdande och tidigare fysioterapeutisk insats ... 20
5.4.2 Fysioterapins bidrag till tillfrisknande ... 20
5.4.3 Önskan om utveckling av fysioterapeutiska insatser ... 21

6 Diskussion ... 23

6.1 Metoddiskussion 23
6.2 Resultatdiskussion 25
6.2.1 Fysioterapi som stöd för inre förändring 26
6.2.2 Fysioterapi – såväl ett andrum som en utmaning 27
6.2.3 Bemötandets betydelse för upplevelsen av fysioterapi 27
6.2.4 Fysioterapins viktiga men begränsade roll inom ätstörningsvården 28
6.3 Kliniska implikationer 30

7 Konklusion 31

Referenser 32

Bilaga 1 39

Bilaga 2 41

Bilaga 3 44

Bilaga 4 47

Bilaga 5 48

Bilaga 6 50

1 Inledning

Intresse för ämnet väcktes efter en föreläsning om psykiatriska sjukdomar under de första terminerna på utbildningen. Därefter har en framtidsvision av att arbeta inom psykiatrisk vård som framtida yrkesverksam fysioterapeut växt fram. Författaren till detta arbete har uppfattat ätstörningar som ett stort folkhälsoproblem och känner även flertalet personer i sin närhet som drabbats av ätstörningar. Författarens önskan är att öka sin och andra fysioterapeuters kunskap om ämnet för att i framtiden själv kunna hjälpa personer som drabbats.

Efter vidare efterforskning blev det tydligt för författaren att utvecklingen inom området ligger långt ifrån framkant. Under 2024 utgav Socialstyrelsen för första gången nationella riktlinjer vid vård av ätstörning, där ett framstående budskap var en rådande brist i bemötande, kunskap, resurser och tydliga vårdstrukturer. Riktlinjerna belyser att; *”Det behövs också mer kunskap om vård vid samsjuklighet och om andra insatser än psykologisk behandling, till exempel fysioterapi” (Socialstyrelsen, 2024, s. 18).* Därtill har författarens efterforskning väckt frågetecken gällande fysioterapeutens roll inom ätstörningsvården och för patienterna. Inte minst noterade författaren otillfredsställande och otillräcklig kvalitativ forskning som berör patienters upplevelser och erfarenheter av fysioterapi. Betydelsen av ett patientperspektiv har stor klinisk relevans för ökad och djupare förståelse om såväl styrkor som svagheter av nuvarande fysioterapeutisk behandling.

Författaren hoppas med detta arbete att kunna bidra med värdefulla insikter och förståelse för fysioterapins betydelse samt hur den kan förbättras och utvecklas för att uppnå optimal vård för patienter vid ätstörning.

2 Bakgrund

2.1 Ätstörningsdiagnoser

Det finns flera olika ätstörningsdiagnoser som klassificeras och diagnostiseras utifrån två system; ICD-11 (WHO, 2024) och Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2022). Nedan följer karaktäristiska för respektive diagnos baserat på diagnoskriterier.

2.1.1 Anorexia Nervosa

Anorexia Nervosa (AN) diagnostiseras utifrån tre kriterier; begränsat energiintag, rädsla för viktuppgång samt störd kroppsuppfattning avseende vikt och utseende. Detta leder till signifikant undervikt i förhållande till vad som är förväntat utifrån individens ålder, kön, fysisk hälsa och utveckling (American Psychiatric Association, 2022).

2.1.2 Bulimia Nervosa

Bulimia Nervosa (BN) karaktäriseras av episoder av hetsätning, innefattande en större mängd mat än vad personer i allmänhet äter under denna period. Hetsätningen beskrivs som en känsla av att tappa kontroll eller att inte kunna behärska sig till att sluta äta. Personer med BN relaterar starkt sin kropps utseende och vikt till självkänsla, vilket gör att episoderna vanligen följs av ångerkänslor och rädsla för

viktuppgång. Därtill är kompensatoriska beteenden vanligt, så som laxeringsmedel, kräkning eller längre tids fastande (American Psychiatric Association, 2022).

2.1.3 Pica

Pica är en diagnos där födointaget karaktäriseras av icke-näringsrika substanser och ämnen som inte klassificeras som ett livsmedel. Vanliga substanser som personer med diagnosen Pica äter är bland andra is, papper, tvål, kol och målarfärg. Till skillnad från AN föreligger dock vanligen ingen ovilja mot födointag i allmänhet (American Psychiatric Association, 2022).

2.1.4 Idisslande

Idisslande, även kallad Rumination Disorder, innebär att individen repetitivt stöter upp maten som spottas ut, åter tuggas eller sväljs. Diagnosen härleder inte till någon bakomliggande medicinsk orsak (American Psychiatric Association, 2022).

2.1.5 Undvikande och restriktivt ätstörning

Individer med undvikande och restriktiv ätstörning (ARFID) har ingen korrelation med missnöje kring kroppsvikt eller utseende. I stället grundar sig störningen i ett eller en kombination av tre huvudproblemområden. Det första rör sig om ett ointresse för mat. Det andra om en sensorisk komponent där konsistens, temperatur, färg, smak och lukt leder till ett selektivt och restriktivt ätande. Till sist kan det handla om de konsekvenser ätande kan medföra och en rädsla för dessa. Kräkning, magont och att sätta i halsen är exempel på sådana konsekvenser. Låg kroppsvikt och näringsbrist hör inte till ovanligheterna vid denna typ av ätstörning (American Psychiatric Association, 2022).

2.1.6 Hetsätningsstörning

Hetsätningstörning (BED) har liknande drag som BN; periodvist ätande med bristande känsla av kontroll, intag av en mängd mat som gemene man vanligen inte äter inom denna tidsram, ätande utan hungerkänsla samt ätande i snabb takt tills en obehaglig mättnadskänsla uppstår. Perioderna av hetsätning ska enligt diagnoskriterier pågå inom 2 timmar. Denna typ av ätproblematik korrelerar starkt med skam hos den egna individen, varför hetsätandet ofta sker bakom stängda dörrar då ingen ser. Till skillnad från BN föreligger inte kompensatoriska beteenden för ätandet (American Psychiatric Association, 2022).

2.1.7 Andra ätstörningar

De ovan nämnda diagnoserna är de vanligaste förekommande. Vidare finns Atypisk anorexia Nervosa (ANN), Purging Disorder, Nigh-eating disorder, ospecificerad ätstörning samt mildare form av BN och hetsätningstörning (American Psychiatric Association, 2022). Dessa diagnoser är mer sällsynta och kommer därmed inte fördjupas i detta arbete.

2.2 Prevalens

I Sverige beräknas uppemot 200 000 personer vara drabbade av någon form av ätstörning (Riksät, 2022; Socialstyrelsen, 2024). Den globala livstidsprevalensen för unga människor (<30 år) beräknas för kvinnor vara 5.5-17,9 % och för män 0,6-2,4%, vilka sedan tidigare sammanställningar har ökat (Silén & Keski-Rahkonen,

2022). Antalet drabbade kan däremot vara felvisande då det finns ett förmodat stortaligt mörkertal med anledning av skam, motvilja eller rädsla för att på egen hand söka vård. Ytterligare bidragande orsak till mörkertalet antas bero på otillräcklig kunskap hos vårdpersonal och därmed bristande upptäckt av ätstörningsproblematik (Riksät, 2022; Silén & Keski-Rahkonen, 2022; Socialstyrelsen, 2024). Alla personer oavsett ålder kan drabbas av ätstörning, men de drabbade är framför allt ungdomar. Ätstörningssymptomatik utvecklas i tidig ålder där svårighetsgraden ökar med åren (Breton et al., 2022; Davis et al., 2016). Högst förekomst och svårighetsgrad av ätstörningssymptomatiken sker under tidig ungdom vid åldrarna 12-15 år (Breton et al., 2022). Prevalensen för ätstörningarna AN, BED och BN är störst, vilka drabbar kvinnor i högre grad än män enligt statistik (Silén & Keski-Rahkonen, 2022). Den vanligaste ätstörningsdiagnosen som drabbar män är hetsätningsstörning, följt av BN och AN (Mitchison & Mond, 2015).

2.3 Etiologi

Predisponerande och vidmakthållande av ätstörningsproblematik anses härröra från både biologiska, psykologiska, psykosociala (Barakat et al., 2023; Treasure, 2020) och beteendemässiga faktorer (Treasure, 2020). Till biologiska faktorer hör kvinnligt kön och genetik (Barakat et al., 2023; Treasure, 2020). Barn och ungdomar med autoimmuna sjukdomar, särskilt gastrointestinal påverkan som Chrons sjukdom, har associerats med ökad risk (Zerwas et al., 2017). Andra besvär sominflammationer och dysregleringar i tarmar har även föreslagits vara bidragande riskfaktor. Förslaget bygger på immun- och endokrina systemet som styr reglering av aptit och hunger via kommunikation med hjärnan. Dysregleringen och tillväxt av mikrobakterier i mag-tarmkanalen tros orsaka en känsla av långvarig mättnad och på så vis öka risk för ätstörning (Fetissov & Hökfelt, 2019). Diabetes och glutenintolerans har även associerats till utvecklandet av ätstörningar (Barakat et al., 2023)

Psykologiska riskfaktorer rör särskilda personlighets- och beteendemässiga drag samt kognitiva, sociala och emotionella förmågor. Högre predisponering har identifierats hos personer som strävar efter perfektionism, är noga med detaljer, har svårt för att acceptera misslyckanden eller har tvångsmässiga beteenden. Vidare föreligger ökad risk hos individer med sociala och emotionella svårigheter, vilket kan ta sig i uttryck som en svårighet att tolka samt identifiera egna och andras känslor och uttryck (Treasure, 2020).

Psykosociala faktorer och omgivningen kan också påverka där särskild risk föreligger vid mobbning, social isolering, grupptryck eller andra trauman. Olika kulturer där framställandet av kroppar i media och fixerade kroppsideal påverkar människors attityd om den egna kroppen. Vidare har barn, vilkas föräldrar har en destruktiv relation till mat, större sannolikhet att ta efter och utveckla ätstörningsproblematik (Treasure, 2020).

2.4 Könsskillnader i ätstörningssymtom och kroppsideal

Ätstörningar och dess relaterade symtom och beteenden hos män har påvisats ha viss skillnad i jämförelse med kvinnor. Överdrivet fokus och negativ attityd kring mat och kropp är centralt för ätstörningar hos både könen. En framstående skillnad är däremot de könsspecifika kroppsidealen. Vanligen föreligger en strävan mot lägre

vikt och smalhet hos kvinnor, medan en målbild av väldefinierad muskulatur och låg fettprocent råder för män (Gorell & Murray, 2020; Murray et al., 2017). Som följd av de olika kroppsidealen mellan kvinnor och män har den restriktiva och strikta dieten ofta olika syfte. Syftet hos män är ofta att minska kroppsfett och öka muskeldefinitionen, vilket skiljer sig från kvinnors strävan att bli smalare generellt (Striegel-Moore et al., 2009). Vidare föreligger tvångsmässig och överdriven träning mer uttalat hos män (Murray et al., 2014; Striegel-Moore et al., 2009). Andra kompensatoriska utrensningsmedel eller beteenden så som laxering och kräkningar förekommer hos män, men i mindre utsträckning än hos kvinnor (Striegel-Moore et al., 2009).

Rädsla för viktuppgång är ett kriterie för AN (American Psychiatric Association, 2022), hos män föreligger däremot inte denna rädsla i lika stor grad (Murray et al., 2017). Vidare beskrivs karaktären av hetsätningsperioder vid BN som en känsla av att tappa kontrollen och att inte kunna behärska sig till att sluta äta, följt av oro och ångestkänslor (American Psychiatric Association, 2022). Denna känsla tycks inte stämma in på mäns upplevelse av hetsätningsperioderna, vilka generellt rapporterar lägre kontrollförlust, oro och ångestkänslor (Murray et al., 2017).

Den nuvarande klassificeringen av ätstörningar antas utgå från ett kvinnocentrerat perspektiv inkluderat kvinnors symtom, beteenden och kroppsideal. Detta då ätstörningar historiskt har setts som en ”kvinnosjukdom” och uteslutande inkluderat kvinnor i forskningen. Symtom- och beteendenyttringar har även påvisats skilja sig mellan könen. Detta har föranlett till diskussion huruvida klassificeringen av ätstörningar tillgodoser den manliga presentationen av ätstörningar (Gorell & Murray, 2020; Mitchison & Mond, 2015; Murray et al., 2017). Därutöver orsak till komplex identifiering och diagnostisering av ätstörningar hos män (Murray et al., 2017).

Det muskulära kroppsidealet och ätstörningsbeteendet hos män har i stället för ätstörning ofta kopplats till muskeldysmorfi, en typ av kroppsdysmorfi (Murray et al., 2012). Muskeldysmorfi innebär en negativ och förvrängd kroppsuppfattning. Kroppen uppfattas som otillräckligt muskulös och liten, även om den ofta är det motsatta. I syfte att bli mer muskulös tilltas vanligen olika substanser och beteenden så som stränga dieter, överdriven träning och anabola stereoider. Det har påvisats föreligga en ökad risk för utvecklande och förekomst av komorbiditet med ätstörningsdiagnoser inom denna grupp (American Psychiatric Association, 2022). Beteenden som störd kroppsuppfattning, överdriven träning, strikta och restriktiva dieter vid muskeldysmorfi har betraktats ha stora likheter med karaktäristiska vid AN och andra ätstörningsdiagnoser (Murray et al., 2012). Förslag har tillkommit kring att denna typ av kroppsdysmorfi kan indikera på manligt yttrande av ätstörningspatologi samt bör inkluderas inom klassificeringsspektrumet av ätstörningar (Murray et al., 2010; Murray et al., 2012).

2.5 Fysioterapeutisk behandling och utvärdering

Enligt Svenska Psykiatriska Föreningens kliniska riktlinjer ses fysioterapi som en betydelsefull komponent i den multidisciplinära behandlingen (Wallin et al., 2015). De fysioterapeutiska behandlingsformerna orienteras till kroppen, individens medvetande och uppfattning om denna. Störd kroppsuppfattning och förmåga att

uppmärksamma och hantera kroppssignaler (American Psychiatric Association, 2022; Wallin et al., 2015) samt tvångsmässig och överdriven träning är karaktäristiskt vid ätstörningsproblematik i allmänhet (Monell et al., 2018; Wallin et al., 2015).

Inför initierande av behandling är fysioterapeutens roll att bedöma patientens uppfattning och attityd om sin kropp samt dess storlek. Skattningsinstument som Visual Size estimation (VSE) och kroppssiluetter kan användas som bedömningsinstrument avseende kroppsstorlek (Wallin et al., 2015). Body Attitude Test (BAT) är ett självrapporterat frågeformulär som berör kroppsuppfattning- och attitydaspekterna (Probst, 1995). Ohälsosam relation till träning och svårighetsgrad av tvångsmässig träning kan utvärderas genom självrapporterat frågeformulär, The Exercise and Eating Disorder (EED) (Danielsen et al., 2015; Danielsen et al., 2018a). Vidare bedömer fysioterapeuten muskulär smärtproblematik, fysisk aktivitetsnivå, stressnivå, eventuell sömnsvårighet och huruvida kroppsignaler som hunger, mättnad och trötthet förmås tolkas och uppfattas (Wallin et al., 2015).

Inom fysioterapi rekommenderas Basal Kroppskännedom (BK), massage, andningstekniker och postural träning för ökad medvetenhet och kännedom om den egna kroppen. Spegelterapi, sensorisk medvetenhetsträning och utbildning om kropp och fysiologi implementeras för ökad upplevelse, attityd och uppfattning kring kroppen. Slutligen innefattar behandlingen tekniker för sekundära komplikationer som hantering av stress, massage för mag- och tarmproblem samt smärtbehandling (Wallin et al., 2015).

BK utvärderades i en randomiserad kontrollerad pilotstudie inkluderande 22 deltagare med hetsätningsstörning, varav 20 var kvinnor och resterande två män. Sju veckors BK påvisades öka livskvalitet, minska svårighetsnivå av ätstörningen, minskad överdriven kontroll och rädsla för vikt och mat samt en positivare attityd och uppfattning till kroppen (Catalan-Matamoros et al., 2011). Två deltagare i studien intervjuades innan, under och efter BK-behandlingen. Ur intervjuerna innan påbörjad behandling, förekom ett starkt negativt självhat mot den egna kroppen. I de senare intervjuerna, framkom en tydligt positivare kroppsuppfattning och acceptans till kroppen samt BK som ett verktyg för att hitta lugn i sig själv, minska smärta och spänningar (Albertsen et al., 2019).

Yoga som behandling har viss positiv effekt vid ätstörning (Brennan et al., 2020; Carei et al., 2010; Pacanowski et al., 2016). Yogasessioner som specifikt utfördes innan måltider visades minska negativa tankar och attityder kring maten (Pacanowski et al., 2016). Vidare har positiva effekter påvisats på ätstörningssymptomatik, känslor som ångest och depression, minskat fixerat tänkande kring mat (Brennan et al., 2020; Carei et al., 2010;) och självkritiska tankar (Brennan et al., 2020).

Trots det vanligt förekommande kompensatoriska beteendet i form av överdriven och tvångsmässig träning vid ätstörningar (Monell et al., 2018; Wallin et al., 2015), föreslås det i flertalet publikationer och studier rekommendation att införa träning i behandlingen. Tränings-interventionerna syftar till att främja en hälsosam relation till träning (Danielsen et al., 2018b; Dittmer et al., 2020; Mathisen et al., 2020; Hay et al., 2018; Wallin et al., 2015). Föreslagna träningsinterventioner har inslag av kognitiv beteendeterapi (KBT) (Dittmer et al., 2020; Hay et al.,2018; Zeeck et al.,

2020). Innan, under eller efter träning är deltagarnas uppgift är att reflektera och identifiera dysfunktionella tankar, attityder och beteenden. Terapeuterna guidar och utbildar deltagarna i hanteringstekniker för att övervinna det negativa tänkandet och beteendet och främja tankesättet att träning är lustfyllt, utan känsla av tvång. Träningsinterventioner med inslag av KBT har visats minska svårighetsgrad av tvångsmässig träning genom förändrade attityder och tankar (Dittmer et al., 2020; Hay et al.,2018; Zeeck et al., 2020). Vidare framkom en minskning av ätstörningssymptomatik och av bättre emotionell reglering (Dittmer et al., 2020) samt ökad Body Mass index (BMI) (Dittmer et al., 2020; Hay et al., 2018). Enligt författarens kännedom råder däremot ingen konsensus kring lämpligast typ av aktivitet eller träning, intensitet eller dosering.

2.6 Kunskapslucka

Enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer (2024) och tidigare forskning (Vancampfort et al., 2014; Martinez-Calderon et al., 2024; Minano-Garrido et al., 2022; Zutshi et al., 2025) föreligger bristfällig forskning och låg evidens gällande fysioterapi inom ätstörningsvården, oavsett vid behandling av kvinnor eller män. Detta belyser behovet av högkvalitativa primärstudier för att kunna utarbeta evidensbaserad vård och riktlinjer inom området fysioterapi. Likväl har behovet av kvalitativa studier belysts av forskare med uppmaning att genomföras i framtida forskning (Zutshi et al., 2025). Detta överensstämmer med författarens kännedom om att det saknas kvalitativa studier med syftet att skapa en djupare förståelse av patienters erfarenheter och upplevelser av fysioterapeutiska insatser. Kvalitativ forskning ur ett patientperspektiv är värdefullt för djupare förståelse avseende erfarenheter och upplevelser av vården, vilket inte är möjligt genom kvantitativ forskning. Genom kunskap och insikt om patientens behov och upplevelser möjliggörs främjande av personcentrerad, effektiv och meningsfull vård. Kvalitativ forskning kompletterar på så vis kvantitativ evidens och bidrar till en heltäckande förståelse. Kunskapsluckan är tydlig och motiverar därmed syftet med denna studie.

3 Syfte

Syftet med denna studie var att beskriva patienters upplevelser och erfarenheter av fysioterapi och deras tankar om fysioterapins roll vid behandling för ätstörning.

4 Metod

4.1 Design

Studiens design var en kvalitativ intervjustudie där intervjuer genomförs med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide för att kunna besvara syftet som inbegriper upplevelser, erfarenheter och tankar. Kvalitativ innehållsanalys med induktivt angreppssätt tillämpas som analysmetod.

4.2 Urval och rekrytering

Rekrytering av informanter genomfördes i första hand genom att kontakta ätstörningsenheter inom olika regioner. Endast en av de tillfrågade ätstörningsenheterna valde att medverka och bidrog till rekrytering av informanter.

Verksamhetschefen hos ätstörningsenheten tillfrågades primärt kring intresset för deltagande i examensarbetet genom ett informationsbrev (se bilaga 1). Obligat var ett godkännande av verksamhetschef innan rekrytering av informanter. En fysioterapeut vid ätstörningsenheten delade ut informationsblad (se bilaga 2) till sina patienter. Patienterna kontaktade därefter ansvarig student på egen hand vid intresse för att delta. Informanterna tilldelades därefter informationsblad om studien (se bilaga 2), skriftlig samtyckesblankett (se bilaga 4) och ett bakgrundsformulär (se bilaga 6) via mail. Bakgrundsformuläret består av ett fåtal korta frågor som sammanställs för beskrivning av deltagarna i en bakgrundstabell (se tabell 1) under resultatdelen. Rekrytering från ätstörningsenheter var tidskrävande och otillräcklig, därmed rekryterades även informanter via sociala medier. Författaren publicerade information och informationsbrev (se bilaga 3) i fyra olika privata facebookgrupper (Ätstörningar, Vi med hetsätningsstörning (BED), Ätstörningar – riktad till både drabbade och anhöriga, Svenska Truppgymnaster) för personer och anhöriga med ätstörning samt träningsgrupper. De som var intresserade att delta kontaktade självmant ansvarig studieledare. Rekryteringsprocessen pågick från och med maj till början av oktober 2025.

Inklusionskriterier för deltagande i studien var personer ≥ 18 år. Deltagaren skulle ha diagnostiserats med en eller fler ätstörningsdiagnoser. Deltagaren skulle även vara under pågående behandling/kontakt med fysioterapeut eller högst 10 år efter avslutad behandling/kontakt med fysioterapeut.

Slutligen tillämpades ett bekvämlighets- och ändamålsenligt urval. Bekvämlighetsurval innebär att urvalet baseras på vilka informanter som anses mest lättillgängliga (Yin, 2013). Detta urval tillämpades vid rekryteringen via sociala medier på grund av tid- och resursbegränsningar samt bristfällig rekrytering via ätstörningsenheter. Ändamålsenligt urval innebär rekrytering av deltagare som anses vara av stor relevans och informationsrikedom utifrån deras egenskaper, erfarenheter och upplevelser (Yin, 2013). Detta tillämpades både vid rekrytering via ätstörningsenheter och sociala medier. Ändamålsenligt urval motiverades utifrån förväntningar om att patienter inom ätstörningsenheter samt personer i facebookgrupper riktade mot ätstörningar skulle vara av störst relevans och informationsrika för studiens syfte. Under rekryteringsprocessen var antalet frivilliga informanter få, därmed behövde samtliga informanter inkluderas för att uppnå ett tillräckligt antal.

4.3 Datainsamling

Studiens datainsamling skedde genom individuella intervjuer med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide (Se bilaga 5). Intervjuguiden användes som stöd med frågor och eventuella följdfrågor. Intervjuguiden utformades med hjälp av ett framarbetat ramverk utifrån fem faser; 1. Identifiera förutsättningar för att använda semistrukturerade intervjuer, 2. Inhämtning och tillämpning av förkunskaper, 3. Formulera preliminär intervjuguide, 4. Genomföra pilotintervju, 5. Presentera slutgiltig intervjuguide (Kallio et al., 2016). Intervjuguiden omfattar fyra huvudområden; erfarenhet av fysioterapi, upplevelse av fysioterapi, tankar om fysioterapins roll inom området samt kring aspekter i bemötande med patienter med ätstörning.

En pilotintervju genomfördes för att säkerställa att frågeställningarna var lämpligt formulerade och täckte in de områden som skulle besvara syftet. Pilotintervjun gav även en uppskattning till hur lång tid intervjuerna förväntades pågå, målsättningen var är en tidslängd mellan 30-60 min. Pilotinformanten uppfyllde inklusionskriterierna. Data från pilotintervjun inkluderades i analys och resultat, då inga omfattande revideringar i intervjuguiden behövde göras.

Intervjuerna genomfördes digitalt via Zoom under dagtid efter överenskommelse med informant om exakt tid. Samtliga intervjuer, inklusive pilotintervjun, genomfördes vid olika tidpunkter under september fram till början av oktober. Intervjuledaren genomförde intervjun i hemmet utan någon annan närvarande. Ljudinspelning av intervjuer gjordes med diktafon. Ytterligare inspelning gjordes via bild- och ljudinspelningsfunktionen på Zoom, men endast ljudfilen sparades. Bildfilen kasserades direkt efter att ljudfilen försäkrats vara korrekt. Transkribering av intervjuer fördes ordagrant på dator. Informanter pseudonymiserades genom bokstavskoder och personlig information avidentifierades eller togs bort. Data förvarades i ett skyddat filvalv via Linköpings Universitet och endast ansvarig student och handledare för examensarbetet hade tillgång till denna.

Författarens förförståelse är att vara sista terminens fysioterapeutstudent samt har nära relationer till personer med erfarenhet av ätstörningar. Inhämtning av kunskap och forskning kring ätstörningar under arbetets gång bidrog till ytterligare förförståelse.

4.4 Analysmetod

En kvalitativ innehållsanalys med induktivt angreppssätt användes för analys av data från intervjuerna enligt Granheim & Lundman (2004). Kvalitativ innehållsanalys har ett flexibelt användningsområde inom forskning och används ofta inom vetenskap som rör human-, beteende och vårdperspektiv. Den lämpar sig väl för att beröra människors perspektiv, upplevelser och erfarenheter (Granheim & Lundman, 2004). Författaren till detta arbete motiverade således valet av analysmetod för att besvara syftet, samt då den beskrivits som relativt enkel att följa för någon med mindre erfarenhet. Proceduren inleddes med flertalet igenomläsningar av det transkriberade materialet, analysenheterna, för att få en känsla av helheten. Därtill extraherades meningsbärande enheterna ur analysenheterna, vilka relaterade till studiens syfte utifrån olika aspekter. Därefter kondenserades meningsenheterna. Kondenserade meningsenheter komprimerades sedan till koder, till dess mest centrala budskap. Koder med gemensamt budskap grupperades in i subkategorier. Slutligen grupperades de subkategorier med gemensamma budskap in i huvudkategorier. Kategorierna representerar det givna och uppenbara i innehållet, även kallat det manifesta. Ur det manifesta kan dolda och underliggande budskap tolkas och symboliseras av författaren, det latenta innehållet. Endast manifest innehåll analyserades då författaren var tveksam till att det relativt begränsade antalet intervjuer skulle bidra till tillräckligt latent innehåll för att analyseras. Exempel från analysprocessen illustreras nedan (se *Tabell 1*)

Tabell 1: Exempel över analysprocessen från meningsenhet till kategori.

Meningsenhet	**Kondenserad meningsenhet**	**Kod**	**Subkategori**	**Kategori**

”men såna här balans-övningar och övningar där man får kombinera fysiskt med psykiskt eh tycker jag är ganska roliga och det känns som att då kan man känna att kroppen är någonting annat än bara en kropp utan liksom ett verktyg, ett redskap, det här kan jag göra med min kropp”	Övningar som kombinerar fysiskt och psykiskt upplevs roliga, ger en känsla av att kroppen är ett verktyg och redskap, detta kan jag göra med min kropp. I stället för bara en kropp.	Kroppen som ett verktyg och redskap	Förändrad relation och insikt till kroppen	Fysioterapi som stöd för inre förändring
”men jag skulle känna in kroppen, jag skulle hej och hå, jag skulle sitta, stå och gå eh och jag avskydde det. Samtidigt så tyckte jag om det för att det var nånstans där jag hade tid för mig själv, där nån såg mig”	Avskydde att känna in kroppen, samtidigt gav det tid för mig själv, nån såg mig.	Avskyvärt	Kroppsligt motstånd och emotionell sårbarhet	Fysioterapi – såväl ett andrum som en utmaning

4.5 Etiska överväganden

Studien inkluderar människor, berör personliga upplevelser och kan innebära att känsliga ämnen för informanterna berörs. Författaren vid detta arbete var väl medveten om detta och har säkerställt i informationsbrev samt under intervjusituation att informanten har rätt att avbryta deltagandet och undvika att besvara frågor. Författaren har ingen utbildning inom psykologi eller möjlighet att fysiskt närvara om negativa känslomässiga reaktioner skulle uppstå. Därmed tillfrågades ätstörningsenheterna kring deras möjlighet till psykolog eller annan kontaktperson som kunde finnas tillgängliga som samtalsstöd vid behov för deltagarna. I informationsbrev till verksamhetschefen tydliggjordes att deras godkännande innebar ett ansvar att möjliggöra samtalsstöd vid behov. I informationsbrevet för rekrytering av informanter via sociala medier, tydliggjordes informantens egna ansvar om att söka samtalsstöd på egen hand. Reflektion över frågorna och dess formulering gjordes för undvika informanternas upplevelse av integritetskränkande eller att de skulle kännas ifrågasättande, exempelvis genom att undvika ”varför”.

Författaren till detta arbete tog hänsyn till de etiska principerna enligt Helsinki deklarationen (WMA, 2024) samt Vetenskapsrådets rapport om god forskningsed (Vetenskapsrådet, 2024). Den senare bygger på allmänna principer enligt All European Academies kodex (ALLEA, 2023).
I enlighet med etiska principer uppfylls krav på information, samtycke, nyttjande och konfidentialitet i detta arbete. Informationsbrev om studiens syfte, genomförande och rättigheter tillhandahölls berörda deltagare (se bilaga 1-3). Skriftligt och muntligt samtycke begärdes av författaren (se bilaga 4). Informationsbrevet och samtyckeskravet uppfyller en av de etiska principerna, upprätthålla självbestämmande, för god forskningsed vid forskning som involverar människor (Vetenskapsrådet, 2024). Tillhandahållet informationsbrev bidrog till tydlighet och transparens för att möjliggöra den frivilligt deltagande. Krav om nyttjande handlar om att förhålla sig till studiens ändamål och därmed förklaras berättigande för nyttjande av personuppgifter eller annan data. Ingen data eller personuppgift får

användas i annat syfte, förvaras i osäkerhet eller snedvridas (Vetenskapsrådet, 2024). Författaren ansvarade för konfidentialiteten genom att förvara data och personuppgifter i ett skyddat filvalv genom Linköpings Universitet som endast författare och handledare till arbetet hade tillgång till. Pseudonymisering av informanterna gjordes för att undvika publicering av identifierbara personuppgifter eller kunna vara tillgänglig för utomstående.

Utöver etiska principen att respektera självbestämmande bör forskning ta hänsyn till tre ytterligare principer; att göra gott, inte skada och upprätthålla rättvisa (Vetenskapsrådet, 2024). Principerna, att göra gott och att inte skada, motiveras i denna studie genom tillgången till ny värdefull information och insikt kring informanternas upplevelser och därtill insikt i eventuella utvecklingsområden för att förbättra vård vid ätstörning. Författaren har således övervägt nytta och risker med studien. Eventuell risk i denna studie var deltagarens upplevelse av integritetsintrång och känslomässig affekt. Ytterligare risk vid insamling av personlig information och data skulle kunna inneburit identifiering av informanten. Hantering för avidentifiering har redogjorts och innebar en minimal sannolikhet för att denna risk skulle ske. Författaren bedömer att nyttan väger tyngre än risken och har redogjort hur risker har förebyggts och hanterats.

4.6 Kvalitet och trovärdighet

Fyra kriterier bör uppfyllas för att säkerställa kvalitet och tillförlitlighet vid kvalitativ forskning; trovärdighet (credibility), överförbarhet (transferability), pålitlighet (dependability) (Lincoln & Guba 1985; Graneheim och Lundman, 2004) och bekräftelsebarhet (confirmablity) (Lincoln & Guba, 1985). Trovärdighet innebär att de resultat som presenteras är representativa för verkligheten. Överförbarhet handlar om hur resultatet kan appliceras i andra kontext. Pålitligheten grundas i huruvida data och resultat är konsekventa och kan reproduceras över tid (Lincoln & Guba 1985; Graneheim och Lundman, 2004). Bekräftelsebarhet innebär att resultatet kan reproduceras och därmed bekräftas av andra. För bekräftelsebarhet är forskarens neutralitet viktig (Lincoln & Guba, 1985). Hur dessa kriterier uppfyllts i aktuell studie diskuteras i metoddiskussionen.

5 Resultat

Totalt inkluderades sex informanter, varav fem rekryterades via sociala medier och en via ätstörningsenhet. Ursprungligt urval bestod av sju informanter, ett bortfall förekom då informanten tillgav sitt intresse men senare slutade svara vid försök till kontakt. Översiktlig beskrivning av informanternas bakgrund visas i *Tabell 2*. Total intervjutid för samtliga intervjuer var ungefär 3 timmar 23 minuter. Genomsnittlig tidslängd för intervjuerna var 33:49 minuter, spridningen låg mellan 19:15 minuter – 1 h 16 minuter.

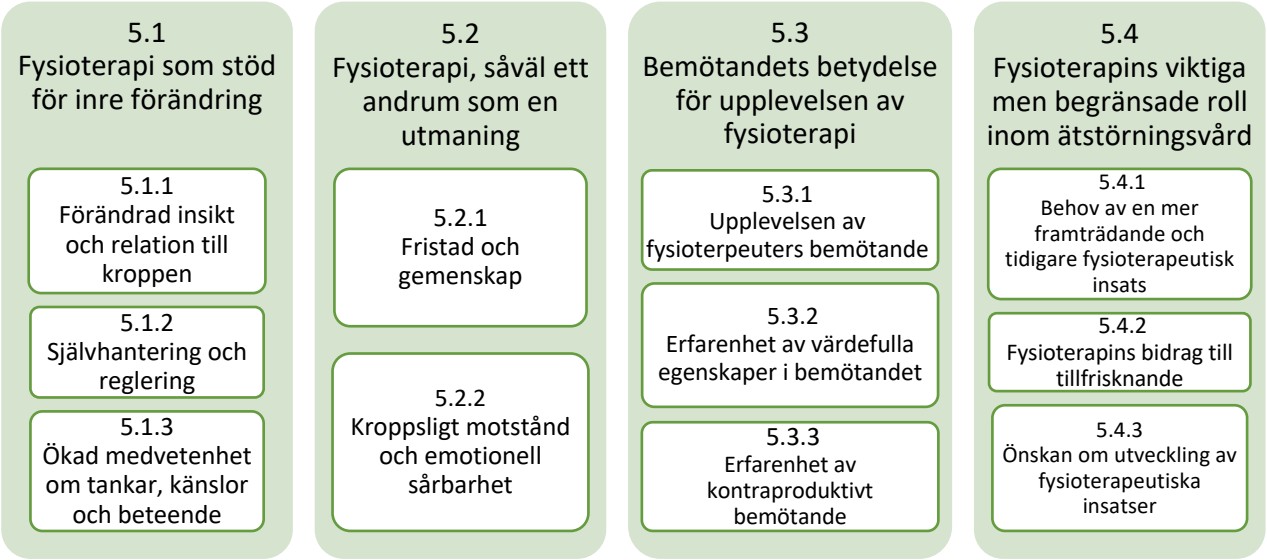
Tabell 2: Bakgrundsinformation om informanter A-F

Informant	A	B	C	D	E	F
Kön	Kvinna	Kvinna	Kvinna	Kvinna	Kvinna	Kvinna
Ålder	25	45	27	21	21	47
Ätstörnings-diagnos	AN	BED	AN	AN	AN	AN,ANN

Tid för fysioterapeutisk behandling (år)	2019-2020	2013, 2016	2012-2025*	2023-2024	2021	2023*
Uppskattat antal träffar med fysioterapeut	15-20	20	50	6-7	15-20	>75

*Förkortningar: AN = Anorexia Nervosa, ANN = Atypisk Anorexia Nervosa, BED = Hetsätningsstörning. Förtydligande: * = pågående/ej avslutad fysioterapeutisk behandling.*

Analysen resulterade i fyra huvudkategorier och elva subkategorier, vilka illustreras nedan *Figur 1*.



Figur 1: Fyra huvudkategorier och elva subkategorier som belyser patienters erfarenheter och upplevelser av fysioterapins roll vid behandling för ätstörning.

Huvudkategorier och tillhörande subkategorier presenteras nedan tillsammans med citatutdrag ur intervjumaterialet för att stödja och underbygga kategorins innebörd.

5.1 Fysioterapi som stöd för inre förändring

Kategorin belyser informanternas upplevda erfarenheter av fysioterapi som en del av ätstörningsbehandling. Erfarenheterna innefattar både känslo- tanke- och beteendemässiga erfarenheter både på kort och lång sikt. Dessa är relaterade till typ av behandling eller övning de genomfört. Exempel på de mest omnämnda var kroppskännedomsträning, kroppsscanning, avslappningsövningar, kroppsstorleksuppskattning, beröring och yoga samt föreläsning om kroppens fysiologi vid ätstörningar. Sammantaget framträder en bild av hur fysioterapeutisk behandling bidrar en förändrad kroppsrelation och ny insikt om kroppen, verktyg för emotionell självhantering och reglering samt ökad medvetenhet kring känslor tankar och beteenden.

5.1.1 Förändrad insikt och relation till kroppen

Gemensamt var att Basal Kroppskännedom (BK), kroppsscanning, avslappningsövningar och andra liknande övningar gav en förändrad relation till och kontakt till kroppen. Det beskrevs som att komma i kontakt med känslor och tankar om sin kropp.

Ja men litegrann absolut att jag vågade gå på basal kroppskännedom och kom med i lite mer kontakt med min kropp. Informant D

Genom fysioterapi, där man fick arbeta med kroppen fysiskt i samtidig kombination med det psykiska och kognitiva gavs ny insikt om kroppens funktion. Den förändrades till att ses som ett verktyg eller redskap som används för att kunna göra saker med den. Tidigare uppfattning om kroppen beskrevs som att bara vara en kropp eller en kropp som skulle se bra ut.

[. . .] det känns som att då kan man känna att kroppen är någonting annat än bara en kropp utan liksom ett verktyg, ett redskap, det här kan jag göra med min kropp. Informant C

En gemensam del i den fysioterapeutiska behandlingen var att genomföra en kroppsstorleks-uppskattning, vilket innebar att uppskatta storleken och därefter mäta. Kroppsmätningen beskrevs vara konkretiserande för skillnaden mellan upplevd och faktisk kroppsstorlek, vilket bidrog till större insikt och reflektion kring den egna kroppens proportioner. Kroppsuppskattningen fungerade som en påminnelse om hur ätstörningen påverkat den egna självbilden. Övningen upplevdes intressant och betydelsefull för att inse att den egna kroppsuppfattningen inte stämmer med verkligheten. Det beskrevs bidra till en mer realistisk och bättre självbild och kroppsuppfattning.

[...] jag hade ett hopprep så sa hon [Fysioterapeuten] ”nu ska du eh,vad du tror hur liksom din midja eh hur stor din midja är” och så gjorde jag ju såhär [visar med händer hur det utfördes] liksom och sen så mätte vi då själva min midja och då såg man ju en väldigt stor skillnad. Att nämen jag tror att jag är såhär stor, men jag är inte såhär stor som jag egentligen tror. Informant E

Vidare lyftes en svårighet att ta emot beröring vid ätstörning på grund av skygghet, att inte vilja visa och känna sin kropp eller ren rädsla för det. Inom fysioterapin utfördes beröringsövningar, antingen på sig själv, från fysioterapeuten eller en gruppmedlem i samband med gruppaktivitet. Beröring kunde antingen ges med exempelvis stressbollar, taggbollar eller genom massage. Övningarna beskrevs bidra till minskad rädsla, ökat behag vid beröring samt att våga ta emot beröring på lång sikt.

Och även ta emot beröring öppnade väl sen upp för att jag skulle våga mera. Informant B

Vidare relaterades avsaknad av beröringsövningar i behandling bidra till en sämre relation till beröring. Beröring ansågs viktig för att främja en positiv känsloupplevelse av beröring.

Jag märker nu att jag kan ha svårt för fysiskt, fysiskt nära, med andra och jag vet inte om det är för att jag saknar fysioterapin den här omgången av behandlingen ... [. . .]. Det kan va att jag inte har [känslomässigt tagen, snyftar lätt], förlåt... att jag inte har eh amen nåt slags prat om bara min kropp liksom. Informant A

5.1.2 Självhantering och reglering

Fysioterapin beskrivs även ha bidragit med erfarenhet av nya hanteringsstrategier och metoder för att hantera emotioner så som stress och ångest. De kroppsliga teknikerna och metoderna har både på kort och lång sikt kunnat tillämpats i olika situationer i vardagen.

Erfarenheter av nyintroducerade behandlingsmetoder som kroppsscanning bidrog till en utökad verktygslåda för självhantering. Kroppsscanning har därefter tillämpats i vardagen som en avslappningsmetod, även efter avslutad behandling.

> *Där fick jag ju en riktig ögonöppnare för kroppsscanning, så det gör ju jag varje kväll när jag ska sova i princip och det får mig att slappna av och bli sömning helt enkelt.* Informant A

På liknande sätt framkom att övningar, strategier och metoder kunnat tillämpats som verktyg på längre sikt vid behov av stresshantering och avslappning.

> *Det var ju mycket det här med asså avkoppling eh att jag vet att liksom när det blir, när jag blir såhär stressad så vet jag ju att det finns asså en snabb lösning på det även om det kanske inte alltid funkar men jag vet att det finns i alla fall och att det funkar.* Informant D

> *Att ta ett steg tillbaka, andas liksom, tänka på eh … också ofta var det så att man skulle spänna ena delen av ja vad ska man säga, ena benet liksom, allt vad man kunde och sen slappna av liksom och det kan jag göra än idag.* Informant E

Beröringsövningar beskrevs också på längre sikt ha tillämpats som en självregleringsstrategi. Beröring angavs som en viktig strategi för att hantera och förhindra hetsätningsepisoder.

> *[…] när jag får sug tillexempel och vill hetsäta så finns det ju ingenting som lugnar mig så mycket som liksom lätt beröring.* Informant B

Därtill nämndes även inbalanserande övningar och ergonomiskt tänkande för hållning i olika kroppspositioner som en erfarenhet de tog med sig. Slutligen belystes föreläsningar och information från fysioterapeuten som en kunskapsmässig erfarenhet avseende kroppens fysiologiska svar och påverkan av ätstörningar.

5.1.3 Ökad medvetenhet om tanke, känslor och beteende

Fysioterapin beskrevs ha bidragit till en ökad medvetenhet om känslor, tankar och beteenden. I denna subkategori belyses en av informanternas berättelser som exemplifierar detta väl.

Fysioterapeuten beskrevs identifiera och kartlägga ohälsosamma tankar och beteenden i relation till träning. Kartläggningen tydliggjorde och ökade medvetenheten om relationen till träning och det egna träningsbeteendet. Detta bidrog till en ökad förmåga till självreflektion och insikt om syftet med träning och därtill en lärdom i att kunna skilja på olika syften. Dessutom erhölls insikten i att det finns flera syften, inte endast för att hålla vikt eller bränna kalorier utan även för att finna träning behagligt och för välbefinnande.

Nu har jag lärt känna skillnad mellan… jag vet om jag kör ett träningspass nu, nu är det är ett litet tag sen jag rört mig då…men om jag ska välja att nu ska jag gå en promenad då vet jag i stort sett alltid ”nu går jag för att jag vill bränna kalorier och jag vill hålla vikt” eller ”nu går jag för att jag är jäkligt sur på det eller det”, och jag vet att också när jag går på promenad för att jag vill det, det är skönt och behagligt. Det kunde jag inte urskilja i början. Informant F

Den ökade medvetenheten om olika syften med träning beskrevs bidra till att kunna arbeta preventivt för återfall. När osunda impulser uppkommer används fysioterapeuten som stöd i stället för att agera på dessa.

Jag har haft perioder där jag har cyklat 1-2 timmar på natten, eh och då ville jag gå tillbaka till att cykla på natten för då brukar jag somna gott sen. Men då hade jag kommit så långt att jag inte gjorde det, jag har haft många sådana bakslag under de här åren, men då ringde jag henne [Fysioterapeuten]i förebyggande syfte och sa ”jag vill göra det här, är det okej att jag går upp och cyklar” och så pratade vi om det och så sa hon ” nej försök att i goda ting bli kvar i sängen”. Så hon är mitt bollplank, aldrig dömande, alltid peppande. Informant F

5.2 Fysioterapin – såväl ett andrum som en utmaning

Kategorin belyser upplevelser av fysioterapin, olika behandlingsmetoder och utförande. Det framkom såväl positiva som negativa aspekter och upplevelser, vilka beskrivs nedan under respektive subkategori.

5.2.1 Fristad och gemenskap

De positiva upplevelserna av fysioterapi beskrivs både utifrån fysioterapin centrala fokus, men även utifrån olika behandlingsmetoder.

Fysioterapisessionerna ansågs skilja sig från möten med andra professioner. Möten med andra professioner upplevdes jobbiga då de berörde känsliga och triggande delar, exempelvis vikttagning, samtal kring mat och psykologsamtal. Att komma till fysioterapeuten beskrevs i stället som ett skönt möte och samtal, ångestfritt och ett tillfälle att inte behöva möta och prata om allt det jobbiga, utan i stället bara ”få vara”.

Det har också känts skönt att komma till fysioterapeuten för det har känts som en liten utomstående del av behandlingen som man får komma på behandling med det är inte att jag ska komma dit och väga mig och prata om hur det har gått utan det är som att man bara får vara sig själv när man kommer till fysioterapeuten tycker jag. Informant C

Vidare belystes skillnaden mellan individuella aktiviteter och gruppbaserad aktivitet. Gemensamt var en positiv upplevelse av behandling i grupp. Gruppaktiviteter upplevdes inte lika utpekande att genomföra. Jämförelsevis upplevdes individuella sessioner med fysioterapeuten inte lika bekvämt. Gruppbaserade aktiviteter ansågs även vara betydelsefull för en större känsla av gemenskap. Känsla av gemenskap upplevdes genom att samtliga i gruppen bär på liknande problematik, hade en större förståelse mellan och för varandra. Det innebar en möjlighet att kunna stötta varandra

och dela sina erfarenheter, känslor och tankar med andra som befann sig i samma sits.

> *Skönt att göra det i grupp för att då kan man ta lite stöd av varandra och det blir litegrann som att man åker på en träning och tränar. Att man åker dit, man får träffa de här tjejerna eller tjejerna och killarna som har liknande problem och man kan känna att de vet hur jag känner*. Informant B

Slutligen framkom en gemensam erfarenhet avseende typ av behandlingsmetod eller övningar, innefattande kroppsuppfattning och mätning, kroppscanning, BK och olika typer av avkopplings-övningar. Minskad ångest, stress och energigivande var gemensam upplevelse av dessa metoder.

5.2.2 Kroppsligt motstånd och emotionell sårbarhet

De negativa upplevelserna var få, men likväl betydelsefulla att lyfta. Antingen var upplevelsen beroende av ätstörningsproblematiken i sig eller beroende av fysioterapeutens agerande.

En negativ upplevelse beskrevs kopplad till hur fysioterapeuten agerade. Upplevelse grundades i att fysioterapeuten stod och observerade under övningarna, vilket skapade en känsla av prestationskrav och bli bedömd för fysioterapeutens skull.

> *Jag hade väldigt svårt för den här fysioterapeuten på ätstörningsenheten att hon tittade på mig. För mig blev det liksom att jag skulle prestera enormt mycket, att jag inte gjorde tillräckligt bra eh att jag blev bedömd eh. Hon gjorde säkert enligt konstens alla regler eh men jag tyckte det var jättejobbigt. Att ligga på en brits och nån tittar på en och man ska säga mm aaa,asså det var ju döden tyckte jag.* Informant F

Negativa upplevelser relaterades även till individuella möten med fysioterapeuten. Det beskrevs som obekvämt och stelt att sitta ensamma tillsammans med fysioterapeuten. Individuella övningar upplevdes utpekande, jämfört med gruppaktiviteter där sådan känsla inte var lika påtaglig.

> *Ja asså det var ju jätteobekvämt i början, speciellt också när bara såhär, när hon och jag sitter i ett rum och så ska vi vara tysta och andas och såhär göra mindfulness.* Informant D

Samtidigt som individuella aktiviteter och sessioner upplevdes mer obekväma än gruppaktiviteter, framkom det ur intervjuerna att det fanns individuella skillnader i upplevelsen. De övriga patienterna i informanternas gruppaktiviteter visade tecken på nervositet, känsloutbrott och svårighet att emotionellt öppna upp sig i grupp. Gruppaktiviteter kunde även upplevas triggande och att man kunde trigga varandra i gruppen.

> *Det fanns andra i gruppen som hade svårare för det och kunde visa tecken på nervositet, ångest, innan våra sessions i grupp med fysioterapeut.* Informant A

Det är ju lätt också att man innan gruppen eller efter gruppen kan triggas av varandra eller att man under gruppen kan triggas av nån som inte vill utföra en övning eller så. Informant C

Negativa upplevelser grundade sig också i ätstörning i sig. Att genomföra övningar för kroppskännedom, avslappning, kroppsscanning, och beröring beskrevs jobbigt på olika sätt. Det innebar att konfrontera ätstörningens vilja att alltid vara i rörelse. Det lyftes att framför allt avslappning- och avspänningsövningar som innebar att vara i stillhet snarare än i rörelse skapade en känsla av lathet.

[. . .] min ätstörning är med där och petar och säger att jag är lat [. . .] men jag kan också se att det finns en poäng med att göra de för att jag måste öva på att slappna av och jag måste öva på att kunna luta mig bakåt eller kunna lägga mig ner eller så. Så det har ju varit tillfällen att bli lite tvingad att göra allt sånt. Informant C

Vidare framkom en negativ upplevelse av kroppskännedomträning. Starka känslomässiga reaktioner uppkom av att känna in sin kropp. Det upplevdes hemskt att behöva känna och komma i kontakt med den egna kroppen och konfrontera det egna kroppshatet.

Jag tyckte mest bara att det var hemskt. Fruktansvärda övningar och jag skulle känna in min kropp som jag bara avskydde. Informant F

5.3 Bemötandets betydelse för upplevelsen av fysioterapi

Kategorin beskriver upplevelsen av fysioterapeuternas bemötande samt betydelsefulla egenskaper hos vårdgivare med betydelse för ett gott bemötande vid behandling för ätstörning. Vidare belyses aspekter som fysioterapeuter och övriga vårdgivare bör undvika vid omhändertagande av en patient med ätstörningsproblematik. Sammantaget har bemötandet betydelse för hur fysioterapin upplevs eller kan påverka upplevelsen.

5.3.1 Upplevelsen av fysioterapeuters bemötande

Det framkom en gemensamt positiv upplevelse av fysioterapeutens bemötande. De beskrevs ha ett fint, empatiskt, trygg och lugnt bemötande. Vidare lyftes att de var förstående, hade ett öppet och icke fördomsfullt eller dömande förhållningssätt.

Jag upplevde att de [Fysioterapeuterna] var väldigt förstående. Båda gångerna var det kvinnor som var några år yngre än mig. Mmm amen jag upplevde de också som om jag inte hade nån press, jag fick liksom vara sjuk ehm asså jag fick vara högutbildad, men ändå ha ett enormt behov av hjälp med min dagliga planering eller liksom att vara högutbildad och vara livrädd för att ta emot beröring. Informant B

Däremot framkom en tidigare negativ upplevelse av en fysioterapeut och annan vårdpersonal som uttryckt skambeläggande och dömande ord för att ha en ätstörning i högre ålder, att det var olämpligt när man har barn och att man bör veta bättre för sin ålder.

Vården har ju sagt jättemycket att ”du är för gammal för att ha det här, du borde veta bättre”, konkret. Och det tycker jag ju även utan de orden, att ja jag är 47 jag borde verkligen fatta eh nu är jag ju ganska bra på alla sätt och vis, men jag är inte i mål än. Informant F

Vidare ansågs fysioterapeuterna ha ett bekräftande mottagande gentemot informanterna och deras känslor, tankar och beteenden. Jämförelser med andra professioners bemötande belystes. Andra professioners bemötande upplevdes mer styrande, medan fysioterapeutens bemötande var mer öppet och skapade en känsla av att någon brydde sig om dem.

Hon [fysioterapeuten] kunde ju liksom bemöta alla jobbiga saker som kom upp där på ett annat sätt än vad min psykolog kunde göra. Och liksom, det var liksom inte ”nu ska vi prata om det här” utan mer ”jag förstår” asså mycket bekräftande, även fast det inte handlade om hennes uppgift egentligen men hon hade det liksom tänket. Informant D

Det var liksom inte riktigt prat om att ” du måste äta” utan att liksom ”hur går det?” och lite så så att hon [Fysioterapeuten] ändå tog i kapp det och så pratade vi alltid lite innan vi skulle göra liksom övningarna, ”hur mår du?” och så och då kände jag ju att eh hon brydde sig om mig vilket jag inte har känt med de andra eh vårdpersonal utan där var det bara liksom ”så nu måste du bli frisk och sen vill vi skicka iväg dig”. Informant E

Upplevelsen av bemötandet speglades även i hur fysioterapeuten positionerade sig i rummet. Tillexempel påverkades samtalet och kontakten negativt med fysioterapeuten om hen satt med en dator framför sig eller att sitta på en stol gav en känsla av instängdhet i jämförelse med att sitta på en brits. Det beskrevs även ibland lättare att öppna upp sig sittandes på golvet eller magliggandes på en brits då hon slapp se fysioterapeuten i ögonen. Det belystes alltså flertalet faktorer som påverkar tryggheten att öppna upp sig för fysioterapeuten, vilket speglades i huruvida fysioterapeuten var lyhörd för patientens önskemål under sessionerna.

Jag har också ibland valt att, nu när jag känner henne [Fysioteraoeuten] så väl, fråga efter en matta att sitta på på golvet för ibland pratar jag bättre på golvet och då har hon också satt sig på golvet. Så det där att fråga kanske hur man vill, vad man trivs bäst med. Informant F

Lyhördheten speglades inte endast i hur patienten önskade positionera sig i behandlingsrummet utan även i själva behandlingen. Fysioterapeuten beskrevs även inneha förmåga att vara lyhörd för informantens vilja samt vilket sjukdomsstadie eller situation de befann sig i. Utifrån detta anpassade fysioterapeuten nivå, val av åtgärd eller behandlingsutförande utifrån den individuella situationen.

Lyhörd för precis vad det är jag vill och liksom inte lägger ribban för högt. Utan man fick jobba precis med det där jag är just nu. Informant B

Fysioterapeuterna ansågs även besitta god kunskap om ätstörningar vilket påverkade upplevelsen av bemötandet positivt. Samtliga professioner ansågs ha god kunskap och kompetens. Det som särskilde fysioterapeuterna med andra professioners

kunskap var däremot att de hade kunskap avseende ätstörningens påverkan på kroppen, både avseende fysiska komponenter och kroppsliga system, men även sambandet till de psykiska komponenterna

> *Just när man träffade [fysioterapeuten] då, att det var väldigt mycket så, "ja det här är det som sjukdomen gör eh det här är vanligt i samband med ätstörningar" eh och så det kändes som att hon hade full koll på vad en ätstörning är och vad det gör med kropp och huvud och sinne.* Informant A

5.3.2 Erfarenhet av värdefulla egenskaper i bemötandet

Denna subkategori belyser betydelsefulla egenskaper hos vårdgivare i allmänhet för ett gott omhändertagande och bemötande av patienter med ätstörning. Dessa egenskaper lyftes inte i relation till fysioterapeuternas bemötande, utan lyftes som viktiga hos samtliga vårdgivare för upplevelsen av ett gott bemötande.

Egenskaper som öppenhet, att inte förhålla sig till fördomar och inte agera dömande var en viktig egenskap att besitta som vårdgivare. Det ansågs att man bör vara öppen för att vem som helst, oavsett ålder, kön eller situation kan drabbas av ätstörning.

> *Att just vara öppen och ha det i bakgrunden när man möter alla patienter, sen behöver man ju inte gå runt och tro att alla har det. Men att vara öppen för det.* Informant F

Vidare ansågs tålamod var en värdefull egenskap vid omhändertagandet. En patient med ätstörning beskrev ofta uttrycka frustration, ilska och starka känslor vilket kan göra patientens mottaglighet för behandling eller omhändertagande svårare.

> *Jag var ju en arg, bitig, liten häxa så då var jag, då var det ju inte lätt att vara skötare till mig. Informant A*

Tålamod hos terapeuter ansågs medföra förtroende och känsla av stöd i både svåra perioder, men även under lättare perioder under tillfrisknandet. Relaterat till att ha tålamod beskrevs värdet av medvetenhet om att de känslor och tankar en patient uttrycker ofta inte är deras rätta jag. Därtill ansågs terapeutens förståelse, om att de starka känslor som uttrycks är tecken på att de inte mår väl, är viktigt för att inte känna sig dömd eller besvärlig.

> *Att ge patienten tid och inte tro att patienten är elak på riktigt utan att det faktiskt är att patienten inte mår bra alls. För jag kan tänka mig att man ibland vill klösa ur håret för att det är så tufft, men eh det ordnar upp sig sen när saker klarnar i den ätstördas huvud helt enkelt och då blir det nåt väldigt fint, en väldigt fin relation faktiskt*. Informant A

Vidare ansågs att terapeuter bör vara trygga i sig själva med förmåga att vara bestämd. Bestämdheten beskrevs som en balans av att kunna känna in patienten när behandlingen bör avbrytas, men inte avbryta så fort jobbiga känslor uppstår. Förmågan av tydligt och förutsägbart gränssättande hos terapeuten ansågs skapa en känsla av trygghet och förtroende.

Att också vara ganska bestämd eh och inte vika sig för när jag tycker att det blir jobbigt eller svårt eh så att jag vet vart jag har min fysioterapeut också litegrann att den finns där och stöttar mig även när det är svårt och tufft. Men blir det alldeles för svårt och tufft då vet jag också att då kommer de säga att okej nu bryter vi eller så. Så att jag vet vart jag har fysioterapeuten, förutsägbar. Informant C

5.3.3 Erfarenhet av kontraproduktivt bemötande

Det framkom flera faktorer kring vad man bör undvika vid omhändertagande hos en patient med ätstörningsproblematik. Ett tydligt framgående budskap var att undvika starkt fokus på själva ätstörningen, vikt, mat och utseende samt strikta förbud.

Inom ätstörningsvården utförs vanligen regelbundna vikttagningar. Kontrollen av vikt verkade som triggande faktor och kunde snarare förvärra ätstörningsproblematiken. Ofta var vikten på vågen synlig, vilket triggade viljan att gå ner ännu mer i vikt. Gemensam upplevelse var att vikt, utseende och mat inte var i fokus i mötet med fysioterapeuten. Däremot framkom en erfarenhet av fysioterapeuter som påpekat förändring i utseende och lagt större fokus på vikt än mående.

Jag har haft fysioterapeuter som har gjort det,"åå nu ser jag att du har gått ner i vikt, det här var inte bra, nu får vi ta en vikt som du inte ser". Jag har ju vart där också med dom också och det är bara några år sedan. Informant F

Det framkom alltså att vikt- och utseendefokuset var kontraproduktivt för tillfrisknandeprocessen. Det ansågs att fokus istället borde läggas på människan bakom ätstörningen. Mindre vikt- och matfokus skapade en känsla av att bli sedd och att vårdpersonalen faktiskt brydde sig om en.

Se mig som människa eh och inte som en ätstörning. Det är lite klyschéaktigt men det ligger väldigt mycket i det. Det är så mycket bakom människorna. Informant F

Vidare framkom att förbud så som träningsförbud bör göras med försiktighet då även detta upplevdes kontraproduktivt. Guidad fysisk träning, vägledning till ett sunt och hälsosamt träningsbeteende och motiverande strategier ansågs mer fördelaktigt. Terapeuter bör visa omsorg genom att bekräfta patientens vilja att träna, men samtidigt förklara anledningen till eventuellt behov av restriktivitet.

Jag har alltid blivit itutad att "nä du ska inte träna, du ska inte träna", förbud, använd aldrig förbud. Det är big no no för mig […] jag tror hellre på motivation sen det är klart är du riktigt risig och du har, jag var ju nere på 36 och så, ja då kanske det inte var lämpligt att vara ute och löpträna. Men att det är, jag har haft så hårda ord utan omsorg. Att visa omsorg, "jag vet att du vill ut och springa men det är inte bra för dig". Jag tror att de orden hade landat bättre hos mig än att dom sa "du får inte ut och springa" kort och gott. Informant F

5.4 Fysioterapins viktiga men begränsade roll inom ätstörningsvården

Kategorin belyser upplevelsen av fysioterapins roll inom ätstörningsvården ur ett större perspektiv samt värdet av att inkludera fysioterapi som en del av behandlingen

för tillfrisknande. Slutligen beskrivs förslag på utvecklingsmöjligheter inom fysioterapi och fysioterapeutisk behandling.

5.4.1 Behov av en mer framträdande och tidigare fysioterapeutisk insats

Subkategorin belyser fysioterapins roll inom ätstörningsvården och den multiprofessionella behandlingen samt huruvida rollen ses som tillräcklig eller inte.

En gemensam upplevelse var att det förelåg en obalans mellan de ingående professionerna i behandlingsplanen. Psykologen ansågs ha störst roll och del i behandlingsplanen. Samtidigt beskrevs dietister och fysioterapeuter minst lika viktiga vid behandling. Därmed framkom en önskan om en mer jämlik fördelning av professionerna i sin behandling.

> *De professioner som är viktigast är väl psykolog, dietist och fysioterapeut kan jag tycka ehm och att de tre egentligen är lika viktiga alla tre, men att psykologen får ta väldigt stor del och så får fysioterapeut och dietist ta en väldigt liten del. Eh så jag hade väl önskat att det tog lika mycket.* Informant C

Enighet i upplevelser och erfarenheter framkom alltså om att fysioterapi bör ingå mer och få en större roll i behandlingsplanen. Som tidigare nämnt ansågs både psykolog, dietist och fysioterapeuter vara lika viktiga.

> *Jag tycker att den [fysioterapin] är värdefull och jag tycker att det borde ingå mer i behandlingen"* Informant D

Obalansen mellan professionerna tydliggjordes även genom erfarenheten att fysioterapin inte erbjudits alls eller för sent under behandlingsprocessen. Det ansågs att fysioterapi alltid bör erbjudas även i tidigt skede, där patienten får vara delaktig och avgöra om behovet av det finns eller inte.

> *Att det [fysioterapi] erbjuds i alla fall, sen att man få bestämma själv vad man känner att "nä men jag är inte i behov av det, jag behöver inte det", helt okej, men att det kanske kan erbjudas även i öppen- och slutenvård*". Informant A

5.4.2 Fysioterapins bidrag till tillfrisknande

Subkategorin beskriver vikten av att inkludera fysioterapi vid behandling för ätstörningsvården. Gemensamt var att fysioterapin har en viktig del i tillfrisknandeprocessen från en ätstörning.

Psykologi, kost samt den psykiska och fysiska relationen till kroppen beskrevs vara tre centrala problemområden vid ätstörning. För att kunna möta dessa behov krävs en multiprofessionell vård av psykolog, dietist och fysioterapeuter utifrån deras olika kompetens- och fokusområden. Fysioterapin ansågs därmed vara värdefull för att bemöta både den psykiska och fysiska relationen till kroppen. Utan fysioterapi i behandlingsplanen ansågs den kroppsliga relationen vara avsaknad.

> *[. . .] fysioterapin har en jätteviktig del, en jättestor del av ett tillfrisknande eftersom…amen mycket av det handlar inte enbart om vårt huvud. Vi vet ju om att en ätstörning är ju mycket i huvudet, det är mycket onda tankar och röster i huvudet men en ätstörning har ju också påverkan på kroppen såklart ehm och på*

så vis så blir det ju en fysisk sjukdom till slut nästan och där får man ju inte tappa. Informant A

Hade vi bara jobbat med psykologer och läkare, som tar medicinering, och dietister, så hade det också varit…vi hade saknat den här delen om relation till själva kroppen. Informant E

Vidare belystes vikten av att inkludera fysioterapi genom att där gavs möjlighet att arbeta specifikt med kroppen, vilket beskrevs som en viktigt del. Relationen till kroppen främjades genom fysioterapeutiska behandlingar och övningar så som kroppscanning, kroppskännedom, beröring samt att reflektera och konfrontera sina tankar och känslor relaterat till sin kropp.

Att få möjlighet att reflektera och känna, scanna kroppen och diskutera om hur man ska komma tillbaka rent fysiskt tycker jag var jätteviktigt Informant A

Fysioterapins kroppsliga fokus sågs därmed som ett komplement till övriga professioners fokus och angreppsätt. Psykologens och dietistens behandling ansågs fokusera mer på det kognitiva psykiska måendet och kostbehandling, snarare än den fysiska kroppen.

Fysioterapin blev ett komplement som byggde samman liksom cirkeln sluten på nåt sätt. Informant C

Slutligen beskrevs fysioterapin som vändpunkten och mest hjälpsamma insatsen för tillfrisknande samt för återfallsprevention.

Jag fick fysioterapi faktiskt ganska sent i min ätstörning, vilket jag tyckte var lite jobbigt för att det var verkligen så här ett halvår stod man lite och stampade. Informant E

Det [fysioterapi] hjälpte ju mig mest tycker jag så det var ju den bästa behandlingen liksom, sen att när jag var bättre så hjälpte det ju mig fortfarande att inte liksom falla tillbaka igen, för det är ju många som kan få återfall och såhär." Informant E

5.4.3 Önskan om utveckling av fysioterapeutiska insatser

Subkategorin beskriver saknade delar i den fysioterapeutiska behandlingen och förslag på vad som borde införlivas mer.

Det framkom önskan om mer information och kunskap om fysisk återhämtning efter och under sjukdom i AN. Särskilt önskades mer specifik och närmare kunskap om hur man bygger upp och stärker muskulatur efter sjukdom för att återhämta sin fysik och kropp igen.

[…] om man har en anorektisk patient kanske i så fall i sina personliga möten, att man kanske kan prata litegrann om hur man bygger upp en undernärd kropp igen. I samband med mat också såklart men att man, muskler förtvinar så att säga, hur man kan ta sig tillbaka lite mer specifikt. Informant A

Vidare saknades mer guidad fysisk träning tillsammans med fysioterapeuten. Vanligen hade endast fysioterapeutens gett en bedömning om hur många träningspass som var acceptabelt eller tidsangivelse för start av träning. Specifikt vad som ansågs vara lämpligt utifrån övningar, intensitet eller liknande saknades. Det framkom att personer med ätstörningar ofta har träning som kompensationsbeteende samt att det florerar ohälsosamma myter om träning som många faller för. Utifrån erfarenhet ansågs det lätt att falla tillbaka till ohälsosamt träningsbeteenden samt en svårighet att förhålla sig till myterna och veta vad som är ”rätt eller fel”.

> *Släpper man fri en person som har haft träning som kompensationsbeteende, så kan det ju svänga rätt fort.* Informant A

Med grund i citatet ovan påstods det föreligga en risk med att låta personen utföra träning på egen hand. Det motiverade önskemålet om att införliva mer guidad träning särskilt vid uppstart av träning under eller efter en behandlingsperiod. En fysioterapeut beskrevs kunna instruera och stödja i träningen samt bidra med kunskap kring de nämnda myterna. Detta för att få stöd till att uppnå ett friskt och hållbart träningsperspektiv och beteende.

> *Jag skulle önska att kunna föra in träning på ett hållbart och bra sätt för kroppen för ofta är det så att man bara får höra från sin behandlare att nu får du träna en gång i veckan eller nu får du börja träna två eller tre eller fyra gånger, men hur jag då tränar är helt upp till mig.*
> Informant C

Vidare framkom förslag om utökade manuella metoder för att behandla fysiska sekundära komplikationer, symtom och olika typer av smärtproblematik. Fysioterapeutiska manuella metoder inom ätstörningsvården beskrevs obefintligt eller mycket sparsamt, åtminstone med syfte av muskuloskeletala besvär. Massage lyftes som en specifik och önskvärd metod för att minska muskulära spänningar.

> *Det jag saknar lite grann är, ofta är vi patienter ganska spända och eh jag vet inte om det riktigt hör till ätstörningsvården eller inte men det känns som att vi ofta har ont i ryggen eller att man snedbelastar på något sätt eller överbelastar, att man får stressfrakturer eller inflammationer eller så, så att lite typ rehabavdel eller massage som kan släppa på knutar. Såna saker skulle jag önska, men det är inget jag har fått vara med om inom min fysioterapi i vården i alla fall utan då måste man gå till vårdcentralen*. Informant C

Vidare belystes problematiken av att ta emot fysisk beröring vid ätstörning och att det påverkar närhet och relationer i privatlivet. Med bakgrund till beröringsproblematiken vid ätstörning lyfte informanterna en tro på att införliva mer beröringsövningar inom fysioterapin för att stödja patienter till att acceptera och närma sina kroppar fysiskt samt lära och finna eller återfinna behag av att mottaga beröring.

> *[. . .] vi satt bara o pratade men jag kände att jag liksom ville röra vid de här personerna som berättade om sina ätstörningar. Dem hatade ju sina kroppar de ville absolut inte se sig i spegeln och där kände jag att gud vad onödigt det är att*

vi sitter och pratar bara, här behövs ju beröring [. . .] jag tror att det skulle vara bra med ännu mer beröring av ätstörda. Informant B

6 Diskussion

6.1 Metoddiskussion

Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats valdes då den lämpar sig väl för intervjustudier med syfte att studera ett fenomen (Graneheim & Lundman, 2004; Hsieh & Shannon, 2005; Lindgren et al., 2020), genom kodning och skapandet av kategorier för att bilda förståelse, tolkning och beskrivning av innebörden i det informanterna uttrycker. Analysprocessen följer en tydlig struktur vilket stärker trovärdigheten (Graneheim & Lundman, 2004), vilket är en fördel utifrån författarens brist på tidigare erfarenhet av innehållsanalys. Datainsamlingsmetod i form av intervju är också väl lämpad för studiens syfte för att kunna erhålla patienters erfarenheter, upplevelser och tankar.

För att säkerställa tillförlitlighet och kvalitet inom kvalitativ forskning är trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet (Lincoln & Guba 1985; Graneheim & Lundman, 2004) och bekräftelsebarhet (Lincoln & Guba, 1985) fyra kriterier att förhålla sig till. Begreppen och huruvida de har uppnåtts i aktuell studie diskuteras nedan.

Pålitligheten är beroende av datainsamlingens omfattning, tidsintervall och huruvida datainsamling är konsekvent över tid (Graneheim & Lundman, 2004). I aktuell studie har ursprunglig intervjuguide använts konsekvent under hela datainsamlingsprocessen. Inkonsekvens under intervjuerna kan dock inte bortses från, då intervjuledarens roll successivt utvecklades kontinuerligt i form av ökad trygghet och erfarenhet. Utvecklingen av intervjuledarens roll kan ha påverkat relationen till informanterna samt informantens känsla av trygghet och kommunikativa öppenhet. Vidare erhöll intervjuledaren nya perspektiv och insikter kontinuerligt efter varje intervju, vilket sannolikt bidragit till en bredare variation av följdfrågor. Variationsbredd i följdfrågor kan å ena sidan ses som en styrka genom att bidra till ett djupare och mer berikat analysmaterial inför analysprocessen. Å andra sidan kan det ses som en svaghet om det bidrar till stora skillnader som försvårar jämförbarheten mellan analysenheterna.

Överförbarheten avser huruvida resultaten kan appliceras inom andra kontext (Graneheim & Lundman, 2004). I aktuell studie presenteras en tydlig tabell som beskriver informanterna, vilken underlättar läsarens egen bedömning avseende studiens grad av överförbarhet. Det finns en viss heterogenitet bland informanterna avseende ålder, ätstörningsdiagnos samt geografisk spridning av den fysioterapeutiska behandlingen. Resultatet är således förslagsvis överförbart mellan olika ätstörningsdiagnoser och olika ålder som befinner sig i en liknande kontext. Graden av överförbarhet mellan olika diagnoser är däremot begränsad, då majoriteten hade Anorexia Nervosa. Däremot föreligger en könsmässig homogenitet, då endast kvinnor deltog i studien. Överförbarheten till andra könsidentiteter går därmed inte att motivera och bidrar till en begräsning i studiens överförbarhet.

Forskarens objektivitet och transparens avgör studiens *bekräftelsebarhet,* därtill huruvida resultatet faktiskt är informanternas berättelser och inte speglat av forskarens egna tolkningar, förväntningar eller erfarenheter (Lincoln & Guba, 1985). Bekräftelsebarheten i aktuell studie har tagits hänsyn till av genom ett kontinuerligt reflexivt förhållningssätt. Genom att kontinuerligt varit medveten om den egna förförståelsen, rollen, uppfattningar och värderingar samt hur dessa omedvetet eller medvetet kan komma att påverka tolkningar. Vid skapandet av intervjufrågor eftersträvades neutrala och öppna frågor för att inte påverka informanten mot ett visst specifikt eller önskat svar. Vidare förhöll sig författaren reflexiv genom analysprocessen. Dels genom att strikt följa den kvalitativa innehållsanalysens stegvisa struktur fram till skapandet av kategorier. I steget, att extrahera meningsbärande enheter, valde författaren att genomföra det i tre omgångar för respektive analysenhet. Den första extraktionen visade sig vara delvis färgad av egna värderingar kring vad som anses relevant för studiens syfte. Ytterligare meningsenheter, som initialt framstod som oväntade eller ej relevanta för syftet, identifierades genom upprepning av processen med större medvetenhet och mer öppet perspektiv. Dessutom presenteras en tydlig redogörelse i metod- och resultatdelen inkluderande urval, datainsamling, beskrivning av informanter, tabell över analysprocess och med underbyggande citat. Den systematiska analysprocessen av att finna relevanta meningsenheter, att tydligt presentera resultat av analysprocessen samt underbyggande citat, visar på transparens som tillåter läsaren att granska och bedöma studiens kvalitet. Enligt Graneheim & Lundman (2004) stärker detta trovärdigheten.

En begränsning i aktuell studie korrelerat till bekräftelsebarheten är det faktum att författaren genomfört studien utan medförfattare. Triangulering genom ”peer debriefing” görs i syfte att skaffa sig fler tolkningar och perspektiv vid analysprocessen genom diskussion med andra forskare, vilket stärker trovärdigheten och minskar risken för bias (Ohman, 2005). Enighet bland flera forskares tolkningar och extraherade koder och kategorier i en kvalitativ innehållsanalys stärker både bekräftelsebarhet och trovärdighet (Granheim & Lundman (2004). Även om författaren i högsta mån arbetat reflexivt, finns det därmed en risk att analys och resultat har påverkats av författaren. En ytterligare svaghet är att ingen respondentvalidering genomförts på grund av tidsbrist. Respondentvalidering är till fördel för att stärka trovärdigheten och öka bekräftelsebarheten (Graneheim & Lundman, 2004).

Det finns flera svagheter i studien som potentiellt kan ha påverkat resultatet. För det första finns en risk relaterat till informanternas vetskap om att intervjuledaren är fysioterapeutstudent. Det kan ha lett informanterna till förskönande eller undvikande till att lyfta negativa och kritiska aspekter av deras upplevelser och erfarenheter av fysioterapi. För att motverka detta betonade intervjuledaren i den inledande muntliga introduktionen under intervjusituationen, en strävan efter informantens genuina erfarenheter, tankar och upplevelser. För det andra kan brister i rekryteringsprocessen och tillämpningen av bekvämlighetsurval ha påverkat resultatet. Rekrytering av informanter via Facebookgrupper, innebar ett självrekryterande. Det finns en risk att informanterna som valde att deltaga i studien gjorde det på grund av en positiv erfarenhet och upplevelse av fysioterapi. Omvänt finns möjligheten att de som inte frivilligt anmälde sitt deltagarintresse hade ett negativt eller mer kritiskt perspektiv, vilkas perspektiv då inte fått utrymme i aktuellt

studie. Vidare var författaren beroende av kontaktpersoner vid ätstörningsenheterna vilka fungerade som en mellanhand för att kontakta och rekrytera potentiella informanter. Författaren säkerställde inte att kontaktpersonen inte gjorde ett eget urval utifrån vilka patienter som de ansåg lämpliga eller undvek att tillfråga intresset hos specifika patienter av en viss anledning. Detta kan potentiellt ha påverkat resultatet i en viss riktning genom att orsaka att betydelsefulla informanter och perspektiv för studiens syfte uteblivit.

Rekryteringen av informanter var tidskrävande på grund av bristande deltagandeintresse, totalt inkluderades sex informanter. Med hänsyn till arbetets tidsram var författaren tvungen att avsluta rekryteringen för att hinna med analys och resultatpresentation. Trots det relativt begränsade antalet informanter och total inspelad intervjutid, bedömdes intervjuerna vara tillräckligt informationsrika och varierade. En enkel riktlinje för avgörande om man insamlat tillräckligt datamaterial är när inga nya större eller väsentliga perspektiv uppkommer i de sista intervjuerna (Alvehus, 2023). I enlighet med denna riktlinje och de informationsrika intervjuerna bedömde författaren att tillräcklig mängd datamaterial hade insamlats för att kunna besvara syftet.

Att samtliga intervjuer genomfördes av en intervjuare kan ses som både en svaghet och styrka. Olika intervjuare kan fånga upp en variation av informanternas erfarenheter och upplevelser genom att ställa olika följdfrågor samt inneha skillnader i förförståelse till området. Flera intervjuare reducerar således subjektiv bias. Däremot kan skillnader i intervjuerna bidra till en svårighet för resultatanalysen och vad aktuell fråga bidragit för resultat. Å andra sidan bidrar en intervjuare till mer kontinuitet mellan de olika intervjuerna och därmed bidra till en stärkt jämförbarhet och underlättande analysprocess.

6.2 Resultatdiskussion

I huvudkategorin *5.1 Fysioterapi som stöd för inre förändring* framkom erfarenhet i form av förändrad kroppsrelation och insikt till kroppen. Det centrala var även att se kroppen som ett verktyg än bara en kropp, komma i kontakt med känslor och tankar, förbättrad och realistisk kroppsuppfattning samt självbild, verktyg för emotionell självhantering på lång sikt och en ökad medvetenhet om inre beteende. I kategorin *5.2 Fysioterapi – såväl ett andrum som utmaning* framkom både positiva och negativa upplevelser av fysioterapi. Gemensamt var en känsla av att fysioterapin var ångestfri och en plats där man bara fick vara, vilket kontrasterades mot andra professioner. Gruppaktiviteter gav känsla av gemenskap medan individuella aktiviteter upplevdes obekvämt och utpekande. Negativa upplevelser beskrevs även i relation att konfrontera sin ätstörnings vilja eller att komma i kontakt med känslolivet och det egna kroppshatet. I *5.3 Bemötandets betydelse för upplevelsen av fysioterapi* framkom en gemensam positiv upplevelse av fysioterapeuternas bemötande. Fysioterapeuterna hade ett empatiskt, lyhört, förstående, icke-dömande och öppet förhållningssätt samt hade god kunskap om ätstörningar och dess kroppsliga påverkan. Vidare var tålamod, icke-dömande trygghet i sig själv och bestämdhet egenskaper som ansågs vara av betydelse för ett gott bemötande samt lyftes som egenskaper samtliga vårdgivare inom ätstörningsvård bör ha. Strikta förbud för träning och överdriven vikt-, kost- och utseendefokus ska undvikas i bemötandet och hade negativ inverkan i upplevelsen. Slutligen under *5.4 Fysioterapins viktiga men*

begränsade roll inom ätstörningsvården belyses fysioterapin som en betydelsefull del för tillfrisknande vid ätstörning genom dess kroppsliga fokus. Samtidigt framkom en bild av en otillräcklig roll och att insatser erbjuds sent i behandling. Det framkom även delar inom ramen för fysioterapeutisk behandling som saknades och bör utvecklas. Guidad fysisk träning, beröring, manuella metoder för sekundära fysiska komplikationer samt utökad information om hur man återhämtar sig fysiskt var centralt. Resultatet diskuteras närmare nedan utifrån respektive huvudkategori och i relation med tidigare forskning.

6.2.1 Fysioterapi som stöd för inre förändring

Enligt resultatet har fysioterapi kroppen i centralt fokus och främjar relationen till kroppen samt ökad medvetenhet om tankar, känslor och beteenden. Behandlingsmetoder och övningar som kroppskännedom, mindfulness, avslappningsövningar, kroppsscanning, beröring och yoga relaterades till denna erfarenhet och upplevelse. Resultatet tyder även på att fysioterapins bidrar till att på längre sikt kunna hantera emotioner genom tillämpning av dessa metoder i vardagen vid behov som självreglering. Resultatet går i linje med tidigare forskning som påvisat att sådana metoder stärker relationen till den egna kroppen, förbättrar kroppsuppfattning samt effektiv metod för emotionell reglering (Bravo et al., 2024). Enligt denna studies resultat beskrevs framför allt BK som ”att komma i kontakt” med kroppen. Resultatet går i linje med tidigare studier som påvisar liknande kroppslig upplevelse av BK att få kontakt med sin kropp (Albertsen et al., 2019; Catalan-Matamoros et al., 2011).

Resultatet visade även på en ökad medvetenhet om känslor, tankar och beteenden, vilket enligt intervjuberättelser tydde på en lättare tillämpning av metoder för självhantering. Metoderna tillämpades både på kort och lång sikt genom vid stress, ångest och behov av avslappning. Detta resultat stöds av tidigare forskning med liknande psykologiska behandlingsmetoder och inslag i behandlingen anses viktiga för självhanteringen och återhämtning på längre sikt (Cogodi et al., 2024).

Förvrängd kroppstorleksuppfattning är vanligt vid ätstörningsproblematik, framför allt vid AN, där det är vanligt förekommande att man överskattar sin kroppsstorlek (American Psychiatric Association, 2022). Enligt Wallin et al. (2015) bör därför kroppsstorleksuppskattning göras initialt vid påbörjan av fysioterapeutisk behandling. Flera olika metoder kan användas för att förbättra kroppsuppfattningen, där vanliga metoder är spegelterapi eller uppskattningar och mätning med ett rep (Probst & Diedens, 2017; Wallin et al., 2015). Spegelterapi, där patienten exponeras för sin egen kropp framför en spegel, är en vanligt använd metod (Biney et al., 2021; Morgan et al., 2014). Det finns praktiska skillnader mellan spegelmetoden och den kroppsstorleksuppskattning i aktuell studie fick göra. Syftet och grunden är däremot densamma, där den egna kroppsuppfattningen konfronteras och jämförs med den faktiska storleken (Biney et al., 2021; Morgan et al., 2014). Resultatet i aktuell studie visade på betydelsen av kroppstorlekssuppskattning för en mer realistisk uppfattning om den egentliga kroppsstorleken. Liknande erfarenhet återfinns i resultatet av Biney et al. (2021) där deltagare uttryckte liknande;*” What I thought was helpful the most was probably getting evidence about my beliefs*”, *”I found ME really helpful and I can see the difference in how I feel about my body and shape”*(s. 1830). Tidigare forskning har påvisat ytterligare positiva effekter av kroppsstorleksuppskattning som minskad kroppskontroll, kroppsundvikande beteende, ångest, oro för vikt och

utseende (Biney et al., 2021; Morgan et al., 2014) och förbättrad livskvalitet (Morgan et al., 2014).

6.2.2 Fysioterapi – såväl ett andrum som en utmaning

De positiva aspekterna enligt resultatet var att fysioterapi och möten med fysioterapeuten som upplevdes som en skön, ångestfri och trygg del av behandlingen, vilket ställdes i kontrast med de andra professionernas behandlingar. De innebar vanligen mer ångest då de fokuserade på kost, vikt och jobbiga samtal. Gruppaktiviteter upplevdes som positivt. De negativa aspekterna innefattade individuella aktiviteter, utmaning i att konfrontera sjukdomens viljor och tankar och komma i kontakt med sin kropp samt upplevelse av prestationskrav skapade av fysioterapeutens agerande.

Gruppaktiviteter ansågs skapa en känsla av gemenskap, i jämförelse med individuella sessioner som snarare upplevdes obekväma och utpekande. Å andra sidan delgav informanterna att flera av gruppmedlemmarna hade svårare för gruppsessioner i form av ångest och svårighet att emotionellt öppna upp sig för gruppen. Detta ställer krav på fysioterapeuters förmåga att vara lyhörd och kunna individanpassa behandling utifrån patientens integritet, behov och önskemål. Detta kan diskuteras utifrån patientlagen (SFS 2014:821) som belyser vikten av respekt för patientens integritet och möjliggöra delaktighet och självbestämmande för sin vård.

Fysioterapeutens agerande under behandling kunde också inge negativa upplevelser och specifikt en känsla av krav på att prestera och att bli bedömd. Att individuella aktiviteter upplevdes obekvämt och jobbigt ledde författaren till ytterligare frågeställning. Grundades även den upplevelsen i fysioterapeutens bemötande eller var det övningens utförande i sig som orsakade det? Oavsett stärker detta återigen behovet av att som fysioterapeut kunna vara lyhörd för patienten. Författaren menar att det kräver en inkännande förmåga och att arbeta reflexivt i förhållande till ens agerande och hur det potentiellt kan påverka patientens trygghet.

Kroppsmedvetenhetsövningar beskrevs som utmanande, då det innebar att känna in sin avskyvärda kropp och att konfrontera sjukdomens viljor och tankar. Detta går i linje tidigare studiers (Albertsen et al., 2019; Naess & Kolnes., 2022) resultat som belyser detta på liknande sätt. Att det fanns en motvilja och undvikande till att känna in kroppen och denna typ av övningar framkallade obehag. Samtidigt belyser de två studierna av Albertsen et al (2019) och Naess & Kolnes (2022) att patienternas obehagskänsla av att känna in kroppen minskade över tid och att de lärde sig acceptera och hantera de tankar och känslor som uppkom under sessionerna. Den ovan utmanande upplevelsen vid kroppsmedvetenshetsterapier verkar alltså vara vanligt förekommande, men genom repetitiva sessioner kan fysioterapin vara betydelsefullt för acceptans och hantering av känslor och tankar.

6.2.3 Bemötandets betydelse för upplevelsen av fysioterapi

Ur resultatet framkom en gemensam positiv upplevelse av fysioterapeuternas bemötande. De ansågs ha goda kunskaper om ätstörningar samt ett empatiskt, lyhört, stöttande och tryggt bemötande. De ansågs bemöta patienten och deras känslor och tankar genom mycket bekräftande och förståelse. Fysioterapeuterna beskrevs som icke-dömande eller skambeläggande, däremot förekom enstaka upplevelser av dömande och fördomsfulla fysioterapeuter. Kost- och viktfokus och träningsförbud

bör undvikas, då det ansågs ha en kontraproduktiv effekt. Fysioterapin ansågs däremot i helhet vara fri från kost- och viktfokus, i jämförelse med möten med andra professioner.

Enligt forskning har ett varmt, empatiskt, stöttande bemötande samt god kunskap om ätstörningar belysts av patienter med ätstörning som särskilt betydelsefulla för främjandet av en god terapeutisk allians, trygghet, hälsoutfall och följsamhet i behandling (Albano et al., 2024). Ur intervju-berättelserna i aktuell studie framkom det enstaka negativa upplevelser från såväl fysioterapeuter som andra vårdprofessioner, där de uttryckt och agerat fördomsfullt, dömande och skambelagt informanten. Enligt forskning lyfts sådana faktorer påverka behandlingsprocessen negativt (Albano et al.,2024). Dömande, skambeläggande, brist på empati och kompetens har visats leda till negativ behandlingsprocess genom ökad skamkänsla hos patienten, försämrad terapeutisk relation och avhopp från behandling (Albano et al.,2024).

Vidare belyser resultatet flera aspekter att undvika vid mötet av en patient med ätstörning, däribland det stora kost- och viktfokuset som föreligger inom ätstörningsvården. Det ansågs snarare vara kontraproduktivt och kunde upplevas triggande för ätstörningssymtom och dysfunktionella beteenden och tankar. Att se människan bakom ätstörningen var önskvärt och bidrog till upplevelsen av att fysioterapeuterna genuint brydde sig. Det stora fokuset på kost och vikt och dess negativa inverkan, går i linje med andra drabbades och närståendes uppfattning och åsikt (Churruca et al., 2020; Levallius, 2023; Rance et al., 2017; Zugai et al., 2024). Däremot ansågs fysioterapin och de utövande fysioterapeuterna inte lägga lika mycket fokus kring detta i jämförelse med andra vårdprofessioner. Författaren till detta arbete anser att detta inte nödvändigtvis beror på en högre medvetenhet hos fysioterapeuter om att vikt och kost kan verka kontraproduktivt för ätstörda patienter. Utan snarare är ett naturligt förekommande bemötande utifrån de olika rollernas ansvar-, kompetens- och fokusområden.

Slutligen indikerar resultatet på att förbud bör undvikas, framför allt avseende träning och fysisk aktivitet. Ett förbud mot träning kunde i stället upplevas kontraindproduktivt och innebära sämre hälsoutfall och psykiskt mående. Denna uppfattning överensstämmer med forskning som i stället rekommenderar individuellt anpassad och övervakad träning (Quesnel et al., 2018). Däremot bör mer forskning och evidensbaserade riktlinjer utformas för en riskfri och patientsäker träning (Quesnel et al., 2018).

6.2.4 Fysioterapins viktiga men begränsade roll inom ätstörningsvården

Resultatet visar att det föreligger en obalans i rollfördelningen inom ätstörningsvården, där fysioterapeuten bör få en utökad roll. Vidare framkom att fysioterapi är en värdefull del för tillfrisknande. Fysioterapin ses som ett komplement i behandlingen som “sluter cirkeln”, då det möter ett av de tre centrala problemområden vid en ätstörning; relationen till kroppen. Resultatet belyser även förslag till utvecklingsmöjligheter inom fysioterapeutisk behandling som mer guidad fysisk träning, kunskap om fysisk återhämtning, manuella metoder och fysisk beröring.s

Enligt resultatet beskrevs psykologer ha störst roll, men dietister och fysioterapeuter ansågs däremot lika viktiga. önskade en mer jämlik fördelning av vård från de tre professionerna, vilket går i linje med resultatet ur Frisk&fri vårdrapport (Levallius, 2023) baserat på drabbade och närståendes upplevelser av vård vid ätstörning. I Mathisen et al. (2020) studie jämfördes effekterna av en behandling med kombination av fysisk träning och kost med psykologisk behandling i form av KBT hos patienter med BED och BN. Resultatet visade att de båda behandlingsformerna gav snarlika effekter avseende ätstörnings-symtom och psyko- och psykosocialt välbefinnande. Kombinationen av fysisk träning och kostbehandling minskade även depressiva symptom (Mathisen et al., 2020). Forskarnas resultat stödjer fysioterapeuters och dietisters utökade roller, de är lika effektiva även om de står ensamma i en behandlingsplan. Därtill överensstämmer resultatet av Mathisen et al. (2020) med resultat i aktuell studie att fysioterapi och dietister har en lika viktig roll inom behandlingen. Fysioterapin bör tilldelas en större roll inom ätstörningsvården.

Upplevelsen av fysioterapins otillräckliga roll inom behandlingen kan även speglas i erfarenheten av huruvida fysioterapi erbjuds eller inte samt att det kom sent i behandlingsprocessen. Enligt kliniska riktlinjer vid ätstörningar (Wallin et al., 2015) bör olika behandlingsalternativ ur ett tvärprofessionellt team erbjudas i syfte att uppnå största möjliga patientdelaktighet och självbestämmande samt tillgodose patientens individuella önskemål och behov. Kravet på patientens delaktighet och information om alternativa behandlingar och metoder regleras även enligt patientlagen (SFS 2014:821). Fysioterapin beskrevs även som en vändpunkt som gynnade och effektiviserade tillfrisknandet. Författaren till aktuellt arbete menar att erbjudande av fysioterapi i tidigare skeden, kan skapa effektivare vård och ökad delaktighet för patienten.

Guidad fysisk träning var avsaknad, men samtidigt en önskvärd del att införa inom den fysioterapeutiska behandlingen. Denna upplevelse delas av vårdprofessioner inom ätstörningsvård (Quesnel et al., 2018; Soundy et al., 2016) samt andra patienter med ätstörning och ses som ett potentiellt positivt inslag i behandlingen (Chubbs-Payne et al., 2021). Implementation av träning som en del av behandlingen har även föreslagit och rekommenderas av forskare i ett flertal studier (Danielsen et al., 2018b; Dittmer et al., 2020; Mathisen et al., 2020; Hay et al., 2018; Wallin et al., 2015). Träning vid ätstörning har påvisats ge positiva effekter så som minskad svårighetsgrad av ätstörningsproblematik (Dittmer et al., 2020) och överdriven träning som kompensationsbeteende (Dittmer et al., 2020; Hay et al.,2018; Zeeck et al., 2020) samt ökad livskvalitet, även hos allvarligt undernärda patienter (Minano-Garrido et al., 2025). I en intervjustudie efterhördes uppfattningar från vårdpersonal med lång erfarenhet av ätstörningsvård om att införliva träning och fysisk aktivitet i behandling. Normen har traditionellt varit träningsförbud, då träning ökar kaloriförbrukningen och kan användas som kompensatoriskt beteende. Personalen uttryckte barriärer så som rädsla och osäkerhet för att fysisk träning som behandling kan trigga, försämra eller skada kroppen. Att det inte heller finns tillräcklig forskning, kunskap eller några tydliga evidensbaserade riktlinjer kring träning i en sådan kontext beskrevs också som en barriär. Däremot var personalen positiva till träning, i och med de potentiella hälsovinsterna av minskad svårighetsgrad av ätstörningsproblematik och en möjlighet att få stöd tillbaka till en sund relation till kropp och rörelse (Quesnel et al., 2018).

I resultatet lyfts även önskan om manuella metoder för att hantera fysiska sekundära komplikationer av sjukdomen. Förslaget kom från en informant med störst erfarenhet av fysioterapeutisk behandling utifrån antal träffar och tid för fysioterapeutisk behandling. Författaren fann detta resultat intressant korrelerat till vetskapen om att ätstörningar, särskilt vid svält och AN, har en negativ påverkan på kroppens alla system (Treasure et al., 2020). Sekundära konsekvenser som muskelatrofi, osteoporos, påverkan på andningsmuskulatur och andningsmönster, kyfotiserad hållning, nedsatt postural stabilitet, nedsatt ledrörlighet och muskulära spänningar är några exempel som observerats hos patienter med AN (Kolnes, 2017). Flera av konsekvenserna är, enligt författarens egen förförståelse inom fysioterapi, centrala områden för fysioterapeuter att både bedöma och behandla i primär- och sekundärpreventivt syfte. Trots detta tyder resultatet på att manuella metoder som fysioterapeutisk åtgärd inte är lika förekommande inom ätstörningsvård.

Ett ytterligare förslag på utvecklingsmöjlighet var mer insatser med inslag av beröring. Detta motiverades då beröring hos ätstörda patienter kunde upplevas obehagligt och påverka närhet i relationer. Enligt forskning kan problematiken för beröring vid ätstörning förklaras delvis genom ett samband mellan kognitiv och affektiva faktorer, (Cazzato et al., 2021), men även en förändrad och onormal känslighet i nervfiber ansvariga för beröringsstimuli (Crucianelli et al., 2016). Den kognitiva och affektiva faktorn innebär hur personen uppfattar sin kropp. Vid ätstörning föreligger vanligen en dysmorfisk uppfattning om sitt utseende som känslomässigt påverkar känsligheten för vissa kroppsdelar eller kroppen i helhet, vilket bidrar till en negativ beröringsupplevelse (Cazzato et al., 2021). Enligt två systematiska översikter över fysioterapeutiska metoder påvisades beröring i form av massage reducera ätstörningspatologi, minska depressiva symtom och förbättra attityd till kroppen (Minano-Garrido et al., 2022; Vancampfort et al., 2014). Studier antyder därmed på en positiv påverkan av att integrera mer beröring för att hjälpa patienter till ökad acceptans för den egna kroppen och kroppsmedvetenhet.

6.3 Kliniska implikationer

Resultatet i aktuell studie grundar sig i ett kvalitativt patientperspektiv och ger värdefulla insikter om patienters upplevelser av fysioterapins roll inom ätstörningsvården. Likväl ges insikt i betydelsen av fysioterapi för den individuella tillfrisknande- och behandlingsprocessen samt potentiella förslag till utveckling för fysioterapeutiska insatser. För att möjliggöra personcentrerad vård och främja utvecklingen av ätstörningsvården bör dessa insikter tas hänsyn till. Potentiella förslag till ätstörningsvården är att integrera mer fysioterapi i behandlingsplanen. Inom ramen för fysioterapi bör guidad fysisk träning och manuella behandlingsmetoder införlivas mer.

Vidare kvalitativ forskning bör eftersträva efter ett manligt perspektiv på fysioterapeutisk behandling i relation till ätstörning och ätstörningsvården i sin helhet. Detta för att inte negligera män med ätstörning samt bidra till bredare insikt för att uppnå optimal ätstörningsvård för manliga patienter. Centralt för utvecklingsmöjligheterna i aktuell studie var införlivande av träning i behandlingen. Mer forskning bör göras inom området för att utveckla evidensbaserade riktlinjer avseende fysisk träning som en del av behandlingen.

7 Konklusion

Resultatet från aktuell studie indikerar på att fysioterapi som en del av behandling vid ätstörning är betydelsefull. Ur ett större perspektiv avseende fysioterapins roll inom ätstörningsvården och det multiprofessionella teamet anses den som otillräckligt utbredd och bör ha en mer central roll. Fysioterapins kroppsliga fokus är värdefullt för att möta ett av de centrala problemområden vid ätstörning, den fysiska kroppen, vilken avsaknas om fysioterapi inte inkluderas. För den individuella tillfrisknandeprocessen bidrar fysioterapin till en stärkt relation till kroppen, ökad medvetenhet om känslor, tankar och beteenden samt främjar emotionell självhantering och reglering även på längre sikt. Fysioterapeutens bemötande under behandlingsprocessen upplevs positivt genom egenskaper som empatisk förmåga, lyhördhet och öppet förhållningssätt. Kontrast till detta bör fördomsfullt, överdrivet vikt-och kostfokus samt träningsförbud undvikas vid omhändertagandet av patienter med ätstörning. Med hänsyn till informanternas önskemål bör träning, beröring och mer kunskap om fysisk återhämtning ingå mer i den fysioterapeutiska behandlingen.

Referenser

Albano, G., Teti, A., Scrò, A., Bonfanti, R. C., Fortunato, L., & Lo Coco, G. (2024). A systematic review on the role of therapist characteristics in the treatment of eating disorders. *Research in psychotherapy (Milano)*, *27*(2), 750. https://doi.org/10.4081/ripppo.2024.750

Albertsen, M. N., Natvik, E., & Råheim, M. (2019). Patients' experiences from basic body awareness therapy in the treatment of binge eating disorder -movement toward health: a phenomenological study. *Journal of eating disorders*, *7*, 36. DOI: 10.1186/s40337-019-0264-0

ALLEA. (2023). *The European Code of Conduct for Research Integrity – Revised Edition 2023.* Berlin. DOI: 10.26356/ECOC

Alvehus, J. (2023). *Skriva uppsats med kvalitativ metod – en handbok* (3 uppl.). Liber.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text revision (DSM-5-TR)* (5 uppl.). American Psychiatric Association Publishing. Washington DC.

Biney, H., Astbury, S., Haines, A., Grant, J., Malone, N., Hutt, M., Matthews, R., Morgan, J. F., White, S., & Lacey, J. H. (2021). A novel 'practical body image' therapy for adolescent inpatients with anorexia nervosa: a randomised controlled trial. *Eating and weight disorders: EWD*, *26*(6), 1825–1834. DOI: 10.1007/s40519-020-00997-2

Bravo, C., Hernández-García, D., Trinidad-Fernández, M., Badia, G., Solé, S., & Serrano, J. (2024). Movement Awareness Therapies in Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nursing & health sciences*, *26*(4), e13181. DOI: 10.1111/nhs.13181

Brennan, M. A., Whelton, W. J., & Sharpe, D. (2020). Benefits of yoga in the treatment of eating disorders: Results of a randomized controlled trial. *Eating disorders*, *28*(4), 438–457. DOI: 10.1080/10640266.2020.1731921

Breton, É., Dufour, R., Côté, S. M., Dubois, L., Vitaro, F., Boivin, M., Tremblay, R. E., & Booij, L. (2022). Developmental trajectories of eating disorder symptoms: A longitudinal study from early adolescence to young adulthood. *Journal of eating disorders*, *10*(1), 84. DOI: 10.1186/s40337-022-00603-z

Carei, T. R., Fyfe-Johnson, A. L., Breuner, C. C., & Brown, M. A. (2010). Randomized controlled clinical trial of yoga in the treatment of eating disorders. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, *46*(4), 346–351. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2009.08.007

Catalan-Matamoros,D., Helvik-Skjaerven, L., Labajos-Manzanares, MT., Martínez-de-Salazar-Arboleas, A., & Sánchez-Guerrero E. (2011). A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized

controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, *25*(7), 617-626. DOI:10.1177/0269215510394223

Cazzato, V., Sacchetti, S., Shin, S., Makdani, A., Trotter, P. D., & McGlone, F. (2021). Affective touch topography and body image. *PloS one*, *16*(11), e0243680. DOI: 10.1371/journal.pone.0243680

Chubbs-Payne, A., Lee, J., Isserlin, L., Norris, M. L., Spettigue, W., Spence, K., & Longmuir, P. E. (2021). Attitudes toward physical activity as a treatment component for adolescents with anorexia nervosa: An exploratory qualitative study of patient perceptions. *The International journal of eating disorders*, *54*(3), 336–345. DOI: 10.1002/eat.23411

Churruca, K., Ussher, J. M., Perz, J., & Rapport, F. (2020). 'It's Always About the Eating Disorder': Finding the Person Through Recovery-Oriented Practice for Bulimia. *Culture, medicine and psychiatry*, *44*(2), 286–303. DOI: 10.1007/s11013-019-09654-5

Cogodi, E., Ranieri, J., Martelli, A., & Di Giacomo, D. (2024). Emotional Dysregulation in Anorexia Nervosa: Scoping Review of Psychological Treatments. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *12*(14), 1388. DOI: 10.3390/healthcare12141388

Crucianelli, L., Cardi, V., Treasure, J., Jenkinson, P. M., & Fotopoulou, A. (2016). The perception of affective touch in anorexia nervosa. *Psychiatry research*, *239*, 72–78. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.01.078

Danielsen, M., Bjørnelv, S., & Rø, Ø. (2015). Validation of the exercise and eating disorders questionnaire. *The International journal of eating disorders*, *48*(7), 983–993. DOI: 10.1002/eat.22393

Danielsen, M., Bjørnelv, S., Bratberg, G. H., & Rø, Ø. (2018a). Validation of the exercise and eating disorder questionnaire in males with and without eating disorders. *The International journal of eating disorders*, *51*(5), 429–438. DOI: 10.1002/eat.22855

Danielsen, M., Rø, Ø., & Bjørnelv, S. (2018b). How to integrate physical activity and exercise approaches into inpatient treatment for eating disorders: fifteen years of clinical experience and research. *Journal of eating disorders*, *6* (34). DOI: 10.1186/s40337-018-0203-5

Davis, H. A., Guller, L., & Smith, G. T. (2016). Developmental trajectories of compensatory exercise and fasting behavior across the middle school years. *Appetite*, *107*, 330–338. DOI: 10.1016/j.appet.2016.08.098

Dittmer, N., Voderholzer, U., Mönch, C., Cuntz, U., Jacobi, C., & Schlegl, S. (2020). Efficacy of a Specialized Group Intervention for Compulsive Exercise in Inpatients with Anorexia Nervosa: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, *89*(3), 161–173. DOI: 10.1159/000504583

Fetissov, S. O., & Hökfelt, T. (2019). On the origin of eating disorders: altered signaling between gut microbiota, adaptive immunity and the brain melanocortin system regulating feeding behavior. *Current opinion in pharmacology*, *48*, 82–91. DOI: 10.1016/j.coph.2019.07.004

Gorrell, S., & Murray, S. B. (2019). Eating Disorders in Males. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *28*(4), 641–651. DOI: 10.1016/j.chc.2019.05.012

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, *24*(2), 105–112. DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hay, P., Touyz, S., Arcelus, J., Pike, K., Attia, E., Crosby, R. D., Madden, S., Wales, J., La Puma, M., Heriseanu, A. I., Young, S., & Meyer, C. (2018). A randomized controlled trial of the compuLsive Exercise Activity TheraPy (LEAP): A new approach to compulsive exercise in anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders*, *51*(8), 999–1004. DOI: 10.1002/eat.22920

Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, *15*(9), 1277–1288. DOI: 10.1177/1049732305276687

Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of advanced nursing*, *72*(12), 2954–2965. DOI: 10.1111/jan.13031

Kinnaird, E., Norton, C., Pimblett, C., Stewart, C., & Tchanturia, K. (2019). "There's nothing there for guys". Do men with eating disorders want treatment adaptations? A qualitative study. *Eating and weight disorders: EWD*, *24*(5), 845–852. doi: 10.1007/s40519-019-00770-0

Kolnes L. J. (2017). Exercise and physical therapy help restore body and self in clients with severe anorexia nervosa. *Journal of bodywork and movement therapies*, *21*(3), 481–494. DOI: 10.1016/j.jbmt.2016.09.005

Levallius, J. (2023). Vårdrapporten 2022 – drabbades och närståendes upplevelser av vård vid ätstörningar. Frisk & fri. https://www.friskfri.se/wp-content/uploads/2023/02/Vardrapporten-2022_drabbades-och-narstaendes-upplevelser.pdf

Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). Naturalistic inquiry. Beverly Hills, Calif: Sage.

Lindgren, B. M., Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International journal of nursing studies*, *108*, 103632. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103632

Lundman, B. & Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Höglund Nielsen, B., & Granskär, M (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3 uppl, s. 219-234). Studentlitteratur.

Martinez-Calderon, J., Casuso-Holgado, M. J., Matias-Soto, J., Pineda-Escobar, S., Villar-Alises, O., & García-Muñoz, C. (2025). Exercise and mind-body exercise for feeding and eating disorders: a systematic review with meta-analysis and meta-regressions. *Disability and rehabilitation*, *47*(4), 876–885. DOI: 10.1080/09638288.2024.2362945

Mathisen, T. F., Rosenvinge, J. H., Friborg, O., Vrabel, K., Bratland-Sanda, S., Pettersen, G., & Sundgot-Borgen, J. (2020). Is physical exercise and dietary therapy a feasible alternative to cognitive behavior therapy in treatment of eating disorders? A randomized controlled trial of two group therapies. *The International journal of eating disorders*, *53*(4), 574–585. DOI: 10.1002/eat.23228

Minano-Garrido, E. J., Catalan-Matamoros, D., & Gómez-Conesa, A. (2022). Physical Therapy Interventions in Patients with Anorexia Nervosa: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, *19*(21), 13921. DOI: 10.3390/ijerph192113921

Minano-Garrido, E., Catalán-Matamoros, D., Acosta, G. P., & Gómez-Conesa, A. (2025). The effect of anorexia nervosa inpatient physiotherapy adapted program (ANIPAP): A clinical trial. *Journal of bodywork and movement therapies*, *42*, 337–343. https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2024.12.043

Mitchison, D., & Mond, J. (2015). Epidemiology of eating disorders, eating disordered behaviour, and body image disturbance in males: a narrative review. *Journal of eating disorders*, *3*(20) DOI: 10.1186/s40337-015-0058-y

Monell, E., Levallius, J., Forsén Mantilla, E., & Birgegård, A. (2018). Running on empty - a nationwide large-scale examination of compulsive exercise in eating disorders. *Journal of eating disorders*, *6*(11). DOI: 10.1186/s40337-018-0197-z

Morgan, J. F., Lazarova, S., Schelhase, M., & Saeidi, S. (2014). Ten session body image therapy: efficacy of a manualised body image therapy. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, *22*(1), 66–71. DOI: 10.1002/erv.2249

Murray, S.B., Griffiths, S., Rieger, E., & Touyz, S. (2014). A comparison of compulsive exercise in male and female presentations of anorexia nervosa: What is the difference? *Advances in Eating Disorders, 2(*1), 65-70. DOI: 10.1080/21662630.2013.839189

Murray, S. B., Rieger, E., Touyz, S. W., & De la Garza García Lic, Y. (2010). Muscle dysmorphia and the DSM-V conundrum: where does it belong? A review paper. *The International journal of eating disorders*, *43*(6), 483–491. DOI: 10.1002/eat.20828

Murray, S. B., Rieger, E., Hildebrandt, T., Karlov, L., Russell, J., Boon, E., Dawson, R. T., & Touyz, S. W. (2012). A comparison of eating, exercise, shape, and weight related symptomatology in males with muscle dysmorphia and anorexia nervosa. *Body image*, *9*(2), 193–200. DOI: 10.1016/j.bodyim.2012.01.008

Murray, S. B., Nagata, J. M., Griffiths, S., Calzo, J. P., Brown, T. A., Mitchison, D., Blashill, A. J., & Mond, J. M. (2017). The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. *Clinical psychology review*, *57*, 1–11. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.08.001

Naess, C. R., & Kolnes, L. J. (2022). A preliminary exploration of experiences of integrating the body in the self in two women with anorexia nervosa in view of phenomenological conceptualisations. *Journal of eating disorders*, *10*(1), 153. DOI: 10.1186/s40337-022-00675-x

Ohman A. (2005). Qualitative methodology for rehabilitation research. *Journal of rehabilitation medicine*, *37*(5), 273–280. DOI: 10.1080/16501970510040056

Pacanowski, C. R., Diers, L., Crosby, R. D., & Neumark-Sztainer, D. (2017). Yoga in the treatment of eating disorders within a residential program: A randomized controlled trial. *Eating disorders*, *25*(1), 37–51. DOI: 10.1080/10640266.2016.1237810

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

Probst, M., & Diedens, J. (2017). The Body in Movement: A Clinical Approach. I I,Jauregui-Lobera (Red.) *Eating Disorders - A Paradigm of the Biopsychosocial Model of Illness*. InTech. DOI: 10.5772/65698

Quesnel, D. A., Libben, M., D Oelke, N., I Clark, M., Willis-Stewart, S., & Caperchione, C. M. (2018). Is abstinence really the best option? Exploring the role of exercise in the treatment and management of eating disorders. *Eating disorders*, *26*(3), 290–310. DOI: 10.1080/10640266.2017.1397421

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. DOI: 10.1177/1359105315609088

Riksät. (2022). Årsrapport 2022 – Nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling. https://registercentrum.blob.core.windows.net/riksat/r/Riks-t-rsrapport-2022-rNwuoSVbR.pdf

Silén, Y., & Keski-Rahkonen, A. (2022). Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current opinion in psychiatry*, *35*(6), 362–371. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000818

Patientlagen (SFS 2014:821). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/#K5

Socialstyrelsen. (2024). *Nationella riktlinjer 2024: Ätstörningar – stöd till beslutsfattare och personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten* (Artikelnummer: 2024-12-9352). https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2024-12-9352.pdf

Soundy, A., Stubbs, B., Probst, M., Gyllensten, A. L., Skjaerven, L. H., Catalan-Matamoros, D., & Vancampfort, D. (2016). Considering the Role of Physical Therapists Within the Treatment and Rehabilitation of Individuals With Eating Disorders: An International Survey of Expert Clinicians. *Physiotherapy research international : the journal for researchers and clinicians in physical therapy*, *21*(4), 237–246. DOI: 10.1002/pri.1637

Striegel-Moore, R. H., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G. T., May, A., & Kraemer, H. C. (2009). Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. *The International journal of eating disorders*, *42*(5), 471–474. DOI: 10.1002/eat.20625

Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *Lancet (London, England)*, *395*(10227), 899–911. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30059-3

Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Soundy, A., Adámkova, M., Skjaerven, L. H., Catalán-Matamoros, D., Lundvik Gyllensten, A., Gómez-Conesa, A., & Probst, M. (2014). A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulemia nervosa. *Disability and rehabilitation*, *36*(8), 628–634. DOI: 10.3109/09638288.2013.808271

Vetenskapsrådet. (2024). *God forskningssed*. https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2024-10-02-god-forskningssed-2024.html

Wallin, U., Sandeberg, A., Nilsson, K., & Linné, Y. (2015). *Ätstörningar: Kliniska riktlinjer för utredning och behandling* (2 uppl.). Svenska psykiatriska föreningen. Gothia Fortbildning AB.

World Health Organization [WHO]. (2024). *ICD – 11 for Mortality and Morbidity statistics.* https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1412387537

World Medical Association (WMA). (2024). *Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human participants.* https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/

Yin, R.K. (2013). *Kvalitativ forskning från start till mål* (1 uppl.). Studentlitteratur.

Zeeck, A., Schlegel, S., Jagau, F., Lahmann, C., & Hartmann, A. (2020). The Freiburg sport therapy program for eating disorders: a randomized controlled trial. *Journal of eating disorders*, *8*(31). DOI: 10.1186/s40337-020-00309-0

Zerwas, S., Larsen, J. T., Petersen, L., Thornton, L. M., Quaranta, M., Koch, S. V., Pisetsky, D., Mortensen, P. B., & Bulik, C. M. (2017). Eating Disorders, Autoimmune, and Autoinflammatory Disease. *Pediatrics*, *140*(6), e20162089.DOI: 10.1542/peds.2016-2089

Zugai, J. S., Gill, K., Molloy, L., Raeburn, T., & Ramjan, L. (2024). The focus on weight in the inpatient care of anorexia nervosa: A qualitative investigation of consumer perspectives. *International journal of mental health nursing*, *33*(2), 388–396. DOI: 10.1111/inm.13242

Zutshi, K., Jiloha, R., Bashir, S., Dingra, M., & Shobita, M. (2025). An Overview on Exploring Physiotherapy as an Adjunctive Treatment (Non-Pharmacological) for Bulimia and Anorexia Nervosa. *Indian Journal of Preventive & Social Medicine*, *56*(3), 377–389. DOI:https://doi.org/10.5281/zenodo.17096594

Bilaga 1

LINKÖPINGS UNIVERSITET

Informationsbrev till verksamhetschef

Hej!
Mitt namn är Emma Högberg och jag är fysioterapeutstudent vid Linköpings Universitet.
Jag kontaktar er för tillfrågan om intresse av deltagande och godkännande till rekrytering av patienter till mitt examensarbete.

Syftet med examensarbetet är att beskriva patienters erfarenheter och upplevelser av fysioterapeutisk behandling samt deras tankar om fysioterapins roll vid vård av ätstörningar. Forskningen kring behandling av ätstörningar och dess koppling till fysioterapi är bristfällig och underrepresenterad forskning kring ämnet saknas även gällande fysioterapi. Detta examensarbete syftar därmed till att undersöka denna kunskapslucka och förhoppningsvis ge värdefulla insikter för framtida vård.

Jag söker därför patienter som är ≥ 18 år, diagnostiserade med en eller fler ätstörningsdiagnoser. Deltagaren ska även vara under pågående behandling/kontakt med fysioterapeut eller högst 10 år efter avslutad behandling/kontakt med fysioterapeut.

Deltagarna kommer få delta i en individuell intervju, vilken sker digitalt via Zoom. Frågor som berörs vid intervjun är deras erfarenhet, upplevelse och tankar om fysioterapi vid vård av ätstörning. Inspelning av intervjuerna kommer göras, men deltagaren kommer avidentifieras och resultatet kommer inte kunna härledas till den enskilde. Datainsamlingen kommer förvaras säkert och endast ansvarig student och handledare kommer ha tillgång till kontaktuppgifter och intervjumaterial. Respektive deltagare kommer få informationsbrev med närmare information om studien, dess genomförande, hur datainsamling kommer hanteras och information om sina rättigheter.

Intervjuerna kommer fokusera på upplevelsen och erfarenheten av fysioterapi, men känslomässiga och personliga upplevelser kan komma att beröras. Ansvarig student vill därmed försäkra sig om att det finns möjlighet till samtalsstöd för deltagaren med psykolog eller annan kontaktperson. som vid behov kan fånga upp deltagarens eventuella negativa reaktioner eller konsekvenser. Vid godkännande av deltagande i detta arbete, utgår ansvarig student att samtalsstöd finns tillgängligt.

Om detta låter intressant och ni har lämpliga patienter enligt deltagarbeskrivningen ovan hade jag uppskattat er hjälp att ta kontakt med de. Då kan ni antingen ge mig kontaktuppgifter till de potentiella deltagarna så ansvarig student kontaktar

deltagaren. Alternativt att jag kan skicka över informationsblad som ni därefter gärna får dela ut till patienten för att de i sin tur kan anmäla sitt deltagarintresse till mig.

Ett godkännande från verksamhetschef är obligat innan rekrytering och kontakt med patienterna. Jag tillfrågar därmed ert godkännande till att få genomföra intervjuer med patienter vid er enhet. Signering för godkännande finner ni nedan.

Vid frågor eller funderingar, kontaktar ni ansvarig student via mail eller telefon.
Tack på förhand!

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att student Emma Högberg genomför datainsamling enligt ovan beskriven ram.

_____
Ort och datum

_____
Namnunderskrift

_____
Namnförtydligande

_____
Befattning

Ansvariga för examensarbetet
Student:
Emma Högberg
Emmho324@student.liu.se
Telefon xxxx-xxxxxx

Handledare:
Anna Lindgren, Leg. Fysioterapeut/Med dr
anna.lindgren@liu.se

Bilaga 2

Information till dig som deltagare i ett examensarbete vid medicinska fakulteten, Linköpings universitet

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett examensarbete som genomförs av en student vid Linköpings universitet. I det här dokumentet får du mer information om upplägget och om vad det innebär att delta.

Vad är det för examensarbete och varför vill vi att du ska delta?

Syftet med examensarbetet är att beskriva patienters erfarenheter och upplevelser av fysioterapeutisk behandling samt tankar om fysioterapins roll vid vård av ätstörningar. Forskningen kring behandling av ätstörningar är överrepresenterad av kvinnor, trots vetskapen om att män också drabbas. Bristfällig forskning kring ämnet saknas även gällande fysioterapi. Detta examensarbete syftar därmed till att undersöka denna kunskapslucka och förhoppningsvis ge värdefulla insikter hur vården kan utvecklas.

Du tillfrågas till deltagande av detta examensarbete då ansvarig student tagit kontakt med flertalet ätstörningsenheter med efterfrågan kring intresse för att delta samt deras tillgång till potentiella manliga patienter som kan tänkas delta. Vårdgivaren har därefter lämnat ut detta informationsbrev till dig.

Ansvarig för examensarbetet är Emma Högberg inom fysioterapeutprogrammet som handleds av Anna Lindgren vid Linköpings universitet.

Hur sker genomförandet?

Du som deltagare kommer att delta i en digital individuell intervju via Zoom, ledd av ansvarig student för examensarbetet. Endast ansvarig student och du som deltagare kommer delta vid intervjun. Ljud- och bildinspelning kommer göras, men endast ljudfilen kommer sparas.

Intervjun kommer att beröra frågor om dina erfarenheter och upplevelser av fysioterapi under behandling för ätstörning. Intervjun förväntas pågå i max 1 timme. Ingen förberedelse krävs för att delta, förutom tillgången till en mobil, dator eller annan enhet som är kompatibel med Zoom.

Om du vill delta kontaktar du ansvarig student via mail för att därefter komma överens om en tid för genomförande av intervjun.

Möjliga följder och risker med att delta

Fokus vid intervjun kommer riktas mot den fysioterapeutiska behandlingen du erfarit. Inledande frågor under intervjun kommer beröra personlig information som din ålder och vilken diagnos du har/haft. Ansvarig student för examensarbetet är väl medveten om att frågor kring sjukdomen, sjukdomshistoria och erfarenheter kan väcka känslomässiga effekter och upplevas som integritetsintrång. Du har rätt att avstå från att besvara frågor eller avbryta intervjun. Om avbrytande sker, men du ångrar dig i efterhand finns möjlighet till att återuppta deltagande i studien. I sådana fall, kontaktas ansvarig student för examensarbetet.

Den personliga information vi samlar in om dig kommer sparas på ett säkert sätt och endast student och handledare kommer ha tillgång till denna. Det kommer också säkerställas att ingen identifierbar information om dig kommer publiceras i det slutgiltiga arbetet.

Den vårdenhet du genomgår behandling vid är medvetna om att intervjuer kommer genomföras och att eventuella känslomässiga upplevelser kan komma att beröras. Vårdenheten har tillfrågats möjligheten och tillgängligheten av psykolog/annan kontaktperson som kan ge samtalsstöd om negativa reaktioner skulle uppkomma i efter hand. Detta då ansvarig student inte har utbildad kompetens eller kommer vara på plats för att kunna hantera eventuella känslomässiga reaktioner.

Vad händer med mina uppgifter?

Inom ramen för examensarbetet kommer vi att samla in och registrera information om dig.

Syftet med personuppgiftsbehandlingen är att genomföra ett examensarbete om erfarenheter och upplevelser av fysioterapi vid behandling av ätstörning. I detta examensarbete kommer endast intervju användas till datainsamling, alltså endast det du berättar. Personuppgifter och data från patientjournal, vårdgivare eller behandlare kommer inte samlas in.

Den rättsliga grunden för personuppgiftsbehandlingen är att du har gett ditt frivilliga samtycke.
De uppgifter som samlas in i samband med vård hanteras i examensarbetet i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR) och bl.a. patientdatalagen. Ansvarig för dina personuppgifter är Region Östergötland. Vem som är ansvarig person för examensarbetet framgår nedan. Det är endast student och handledare till examensarbetet som har tillgång till de data som samlas in. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas på så sätt att inte obehöriga kan ta del av dem. Sammanställningen som kommer att presenteras kommer inte att innehålla uppgifter som gör det möjligt att identifiera dig i sammanställningen. All data och dina uppgifter kommer raderas när examensarbetet blivit godkänt

Uppgifterna kommer att användas för ovanstående ändamål och i enlighet med detta samtycke. Den rättsliga grunden för behandlingen av dina personuppgifter är att du har gett ditt frivilliga samtycke. Samtycket är giltigt tillsvidare. Du har rätt att när som helst ta tillbaka ditt samtycke. Detta gör du genom att kontakta den ansvarige för detta examensarbete. Vi kommer i så fall sluta att behandla uppgifter som vi har samlat in med stöd av detta samtycke relaterat till examensarbetet. Om dina uppgifter behövs för att slutföra examinationen kommer vi dock inte kunna radera dina uppgifter omedelbart. Vi kommer att anonymisera dem så att ingen längre kommer att kunna identifiera dig/alt: Vi kommer då att radera dem så fort som examinationen är avslutad. Det slutliga examensarbetet kommer att arkiveras enligt svensk lag och kommer att bevaras digitalt via universitetet.

Du har rätt att få information om de personuppgifter vi behandlar om dig. Du har också rätt att få felaktiga personuppgifter om dig själv rättade. Har du klagomål avseende behandling av dina personuppgifter som är relaterad till din medicinska vård kontaktar du dataskyddsombud@regionostergotland.se. Du har även rätt att inge klagomål till Integritetsskyddsmyndigheten om du tycker att vi behandlar dina personuppgifter på ett felaktigt sätt.

Hur får jag information om examensarbetets resultat?

Det slutgiltiga resultatet av hela examensarbetet kommer publiceras och finnas tillgängligt i databasen DIVA. Du kan även kontakta ansvariga för examensarbetet för att få det slutgiltiga arbetet skickat till dig, om så önskas.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka din framtida vård eller behandling.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för examensarbetet (se nedan).

Ansvariga för examensarbetet

Ansvarig för examensarbetet är
Student:
Emma Högberg
emmho324@student.liu.se
0730-561990

Handledare:
Anna Lindgren, Leg. Fysioterapeut/Med dr
anna.lindgren@liu.se

Bilaga 3

LINKÖPINGS UNIVERSITET

Information till dig som deltagare i ett examensarbete vid medicinska fakulteten, Linköpings universitet

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett examensarbete som genomförs av en student vid Linköpings universitet. I det här dokumentet får du mer information om upplägget och om vad det innebär att delta.

Vad är det för examensarbete och varför vill vi att du ska delta?

Syftet med examensarbetet är att beskriva patienters erfarenheter och upplevelser av fysioterapeutisk behandling samt tankar om fysioterapins roll vid vård av ätstörningar. Forskningen kring fysioterapeutisk behandling vid ätstörning är bristfällig och underrepresenterad. Detta examensarbete syftar därmed till att undersöka denna kunskapslucka och förhoppningsvis ge värdefulla insikter hur vården kan utvecklas.

Ansvarig för examensarbetet är Emma Högberg inom fysioterapeutprogrammet som handleds av Anna Lindgren vid Linköpings universitet.

Hur sker genomförandet?

Du som deltagare kommer att delta i en digital individuell intervju via Zoom, ledd av ansvarig student för examensarbetet. Endast ansvarig student och du som deltagare kommer delta vid intervjun. Ljud- och bildinspelning kommer göras, men endast ljudfilen kommer sparas. Intervjun kommer att beröra frågor om dina erfarenheter och upplevelser av fysioterapi under behandling för ätstörning. Intervjun förväntas pågå i max 1 timme. Ingen förberedelse krävs för att delta, förutom tillgången till en mobil, dator eller annan enhet som är kompatibel med Zoom.
Om du vill delta kontaktar du ansvarig student via mail för att därefter komma överens om en tid för genomförande av intervjun.

Möjliga följder och risker med att delta

Fokus vid intervjun kommer riktas mot den fysioterapeutiska behandlingen du erfarit. Inledande frågor under intervjun kommer beröra personlig information som din ålder och vilken diagnos du har/haft. Ansvarig student för examensarbetet är väl medveten om att frågor kring sjukdomen, sjukdomshistoria och erfarenheter kan väcka känslomässiga effekter och upplevas som integritetsintrång. Du har rätt att avstå från att besvara frågor eller avbryta intervjun. Om avbrytande sker, men du

ångrar dig i efterhand finns möjlighet till att återuppta deltagande i studien. I sådana fall, kontaktas ansvarig student för examensarbetet.

Den personliga information vi samlar in om dig kommer sparas på ett säkert sätt och endast student och handledare kommer ha tillgång till denna. Det kommer också säkerställas att ingen identifierbar information om dig kommer publiceras i det slutgiltiga arbetet.

Ansvarig student saknar utbildad kompetens och kommer ej kunna vara på plats för att kunna hantera eventuella känslomässiga reaktioner. Detta innebär att du som deltagare får eget ansvar att ta kontakt med yrkesprofessionell för samtalsstöd om negativa reaktioner skulle uppkomma i efterhand.

Vad händer med mina uppgifter?

Inom ramen för examensarbetet kommer vi att samla in och registrera information om dig.

Syftet med personuppgiftsbehandlingen är att genomföra ett examensarbete om erfarenheter och upplevelser av fysioterapi vid behandling av ätstörning. I detta examensarbete kommer endast intervju användas till datainsamling, alltså endast det du berättar. Personuppgifter och data från patientjournal, vårdgivare eller behandlare kommer inte samlas in.

Den rättsliga grunden för personuppgiftsbehandlingen är att du har gett ditt frivilliga samtycke.
De uppgifter som samlas in i samband med vård hanteras i examensarbetet i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR) och bl.a. patientdatalagen. Ansvarig för dina personuppgifter är Region Östergötland. Vem som är ansvarig person för examensarbetet framgår nedan. Det är endast student och handledare till examensarbetet som har tillgång till de data som samlas in. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas på så sätt att inte obehöriga kan ta del av dem. Sammanställningen som kommer att presenteras kommer inte att innehålla uppgifter som gör det möjligt att identifiera dig i sammanställningen. All data och dina uppgifter kommer raderas när examensarbetet blivit godkänt

Uppgifterna kommer att användas för ovanstående ändamål och i enlighet med detta samtycke. Den rättsliga grunden för behandlingen av dina personuppgifter är att du har gett ditt frivilliga samtycke. Samtycket är giltigt tills vidare. Du har rätt att när som helst ta tillbaka ditt samtycke. Detta gör du genom att kontakta den ansvarige för detta examensarbete. Vi kommer i så fall sluta att behandla uppgifter som vi har samlat in med stöd av detta samtycke relaterat till examensarbetet. Om dina uppgifter behövs för att slutföra examinationen kommer vi dock inte kunna radera dina uppgifter omedelbart. Vi kommer att anonymisera dem så att ingen längre kommer

att kunna identifiera dig/alt: Vi kommer då att radera dem så fort som examinationen är avslutad. Det slutliga examensarbetet kommer att arkiveras enligt svensk lag och kommer att bevaras digitalt via universitetet.

Du har rätt att få information om de personuppgifter vi behandlar om dig. Du har också rätt att få felaktiga personuppgifter om dig själv rättade. Har du klagomål avseende behandling av dina personuppgifter som är relaterad till din medicinska vård kontaktar du dataskyddsombud@regionostergotland.se. Du har även rätt att inge klagomål till Integritetsskyddsmyndigheten om du tycker att vi behandlar dina personuppgifter på ett felaktigt sätt.

Hur får jag information om examensarbetets resultat?
Det slutgiltiga resultatet av hela examensarbetet kommer publiceras och finnas tillgängligt i databasen DIVA. Du kan även kontakta ansvariga för examensarbetet för att få det slutgiltiga arbetet skickat till dig, om så önskas.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka din framtida vård eller behandling.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för examensarbetet (se nedan).

Ansvariga för examensarbetet

Ansvarig för examensarbetet är
Student:
Emma Högberg
emmho324@student.liu.se
Telefon xxxx-xxxxxxx

Handledare:
Anna Lindgren, Leg. Fysioterapeut/Med dr
anna.lindgren@liu.se

Bilaga 4

Samtycke till att delta i examensarbetet

Jag har fått muntlig och skriftlig information om examensarbetet och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

☐ Jag samtycker till att delta i examensarbetet *Patienters erfarenheter och upplevelser av fysioterapi vid behandling av ätstörning*

☐ Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i informationen avseende examensarbetet

_____

Namnteckning

_____

Datum

_____

Namnförtydligande

Bilaga 5

Intervjuguide

Information innan påbörjad intervju:
Hej! Vad kul att du vill vara med i den här intervjun. Jag hoppas det är bra med dig!

Jag kommer inleda med en kort presentation av mig själv, studien och intervjuprocessen.
Mitt namn är Emma, går sista terminen på fysioterapeutprogrammet vid Linköpings Universitet. Detta är en studie om patienters upplevelse och erfarenhet av fysioterapi samt tankar om fysioterapins roll vid behandling av ätstörning.

I informationsbrevet har du fått läsa dina rättigheter och kring datainsamlingen och hur vi hanterar den, så det tänker jag inte dra nu. Såvida du inte har några funderingar eller osäkerheter kring det?

Jag vill förtydliga att Du har rätt att avbryta intervjun/ditt deltagande i studien när som helst och har även rätt att återkalla det som sagts under denna intervjun i efterhand. Det finns inget rätt eller fel i det du säger, jag är ute efter dina genuina erfarenheter och tankar.

Jag kommer följa min intervjumall med frågor för att vi ska täcka in relevanta delar och kunna besvara mina frågeställningar, så jag kommer leda tillbaka till ämnet om det behövs.

Vi kommer börja med att du får läsa upp samtyckesblanketten och därmed bekräfta ditt muntliga samtycke. Jag kommer spela in det i en separat ljudfil, därefter påbörjas en ny inspelning och vi startar intervjun.

Har du några frågor innan vi startar?

OBS! Innan start av intervju; informant ska läsa upp och bekräfta muntligt samtycke. Spelas in på enskild ljudfil.

Hur kom du i kontakt med en fysioterapeut?
- *Under vilken del av din behandling inleddes kontakten?*

Kan du berätta för mig vad för fysioterapeutisk behandling/ar du har gjort?
- *Individuellt/grupp?*
- *Kan du ge exempel på övningar/mer exakt hur behandlingen gick till?*
- *Hur många gånger?*

Hur upplevde du behandlingen?
- *På vilket sätt?*

Hur upplevde du bemötandet av fysioterapeuten?
- *Kunskap?*
- *Förståelse?*

- *Empati?*
- *Respekt?*

Enligt dig, vad utmärker ett bra bemötande/omhändertagande i möten med patient?

Ur ett större perspektiv, hur ser din uppfattning ut om fysioterapins roll inom vård vid ätstörning?

Hur var din inställning/attityd/uppfattning till fysioterapi innan respektive efter?

Hur ser du på fysioterapi jämfört med andra vårdprofessioners insatser?
- *Skillnader (ex. bemötande, behandlingar, kunskap, angreppssätt etc)*
- *Fördelar/nackdelar*

Utifrån dina erfarenheter och upplevelser – finns det några förändringar/förbättringsområdet inom fysioterapi eller hos fysioterapeuter vid behandling av ätstörning?

Avslutning
Jag känner mig nöjd med de svar jag fått från dig och har inga fler frågor jag vill ta upp, har du något mer du vill ta upp innan vi avslutar?

Tack så mycket för din medverkan! Har du några frågor kring arbetet i efterhand kan du kontakta mig via mail eller telefon.

Följdfrågor:	Att tänka på:
Kan du ge exempel? Vill du berätta mer om…. Kan du utveckla… Du nämner att…	- Informantens namn får EJ nämnas i inspelning. - Tillåt tystnad - Undvik ”Varför”, kan upplevas ifrågasättande

Bilaga 6

Bakgrundsformulär

Fyll i detta formulär inför din intervju.

Hur gammal är du?

_____

Vilket kön identifierar du dig med?

_____

Vilken/vilka ätstörningsdiagnos/er hade du vid tiden du undergick fysioterapeutisk behandling?

_____

När genomgick du fysioterapeutisk behandling? Ange period/år och/eller om du är under pågående behandling.

_____

Vid vilken ätstörningsenhet/region genomgick du fysioterapeutisk behandling?

_____

Hur många träffar har du haft med fysioterapeut? (Uppskattningsvis, om du inte vet säkert)

_____