

BSYBAC_5
Bacheloroppgave i Sykepleie

Sykepleieren i møte med pasienter med langvarig anoreksi



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 03.11.21]

Jeg tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

HÅP

*Hva håp er?
superkraften, vel
den som gjør at du kjemper
reiser deg, igjen
en gang til og en gang til
selv når alle korta er brukt opp
det regner og blåser
ingen hører hva du sier
og du ikke skjønner hvorfor livet er vits
den som sier «stol på meg» med hele seg
og alltid finnes, om du leter lenge nok*

(Jeg lover)

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Sykdomsforløpet ved anoreksi kan strekke seg over flere tiår. Sykdommen fører til store psykiske og fysiske påkjenninger, har stor innvirkning på livskvaliteten og kan være livstruende.

Hensikt: Hensikten er å undersøke hva forskning sier om prognosene for langvarig anoreksi, og å se dette i sammenheng med hvordan sykepleieren gjennom sitt arbeid og sin væremåte kan bidra til å formidle håp og motivere pasienten til endring.

Metode: Ved å systematisk sammenstille data fra to kvantitative og to kvalitative studier i en integrativ litteraturoversikt, har flere perspektiv og vinklinger sammen fått danne en ny helhet i forhold til hvordan sykepleieren best mulig kan møte pasientgruppen. Travelbees sykepleieteori og annen relevant faglitteratur har også ligget til grunn i denne prosessen.

Resultat: Antall friske er økende parallelt med økende behandlingstid. Fullstendig tilfriskning er mulig selv flere tiår etter sykdomsdebut. Dødeligheten er ansett for å være betydelig, men vanskelig å fastsette. Pasientens opplevelse av å bli hjulpet og forstått avhenger i stor grad av hvor pasienten befinner seg i sykdomsforløpet. Pasientene trekker frem empati, støtte, fremtoning og imøtekommenhet som viktig i møte med sykepleieren. At sykepleieren har tro på pasientene, trekker frem ressurser og aktivt involverer der det er mulig, gir motivasjon, håp og et gunstigere utgangspunkt for behandling.

Konklusjon: Sykepleieren spiller en viktig rolle i å formidle håp, styrke, livsmot og motivasjon til pasienten. Sykepleieren har også en viktig rolle i tydeliggjøringen av hva som er reelle utfall av sykdommen. Gode møter med helsepersonell, tid til å arbeide med årsakssammenhenger og at de rundt pasienten viser at de har tro på pasientens ressurser, er assosiert med større mulighet for å bli frisk.

Nøkkelord: sykepleie, anoreksi, motivasjon, håp, livsmot, mestring, prognoser

INNHOLDSFORTEGNELSE

Forside.....	1
Forord - Håp.....	2
Sammendrag.....	3
Innholdsfortegnelse.....	4
1.0 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Begrepsavklaringer.....	6
1.3 Avgrensninger.....	7
1.4 Problemformulering.....	7
1.5 Hensikt med oppgaven.....	8
2.0 Teoretisk referanseramme.....	9
2.1 Særlige utfordringer knyttet til behandling av anoreksi.....	10
2.2.0 Joyce Travelbees omsorgsteori.....	11
2.2.1 Forståelse av håp, og hvorfor håpet er så viktig.....	11
2.2.2 Hvordan man blir oppfattet, og nødvendigheten av en menneske-til-menneske relasjon.....	12
3.0 Metode.....	13
3.1 Integrativ litteraturoversikt.....	13
3.2 Søkeprosess.....	14
3.2.1 Valg av søkestrategi.....	15
3.2.2 Valg av databaser.....	15
3.2.3 Valg av søkeord.....	16
3.2.4 Valg av artikler og annen litteratur.....	16
4.0 Resultater.....	18
4.1 Muligheter for bedring og tilfriskning.....	18
4.2 Hva det vil si å være «frisk».....	19
4.3 Tidsperspektiv og tidens betydning.....	20
4.4 Viktige egenskaper hos sykepleieren.....	21
4.5 Hvordan sykepleieren kan motivere til endring og det å ivareta endringen.....	21
5.0 Diskusjon.....	24
5.1 Metodediskusjon.....	24

5.2 Resultatdiskusjon.....	26
5.2.1 Om tilfriskningsprosessen, prognoser og mulige utfall.....	26
5.2.2 Risikoen for et dødelig utfall og hvordan det påvirker.....	27
5.2.3 Muligheten for bedring i et lengre perspektiv.....	28
5.2.4 Hva som er friskt og ansvarliggjøring av håpet.....	29
5.2.5 Sykepleieren i møte med pasienten.....	30
5.3 Konklusjon.....	33
6.0 Anvendelse i sykepleiepraksis.....	34
Litteraturliste.....	36
Vedlegg.....	39

Antall ord: 10013

1.0 INNLEDNING

Som sykepleier skal man understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (NSF, 2021). I arbeid med enkelte pasientgrupper kan dette synes ekstra vanskelig. Denne oppgaven tar for seg hvordan sykepleieren kan motivere og understøtte håp om bedring hos pasienter med langvarig anoreksi, en pasientgruppe med komplekst hjelpebehov og svært stor ambivalens knyttet til behandling. Jeg vil se nærmere på hva det vil si å bli «frisk» fra en spiseforstyrrelse, og hvordan håp og tro på pasientens ressurser kan spille en viktig rolle i sykdomsforløpet. Oppgaven går også nærmere inn på prognosene for sykdommen, ettersom disse har mye å si for hvilken type håp sykepleieren vil prøve å formidle i arbeidet med pasientene, og dessuten vil prege sykepleieren i møte med pasienten.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Allerede ganske tidlig i sykepleierutdanningen ble vi introdusert for temaet spiseforstyrrelser. Vi lærte det helt grunnleggende om de vanligste tilstandene, og fokuset var på hvordan man skulle kunne fange opp pasientene tidlig ved å kjenne igjen symptomer, samt en innføring i de vanligste behandlingsformene og noen diffuse prognoser i kort perspektiv. Det ble gitt et inntrykk av at det var viktig å fange opp disse pasientene så tidlig, fordi et sykdomsforløp som fortsatte ut i voksen alder ofte betød svært dårlige prognoser, og inkluderte et mulig dødelig utfall. Dette har fanget interessen min. *For hva vet vi egentlig om denne gruppen? Hva baseres prognosene på? Kan disse pasientene bli friske? Og som sykepleierstudent kanskje viktigst av alt: hvordan kan man møte disse pasientene på en måte som øker sannsynligheten for bedring?*

Jeg har i løpet av sykepleierutdanningen latt meg fascinere av det psykologiske, og særlig det som ved første øyekast synes uforståelig. Gjennom arbeid i forskjellige organisasjoner under studietiden, deriblant ROS - Rådgivning om Spiseforstyrrelser, har engasjementet vokst for pasienter med kroniske psykiske lidelser som man «gir litt opp.» Pasienter med langvarige og alvorlige forløp av anoreksi er en slik gruppe. Dette er min bakgrunn for valg av tema.

1.2 Begrepsavklaringer

Langvarig anoreksi (kronisk anoreksi): I denne oppgaven oversettes det engelske begrepet *severe and enduring Anorexia Nervosa* (alvorlig og varig Anorexia Nervosa) med *langvarig anoreksi*.

Langvarig anoreksi er lite beskrevet som begrep i litteratur på norsk, og noen steder brukes heller betegnelsen «kronisk anoreksi». For å understreke at det er mulig å bli frisk selv etter svært lange sykdomsforløp, har imidlertid noen fagpersoner tatt til orde for at man bør unngå å omtale tilstanden som «kronisk» (Rø, Hage & Torsteinsson, 2020). Gitt denne oppgavens fokus på motiverende faktorer for bedring, velger jeg å bruke «langvarig anoreksi» videre. Det finnes flere måter å definere en slik langvarig anoreksi, selv om det ikke finnes nasjonale eller internasjonale retningslinjer for hvordan. I denne oppgaven anses tilstanden som langvarig eller kronisk dersom pasienten ikke har oppnådd fysisk og psykisk remisjon innen ett tiår (Eddy et al., 2017).

Forstyrret kroppsbilde: Tendensen til å oppfatte seg selv større eller tykkere enn man faktisk er. Fenomenet har blitt beskrevet i faglitteratur som en realitetsbrist på linje med en psykotisk vrangforestilling (Øverås, 2018, s. 11), og er en viktig opprettholdende faktor ved anoreksi.

1.3 Avgrensninger

Jeg har avgrenset oppgaven til å omhandle forskningsdata som kan anvendes i forhold til pasienter med langvarige forløp. Pasientopplevelsene som er gjengitt i oppgaven er ikke nødvendigvis representative for pasienter i kortere forløp, selv om det vil finnes en hel del likhetstrekk. Jeg har, gitt oppgavens størrelse, sett meg nødt til å se på resultater som er samstemte i definisjonene av hva som kjennetegner et langvarig sykdomsforløp og hva som kjennetegner det å være frisk.

1.4 Problemformulering

Sykdomsforløpet ved langvarig anoreksi kan fremstå som en evig runddans både for sykepleier og pasient. Symptombelastningen er stor, og pasientene er fysisk og psykisk preget av sykdommens varighet. Ettersom pasienten er preget av ambivalens, er det utfordrende for sykepleieren å motivere til endring, og situasjonen kan preges av håpløshet. Måten anoreksi gjerne omtales på i forbindelse med prognoser og dødelighet påvirker også hvordan sykdommen kan oppfattes. Dette gjelder i særlig grad ved lang tids sykdom.

Lange behandlingsløp sammen med alvorlig sykdom kan føre til en opplevelse av at det er umulig å bli frisk. Dette forsterkes av pasientens ambivalens og indre kamp, som igjen påvirker både nytten av behandlingen og hvorvidt det er mulig å gi behandling. I langvarige behandlingsløp

står både pasient og sykepleier i fare for å tenke at «løpet er kjørt» selv om pasienten enda har ressurser det kan gripes tak i.

Det trengs ny og oppdatert kunnskap om både prognoser og motiverende faktorer i pasientarbeidet. Dette kan bidra til at pasienter med kroniske og kompliserte forløp av anoreksi blir møtt på en måte som øker sannsynligheten for mer positive utfall. At sykepleieren har et bevisst forhold til seg selv i møte med den andre, og hva som er viktig for pasientene i denne sammenheng, kan ha stor betydning for behandlingsresultatene.

Ny kunnskap kan bidra til at sykepleieren møter pasientene med langvarig anoreksi på en måte som understøtter håpet, mestringen og livsmotet. Slik kan økt kunnskap minimere følelser som kan stå i veien for gode møter mellom sykepleieren og pasienten. Ved å være bevisst egne holdninger, valg og fokusområder, kan sykepleieren på lang sikt bidra til at pasienten motiveres til å nå et punkt hvor hen finner styrken i seg til å kjempe mot spiseforstyrrelsen på en annen måte enn før.

1.5 Hensikt med oppgaven

Denne oppgavens faglige hensikt er todelt. Den ene er å undersøke hva forskning sier om prognosene for langvarig anoreksi. Den andre er å belyse hvordan sykepleieren gjennom sitt arbeid og sin væremåte kan bidra til å formidle håp og motivere pasienten til endring.

Oppgavens formelle hensikt er å skrive en eksamensoppgave i forbindelse med avslutningen av sykepleierutdanningen ved Universitetet i Stavanger.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

Anorexia Nervosa, ofte forkortet til anoreksi, er en spiseforstyrrelse med høy risiko for lange og alvorlige forløp, og høy grad av samsykkelighet. Sykdommen omtales ofte i forbindelse med mindre gode prognoser, spesielt ved langvarig sykdom.

Ett av hovedsymptomene ved anoreksi er ekstrem redsel for å være eller bli tykk og et forstyrret kroppsbilde. Dette resulterer i et restriktivt spisemønster med strenge regler for mengde og type mat, med påfølgende vekttap som kan bli så ekstremt at det er fare for alvorlige helseskader eller død (Øverås, 2018, s. 11). Regler for mat og levemåte blir ofte mer og mer rigide, slik at sykdommen opptar en større og større andel av livet til den syke og gjør det vanskelig å leve et «normalt» liv.

Anoreksi handler imidlertid om mye mer enn mat. *Å bli frisk - veien ut av spiseforstyrrelser* sier følgende om den komplekse årsakssammenhengen som ligger til grunn: «Bakenfor de kroppslige symptomene ligger et komplekst landskap av tanker og følelser knyttet til store temaer som identitet og selvfølelse» (Øverås, 2018, s. 10).

Det er bred enighet om at spiseforstyrrelser ikke har en enkelt årsak, men oppstår som følge av en kombinasjon mellom medfødte egenskaper, livserfaringer og kulturell kontekst. Utløsende faktorer kan for eksempel være kriser som familiekonflikter, brutte relasjoner, dødsfall eller mobbing (Øverås 2018). For noen blir spiseforstyrrelsen et uttrykk for at de har det vondt på innsiden, eller må ha kontroll på noe i et liv som kjennes kaotisk på ett eller annet plan. Denne kroppsliggjøringen er blitt beskrevet på denne måten:

Mange pasienter med spiseforstyrrelser beskriver at de kroppslige symptomene har en kommunikativ undertekst. Gjennom kroppens utseende og størrelse kan vi formidle et indre landskap av følelser og behov. En følelse av å ikke fortjene en plass i verden kan oversettes til å bli så liten at man nesten forsvinner. Indre smerte kan kommuniseres gjennom å skade kroppen slik at smerten blir synliggjort. En følelse av manglende kontroll kan kompenseres ved å kontrollere det ytre. Indre kaos kan kompenseres med ytre orden. (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010)

Anoreksi debuterer oftest i tenårene, med en topp omkring 14-18 års alder (Jagielska & Kacperska, 2017).

ICD-10 oppgir følgende kriterier for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- Kroppsvekt minst 15% under forventet vekt eller BMI under 17,5
 - Vekttapet er selvfremkalt
 - Forstyrret kroppsoppfatning
 - Omfattende endokrin sykdom (hos kvinner vises dette ved tap av menstruasjon)
 - Forsinket pubertal utvikling ved prepubertal sykdom
- (Helsedirektoratet, 2021)

Det er stor usikkerhet knyttet til forekomsten av anoreksi, og i undersøkelser er funn betydelig sprikende (Rø, Hage og Torsteinsson, 2020). En stor undersøkelse med 36 000 deltagere fra USA i 2012-2013 konkluderte man med en livstidsprevalens på 1,4% for kvinner med anoreksi (Rø, Reas & Rosenvinge, 2012). Det er ikke gjort befolkningsundersøkelser knyttet til forekomst av spiseforstyrrelser i Norge siden 1990-tallet, og man har derfor ikke sikre oppdaterte data her i landet (Rø et al., 2020).

2.1 Særlige utfordringer knyttet til behandling av anoreksi

Fordi virkelighetsoppfatningen rundt mat, kropp og vekt er endret ved anoreksi, er det vanskelig for pasienten å se at det er nødvendig med en reell og varig endring i atferdsmønsteret. Mange av pasientene kan for eksempel fortelle at de opplever det å være tykk som en altoverskyggende følelse, og ikke bare en objektiv tilstand. Denne «følelsen» opptrer gjerne hvor det for andre ville vært naturlig å kjenne på andre følelser, slik som at man er frustrert, sint, redd eller lei seg. En pasient beskriver det slik: «Jeg hører hva du sier, og jeg er enig i logikken, men jeg FØLER meg fortsatt tjukk, og den følelsen er så sterk at det MÅ være sant» (Øverås 2018, s.11).

Angsten knyttet opp mot en slik «følelse» kombinert med et behov for kontroll på *noe* i livet fører gjerne til større og større internalisering av sykdommen, til et slikt punkt at pasienten gjerne

kan kjenne på en følelse av overgivelse og et skifte fra følelse av kontroll til tap av kontroll. En pasient med langvarig anoreksi beskriver det som om at anoreksien på et tidspunkt tok overhånd. «At some point the anorexia Took over. I didn't understand why I was doing it but I couldn't stop» (Dawson, Rhodes & Touyz, 2014). En annen pasient omtalte spiseforstyrrelsen slik: «det er som et naziregime i egen kropp» (Høgset, Wallin & Fossen, 2020).

For de destruktive handlingene kommer ikke uten en pris, selv om de fyller en funksjon. Spiseforstyrrelsen representerer dermed både en løsning og, iallfall etterhvert, et problem for pasienten. Pasienten kan gjerne beskrive det som om hen skjønner at spiseforstyrrelsen er en del av årsaken til at hen har det vondt, samtidig som den er nødvendig for å mestre det som er vondt (Øverås 2018, s. 21).

2.2.0 Joyce Travelbees omsorgsteori

Joyce Travelbee er i sin sykepleieteori opptatt av mennesket som individ. Dette gjelder både pasienten og sykepleieren. Travelbee fremhever også hvordan sykepleieren må ha et bevisst forhold til seg selv i møte med pasienten.

Hennes teorier er bygget på eksistensialismen, hvor en grunntanke er at ethvert menneske er ansvarlig for egne handlinger, og hvordan hen forholder seg til dem (SNL, 2021). Jeg synes denne teorien er spennende sett i sammenheng med pasientgruppen jeg omtaler i denne oppgaven. For pasienter med kronisk anoreksi kan det gjerne oppleves som om sykdommen er blitt *en del av dem*. Med dette som utgangspunkt lever de på en måte som gjør at sykdommen også *fortsetter* å være en del av dem. Dette blir en sirkel det er vanskelig å arbeide seg ut av.

2.2.1 Forståelse av håp, og hvorfor håpet er så viktig

Joyce Travelbee omtaler håp som som en motiverende faktor bak menneskelig atferd. Hun skriver i en av sine bøker at «det er trolig den motiverende impulsen av håp som gir den syke energi og gjør ham i stand til å overvinne hindringer og sette kreftene inn i de vanskelige oppgavene som kan ligge i en rehabiliteringsprosess» (Travelbee, 2001, s. 117). Har man sett en pasients kamp mot spiseforstyrrelsen på nært hold, skjønner man at det virkelig er slike sterke krefter Travelbee omtaler her som må settes inn for å bli bedre. I denne sammenheng blir altså en viktig sykepleieoppgave å *understøtte håpet!* Sykepleieren skal ikke «bære» pasienten - men hjelpe

pasienten til å arbeide mot en aktiv rolle i eget liv og egen tilfriskning. Sykepleieren skal heller ikke skape motivasjon ut av ingenting - men hjelpe pasienten å gripe tak i det som finnes av ressurser.

Jeg synes det er verdt å merke seg hvordan Travelbee knytter håpet opp til menneskets autonomi og frihetsfølelse. For dersom man har håp om endring, tror man også at flere muligheter står åpne. Selv om pasienten føler det som å velge mellom to onder, tar hen også et valg (Travelbee, 2001, s. 119). I dette tilfellet vil valget være hvorvidt pasienten beveger seg - aktivt eller passivt - mot friskere eller sykere valg. Å reflektere rundt dette kan bidra til bevisstgjøring, i de tilfellene pasienten opplever at sykdommen har tatt stor kontroll.

En pasient med kronisk anoreksi beskriver hvordan en slik bevisstgjøring førte til en åpenbaring for henne i behandlingssammenheng, slik som dette:

I started to wonder that maybe a disease was controlling me and that, perhaps, I wasn't to blame for it... if it was a disease, then I didn't have to have it. Having the strength to realize that I could get out enabled me to break out. This was a big revelation (Dawson et al., 2014).

2.2.2 Hvordan man blir oppfattet, og nødvendigheten av en menneske-til-menneske relasjon

Travelbee legger vekt på hvordan vi oppfattes av hverandre. Hun fremmer tanken om at både «pasienten» og «sykepleieren» oppfattes på bestemte og gjerne forutinntatte måter om man ikke legger noe mer inn i relasjonen og går inn for å se hverandre som individ.

Rollen som «sykepleier» må overskrides dersom en skal kunne se og relatere seg til andre mennesker som menneske, i stedet for som «sykepleier» til «pasient»... Det er bare når en står overfor hverandre som menneske til menneske, noe som innebærer overskridelse av roller, at et virkelig forhold kan etableres (Travelbee, 2001, s. 64).

Flere pasienter med spiseforstyrrelser beskriver viktigheten av det Travelbee her omtaler: å bli sett som et menneske, og ikke bare en pasient, et romnummer eller en «case» som skal løses. En pasient sier det slik:

Det bygger seg jo opp fordi ingen noensinne ser noe annet enn diagnosen. Og igjen, det blir en trigger for å opprettholde spiseforstyrrelsen, fordi da er det det de ser. Da er det det som er meg. Det er viktig å se de tingene bak (Rø et al., s. 32).

3.0 METODE

I arbeidet med denne oppgaven har jeg vært bevisst hvilken metode jeg bruker for å belyse problemstillingen. Jeg vil nå redegjøre for metodevalg og hvordan jeg har kommet frem til artiklene oppgaven bygger på. Jeg vil først definere noen sentrale begreper.

Metode. Å bruke en metode kan beskrives som å følge en bestemt vei mot et mål. Det dreier seg om å samle inn, analysere og tolke data for å kunne øke kunnskapen vår om det vi vil undersøke (Johannesen, Tuft & Christoffersen, 2016, s. 25).

Kvantitativ metode gir oss «harde fakta» i form av tall og målbare enheter. De viser bredde og har til hensikt å gi oss en forklaring (Dalland, 2012, s. 112). I denne oppgaven kan kvantitativ forskning for eksempel vise oss noe om prevalens, prognoser og hvor mange som blir friske.

Kvalitativ metode er mer fleksibel i tilnærmingen, gir oss dybdeforståelse og ønsker å formidle forståelse fremfor bare å gi en forklaring (Dalland, 2012, s. 112). Den gir ikke samme målbare tallmateriale som den kvantitative metoden. I denne oppgaven kan den kvalitative forskningen for eksempel vise oss noe om pasientens opplevelser av å leve med langvarig anoreksi, hva de opplever som viktige egenskaper hos sykepleieren og hva som er viktig for dem når de er i behandling.

Jeg har valgt å bruke forskningsdata hvor begge metodene er benyttet. Dette for å få mulighet til å gi enkelte konkrete og tallfestede svar, samtidig som jeg kan gå i dybden og vise frem «menneskene bak tallene».

3.1 Integrativ litteraturoversikt

Denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie, hvor det er brukt en integrativ litteraturoversikt som metode for å strukturere relevant materiale. I en integrativ litteraturoversikt danner man seg en oversikt over forskning gjort på et avgrenset område. Deretter sammenligner man resultatene og trekker egne konklusjoner som til sammen danner en ny helhet (Friberg, 2017, s.150). Jeg har erfart at en slik litteraturoversikt bidrar til både enklere sammenligning og sammenstilling av resultatene.

3.2 Søkeprosess

Søkeprosessen i forbindelse med denne oppgaven har vært tidkrevende og omfattende, og jeg leste sammendraget til flere titalls ulike artikler før jeg fant frem til de aktuelle. En av grunnene til at det har vært vanskelig å velge ut artikler er at det ikke finnes noen absolutt faglig enighet angående hva som skal betegnes som kronisk eller langvarig anoreksi, og begrepene brukes til en viss grad om hverandre. Dette gjenspeiles selvsagt i forskningsresultatene.

Den mest brukte engelske betegnelsen: *severe and enduring anorexia nervosa*, gikk likevel igjen i de fleste artiklene som ble lest i forbindelse med oppgaven. Å sette seg inn i de ulike definisjonene, hva som kjennetegnes som friskt, hva som menes med delvis bedring, de ulike modellene for tilfrisking og annet, satte meg også bedre i stand til å velge ut relevante artikler til slutt, og bygge oppgaven ut fra disse.

Noe annet som har vært utfordrende, er at artikler som har brukt kvantitativ metode ofte har definert kronisk forløp som en «endestasjon», mens mitt hovedfokus i denne oppgaven har vært å se hva som skjer *videre* med de pasientene som går over i et slikt langvarig forløp. Sistnevnte utfordring gjorde at jeg i startfasen lurte på om jeg skulle omformulere det jeg ønsket å finne ut av, og dreie det hele i en enklere retning. Dette spesielt sett i sammenheng med at resultatene jeg fant var mer nedslående enn antatt. Videre søk og enda mer forståelse av tema, gjorde meg imidlertid sikker på at det *ville* finnes nok stoff til å trekke gode konklusjoner, og bidro til å forsterke ønsket mitt om å lære mer om emnet som innebærer de *langvarige* forløpene (jmf. 1.1 Bakgrunn for valg av tema).

I tillegg til artiklene som er brukt i denne oppgaven, har jeg også anvendt annen relevant litteratur. Det er gjort bevisste valg i forhold til hvilke bøker som er inkludert. I utdanningsløpet har blant annet *Psykiatri for helsefag* (Aarre, Bugge & Juklestad 2012) vært en del av pensumet. Denne boken omtaler blant annet anoreksi. Jeg så meg imidlertid tidlig nødt til å se etter bøker som ikke bare handlet om anoreksi generelt, men også de langvarige eller kroniske sykdomsforløpene.

Universitetsbiblioteket hadde tilgjengelig mer spesifikk litteratur, og dette var også bøker jeg hadde kjennskap til fra før. *Spiseforstyrrelser - forståelse og behandling* (Rø et al., 2020) og *Å*

bli frisk - veien ut av spiseforstyrrelser (Øverås, 2018) har derfor vært sentrale i arbeidet med denne oppgaven. Disse bøkene er blant de nyeste tilgjengelige fagbøkene om emnet, skrevet av forfattere som er anerkjente i fagmiljøet. I førstnevnte bok er en av forfatterne forskningssykepleier, noe som gjenspeiles i flere av kapitlene og bringer frem sykepleierperspektivet. Dette har vært spesielt viktig ettersom det var vanskelig å finne forskning som fokuserte på et slikt sykepleierperspektiv. Boken *Anorektisk* (Senneset, 2018) og filmen *Selvportrett* (Høgset Et al., 2020) har på sin side virket supplerende for å få frem pasientperspektivet.

3.2.1 Valg av søkestrategi

Jeg har benyttet meg av strukturert søkestrategi i arbeidet med å finne relevante artikler. Dette innebærer at jeg har tatt hensyn til både visse kriterier og eksklusjonskriterier i utvelgelsen, slik som relevans, gyldighet og holdbarhet (Dalland, 2012, s. 74). En rekke ulike kritiske spørsmål har vært grunnlag for vurderingen av artiklene.

Blant disse er *når teksten er skrevet*. Jeg hadde som utgangspunkt at artiklene jeg valgte som hovedkilder ikke skulle være eldre enn 10 år, det vil si publisert i tidsrommet 2011-2021. Jeg har i tillegg lagt vekt på *hvorvidt studiene er overførbare* til norske pasienter. Forskjeller i helsetilbudene vil selvsagt være av avgjørende betydning, men i forbindelse med spiseforstyrrelser vil også sosiokulturelle forhold spille en viktig rolle i behandling og prognoser (Rø et al., 2020). Jeg har derfor valgt å kun inkludere forskning fra land hvor 1) det finnes godt etablerte tilbud for pasienter med spiseforstyrrelser, 2) sosiokulturelle forhold knyttet til kropp kan sammenlignes med norske forhold. Forskningen som er inkludert i denne oppgaven, er gjort i henholdsvis Australia, Polen, Sverige og USA. Bøkene som er benyttet inneholder i tillegg erfaringer og forskning gjort i Norge.

3.2.2 Valg av databaser

Via universitetsbibliotekets nettsider har jeg hatt tilgang til et bredt utvalg databaser for å finne aktuelle forskningsartikler. Blant disse er 36 knyttet opp mot helse-og sosialfag. Jeg benyttet meg av British Nursing Index, CINAHL, Idunn, Medline, PubMed og Oria, som alle inneholder litteratur som er aktuelle for sykepleiefaget. Databasene Oria og PubMed utmerket seg med litteratur som var særlig relevant for problemstillingen. Tre av fire artikler er funnet ved hjelp av søk på Oria, hvorav en av disse stammer fra litteraturlisten til en artikkel jeg ikke valgte å bruke som hovedkilde. Én artikkel er funnet via databasen PubMed.

3.2.3 Valg av søkeord

For å finne frem til artiklene jeg valgte å bruke, benyttet jeg meg av ulike søkeord. Søkene ble gjort på engelsk, ettersom dette er språket som førte til mest aktuelle treff i databasene. Jeg erfarte tidlig at kun bruk av generelle søkeord, som for eksempel bare «anorexia nervosa» eller «severe and enduring anorexia nervosa» ga så mye treff at det ble vanskelig å sortere.

For å finne den første artikkelen på PubMed brukte jeg følgende søkeord: (*tittel inneholder*) anorexia OG chronic ELLER adults. Jeg fikk 242 treff. Den andre artikkelen ble funnet på Oria med søkeord (*tittel inneholder*) anorexia nervosa OG (*emne inneholder*) recovery. Dette ga 89 treff. For å finne den tredje artikkelen, også på Oria, benyttet jeg meg av kombinasjonen (*frase i tittel*) Adult anorexia nervosa OG treatment. Dette ga 20 treff. For samtlige søk var det et kriterie at forskningen var publisert siste 10 år, at treffene var fagfellevurderte artikler og at de var på engelsk/norsk.

Den siste artikkelen ble funnet via en annen artikkel, hvor den var oppgitt som kilde. Jeg fikk tilgang til fulltekst av denne gjennom Lean Library.

3.2.4 Valg av artikler og annen litteratur

Treffene på hvert søk ble vurdert etter inklusjons- og eksklusjonskriteriene jeg hadde bestemt meg for på forhånd. Aktuelle artikler som falt innenfor disse kriteriene, ble deretter lest grundigere for å kunne velge ut hovedartikler som var mest mulig relevante for problemstillingen. Det var et poeng å inkludere minimum to kvalitative studier og minimum to kvantitative, slik at resultatene kunne vurderes opp mot hverandre. Det var også et poeng at artiklene hadde en viss likhet når det kommer til definisjonen av frisk/syk og synet på hva som er et «langvarig sykdomsforløp,» ettersom resultatene skulle kunne samles til en ny helhet. Jeg vurderte det som vanskelig å gå innom mange ulike modeller og forståelser med tidsrammen jeg hadde til rådighet for denne oppgaven.

I utvelgelsen av artiklene la jeg også vekt på forskningsmetode, pasientgruppe og etiske hensyn, samt at de hadde en klar struktur og diskusjon. Pasientgruppene måtte kunne sammenlignes og være representative for en viss generell anvendelse av resultatene. I utgangspunktet var det imidlertid ønskelig med et enda bredere pasientutvalg. Dette ble vanskelig ettersom det i all hovedsak er pasienter som har vært innlagt på sykehus som har blitt fulgt opp i langtidsstudier. Jeg utførte til slutt flere sekundærsøk på forskerne bak artiklene jeg siktet meg inn på, samt tidsskriftene

disse var publisert i. Dette gjorde jeg for å sikre at resultatene som blir presentert er pålitelige og gyldige. I *tabell 1* vedlagt denne oppgaven vises en oversikt over de valgte artiklene.

4.0 RESULTATER

Etter å ha analysert aktuelle forskningsartikler, kom jeg frem til to hovedkategorier og fem underkategorier som samsvarer med oppgavens problemstilling. Disse er beskrevet i *vedlegg, tabell 2*. Jeg vil nå legge frem resultatene i artiklene.

4.1 Mulighet for bedring og tilfriskning

Ikke alle pasienter har like stor risiko for langvarige forløp, likevel ser man at en del faktorer er assosiert med dette. Slike faktorer kan for eksempel være hvor tidlig sykdommen debuterer, hvor pasienter med svært tidlig symptomdebut (alder 8-14) har dårligst prognose (Jagielska & Kacpierska, 2017), eller varighet av behandlingen, hvor de med lite behandling i forhold til varighet av sykdommen skiller seg ut negativt (Eddy et al., 2017).

Men at sykdommen er langvarig, betyr ikke at den er umulig å kurere. Dette har også blitt et fokus i forskningssammenheng. I stedet for å se på «fortsatt sykdom» som en endestasjon, har flere og flere i fagmiljøet valgt å gjøre videre forskning på disse pasientene som gruppe. De har funnet at det er grunn til å vise optimisme også hva gjelder pasienter som har vært syke i svært lang tid (Eddy et al., 2017).

En studie som har undersøkt langtidsprognosene for anoreksi over 22 år, har konkludert med at et langt forløp er «regelen» snarere enn unntaket for pasienter som har hatt alvorlig anoreksi med behov for innleggelse. «We found that for those with an initial diagnosis of anorexia nervosa, recovery was uncommon during the first decade of our study» (Eddy et al., 2017). En annen studie fra 2017, presentert i artikkelen «*Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa*», fant at det blant pasienter som hadde trengt innleggelse, var svært sjeldent med komplett tilfriskning før det var gått minimum fire år med intensiv behandling (Jagielska & Kacperska, 2017).

I artikkelen «*Doing the impossible*»: *The Process of Recovery From Chronic Anorexia Nervosa*, som beskriver funnene i en kvalitativ studie, konkluderes det slik vedrørende de lange forløpene: «findings suggest that full recovery from chronic AN is possible and emphasize the importance of hope, motivation, self-efficacy, and support from others in the recovery process» (Dawson et al., 2014).

4.2 Hva det vil si å være «frisk»

Men når vi snakker om at det er mulig å bli frisk, møter vi på et annet spørsmål. For hva vil det si å være frisk? For å kunne gi mer forståelse for prognosene som nettopp er presentert, vil jeg se nærmere på hva artiklene legger i dette begrepet.

Mens noen definerer «frisk» som noe rent fysisk, hvor bla. vekt, måltidsrytme og endokrin funksjon er gjenvunnet til det normale, vil andre argumentere for at tilfriskning må sees i et større perspektiv. Mange med anoreksi kan streve med persisterende symptomer i flere år etter at de tilsynelatende ser friske ut. Dette kan være atferdsmessige og psykologiske symptomer som i stor grad påvirker livskvalitet og selvfølelse, slik at pasienten fortsatt lever svært begrenset på grunn av sykdommen (Dawson et al., 2014).

I en av artiklene, beskrives en «recovery-orientert modell» som tar hensyn til mer enn bare fysiske parametre. «the recovery model, is driven by consumers, positioning recovery as part of a personal journey, the product of empowerment and resulting in an improvement in quality of life» (Anthony, 1993). Denne modellen står i kontrast til en medisinsk modell som var mer dominerende på feltet tidligere. «This model positions recovery as an objective «cure», a condition defined by the absence of symptoms and a return to normal functioning» (Robert & Wolfson, 2004). I artiklene jeg har sett nærmere på er det et flerdimensjonalt syn og en recovery-orientert modell som ligger til grunn når pasientene regnes som «friske».

I artiklene *Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa* og *Recovery From Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa at 22-Year Follow-Up* deles pasientene inn i kategorier for å kunne sammenligne de kvantitative dataene. De pasientene som blir kategorisert som friske har i begge artiklene hatt tilbakegang av *både* fysiske og psykologiske symptomer (Eddy et al., 2017, Jagielska & Kacpierska, 2017). Det er dermed også her lagt til grunn at det å være frisk handler om mer enn det rent fysiske.

Sykepleieren bør uansett ha fokus på *pasientens opplevelse*, og hvordan de opplever å mestre sitt liv, med en spiseforstyrrelse mer, mindre eller ikke til stede (Conti, Joyce, Hay & Meade, 2020). Det er også viktig å ha med seg at den fysiske representasjonen av sykdommen kan være i kontinuerlig endring, og manifestere seg på ulike måter gjennom årene som går.

Grunnleggende vil denne pasientgruppen uansett ha store utfordringer knyttet til de psykologiske og atferdsmessige aspektene av spiseforstyrrelsen, som forstyrret kroppsbilde, matvaner og «tanken om at man er tykk» som en del av det integrerte følelsesregisteret, selv om vekten kan være normal (Eddy et al., 2017).

4.3 Tidsperspektiv og tidens betydning

Fordi man har få langtidsstudier å basere seg på, har tanken om at man «aldri» blir helt frisk fra langvarig anoreksi noen steder fått stort spillerom, og enkelte har tatt til orde for at behandlingen bør være palliativ i sykdomstilfeller der pasienten har hatt fremskridende anoreksi i mer enn ett tiår (Eddy et al., 2017).

Dette til tross for at langtidsstudier viser at tilfriskning ved anoreksi kan skje gradvis og over svært mange år. Ett av de tidligere nevnte forskningsprosjektene konkluderte med at anoreksi her skiller seg fra andre spiseforstyrrelser, som bulimi, hvor tilfriskningen skjer raskere og statistisk sett forblir uendret selv om oppfølgingsperioden i studien er lengre. Etter 9 års oppfølging var 31,4% av pasientene med anoreksi friske, mens denne andelen økte til 62,8% ved 22 års oppfølging (Eddy et al., 2017).

Lignende resultater kommer også frem i artikkelen «*Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa,*» hvor det konkluderes med at lenger oppfølgingstid så ut til å korrespondere med økt prosentandel pasienter som var blitt friske eller var i relativ bedring. Her fant man at 10-18% av pasientene møtte diagnosekriteriene for anoreksi 12 år etter at diagnosen først ble satt (Jagielska & Kacperska, 2017).

Hva gjelder mortalitet, ser denne også ut til å henge sammen med varighet av forløpet. I sistnevnte artikkel refereres det til flere studier som har undersøkt mortalitet ved anoreksi. Det poengteres her at flere faktorer spiller inn ved forskning på dødelighet, og at resultatene er svært sprikende, med tall på 0-22,5%. De store forskjellene henger først og fremst sammen med at det er svært ulike forutsetninger hos pasientene i de ulike studiene, og det konkluderes med at den reelle dødeligheten er vanskelig å slå fast (Jagielska & Kacperska, 2017). Forfatterne poengterer uansett at

dødeligheten er ansett for å være betydelig. «The SMR (standard mortality ratio) in AN is the highest of that in all psychiatric disorders» (Klump et al., 2009).

4.4 Viktige egenskaper hos sykepleieren

I artikkelen «*Doing the impossible*» *The process of recovery from chronic anorexia nervosa*» trekkes empati frem som en nøkkelegenskap hos sykepleieren, sammen med det å kunne støtte pasienten i vanskelige stunder (Dawson et al., 2014). Felles for de kvalitative studiene hvor «pasientens stemme» får komme frem, er at det også kommer frem hvor mye sykepleierens fremtoning har å si (Dawson et al., 2014, Conti et al., 2020). Hvordan pasientene blir møtt, kan være utslagsgivende i behandlingen, Spesielt med tanke på at ett av hovedmålene i behandlingen er at pasientene skal stå i den over tid (Conti et al., 2020).

I artikkelen «*Finding my own identity*»: *a qualitative metasynthesis of adult anorexia nervosa treatment experiences* trekkes det frem at pasientenes motivasjon i stor grad ble farget av hvordan de opplevde holdningene til helsearbeiderne rundt seg. Pasientene var vare for det de oppfattet som nedlatende holdninger eller utsagn som gjorde at de følte seg umyndiggjort. Samtidig som de ønsket å bli lyttet til og behandlet på en respektfull måte, ville de imidlertid også ha tydelige rammer å forholde seg til (Conti et al., 2020).

En av artiklene fokuserer på ulike stadier av tilfriskningen, og peker på at sykepleierens mulighet til å «nå» pasienten vil være forskjellig alt etter hvilket stadiet i tilfriskningen denne befinner seg på. Mens pasientene i starten av forløpet i stor grad følte seg misforstått og lite hjulpet nærmest uavhengig av hvordan de ble møtt, hadde de en følelse av at sykepleieren forstod dem og ønsket å hjelpe når de kom lenger ut i forløpet, når de også hadde opplevd spiseforstyrrelsens «baksider.» Dette kunne lede til et «vippepunkt» hvor pasienten ble motivert for å aktivt gå inn for å bli bedre og jobbe med symptomene (Dawson et al., 2014).

4.5 Hvordan sykepleieren kan motivere til endring og det å ivareta endringen

Flere steder i litteraturen beskrives pasienter med kronisk anoreksi som utfordrende i behandlingssammenheng, noe som er krevende for sykepleieren på mange måter. «Those with chronic [anorexia nervosa] tend to have the poorest outcomes, exhibit an extreme ambivalence

about change, and are ego-syntonicly attached to their disorder» (Dawson et al., 2014). Det er imidlertid mye sykepleieren kan gjøre for å legge til rette for pasienten, og forsøke å øke motivasjonen.

En av artiklene beskriver hvor viktig det er at pasienten føler seg *aktivt deltagende*, eller i det minste *aktivt forsøkt involvert* i egen behandling. Dette styrker pasientens tro på at noen har troen på *dem* (Conti et al., 2020). Og ettersom håpløshet kan være et av de vanskeligste hindrene å forsere i behandlingen av pasientene med langvarige forløp, bør sykepleieren være bevisste hvordan hen forholder seg til pasientens håp og håpløshet, som kan være skiftende i tråd med ambivalensen som foreligger. Sykepleieren må da også ha med seg at disse pasientene vanligvis har vært gjennom flere behandlingsforsøk, og at dette gjør noe med hvordan de oppfatter egne fremtidsutsikter (Dawson et al., 2014).

I behandlingen av pasienter med anoreksi er det ofte behov for bedring av fysisk tilstand, og dermed vektoppgang. I artiklene jeg har sett på i forbindelse med denne oppgaven, trekkes det frem at en *forståelse av spiseforstyrrelsens mekanismer* er vesentlig for pasientens muligheter til å aktivt gå inn for å arbeide med symptomene (Dawson et al., 2014, Conti et al., 2020). Sykepleieren kan hjelpe pasienten til å øke sin forståelse for disse mekanismene. Dette kan sammen med andre faktorer, som at pasienten i økende grad opplever at spiseforstyrrelsen har negative konsekvenser i livet, bidra til motivasjon og endring.

The combination of the severity of the [anorexia] and the long-term endurance of the illness led to changes in the perception of [anorexia] from something of potential value to something that was damaging and unproductive.... I realized the eating disorder wasn't getting me anywhere. It wasn't achieving anything. It wasn't helping me in any way (Dawson et al., 2014).

Når pasienten har mål om endringer, det være seg mål om en bedre måltidsrytme eller bedring av fysiske symptomer, må sykepleieren *motivere til å ivareta den endringen!* En pasient i den ene studien beskriver følelsene etter et behandlingsopplegg hvor det har vært sterkt fokus på å bedre kun de fysiske symptomene slik:

You feel very alone, you put weight on and then you are told you can go when you are struggling the most with your weight. Then you are on your own, scared, afraid of being a woman, afraid of assumptions being made by others that you are OK (Conti et al., 2020).

Sykepleiere som viser at de ser mer enn bare fysisk tilstand, oppleves av pasientene som enklere å forholde seg til. Pasientene kjenner seg tryggere, mer ivaretatt og i større grad sett som hele og fullverdige mennesker (Conti et al., 2020, Dawson et al., 2014). Dette er et godt grunnlag for videre behandling.

5.0 DISKUSJON

Diskusjonsdelen består av to deler. I metodediskusjonen vil jeg diskutere metodene som er brukt og gjøre rede for hvordan valgene jeg har lagt til grunn har hatt betydning for oppgavens endelige utforming og vektlegging. I resultatdiskusjonen vil jeg drøfte resultatene fra artiklene opp mot oppgavens hensikt og teoridel.

5.1 Metodediskusjon

I arbeidet med denne oppgaven har jeg økt mine kunnskaper om pasienter med langvarig anoreksi. Men jeg har også lært mer om hvordan større oppgaver skal struktureres, hvordan jeg gjør mer omfattende søk i databasene jeg allerede var kjent med, og hvordan jeg arbeider med større mengde materiale enn jeg tidligere har gjort. Jeg opplever å ha gjort gode og faglig begrunnede valg i utvelgelsen av forskningsartikler og supplerende litteratur. Eksklusjons- og inklusjonskriteriene jeg har gjort rede for i kapittel 3.2 om metode, har ligget til grunn, og jeg har hele veien tilstrebet et oversiktlig arbeid med artiklene ved hjelp av tabeller og det å gjøre meg godt kjent med artiklenes innhold.

Bruk av litteraturbasert metode har noen klare utfordringer, for eksempel at artiklene som velges for å trekke konklusjoner til den «nye helheten» er valgt av en selv. De er da valgt med ens eget utgangspunkt, som ikke bare inkluderer de aktuelle inklusjon- og eksklusjonskriteriene, men også hva en selv tenker om relevans. Dalland skriver at «er vi bevisst den førforståelsen vi bringer med oss, er det lettere å skille den fra den nye forståelsen vi etter hvert får» (Dalland, 2012, s. 121). Jeg har forsøkt å følge dette i arbeidet med oppgaven, og vært nøye med å bruke data så nøyaktig som mulig. Selv om mitt mål har vært å belyse tema fra flere vinkler, kan jeg imidlertid ha oversett eller valgt bort litteratur som kunne stilt resultatene i et mer nyansert lys.

Forskerne bak artiklene jeg har valgt, har også med seg sin førforståelse. Sekundærsøk bekrefter at flere av forskerne har arbeidet med spiseforstyrrelser i lang tid, og mange har bidratt i flere studier. Dette kan farge deres oppfatning av pasientgruppen på flere måter. Som forsker har man imidlertid et etisk ansvar for at data benyttes så nøyaktig som mulig, slik at resultatene faktisk er gyldige og gjenprøvbare. Det at alle de anvendte studiene har trukket frem resultater som ikke

bare tyder i én bestemt retning før de har trukket en konklusjon, og at de kan sammenlignes, bidrar til å gjøre resultatene troverdige. Jeg har i tillegg forholdt meg til artikler skrevet av forskere med minimum Phd eller tilsvarende. Det gir en ekstra trygghet at fagkompetansen er stor, når resultatenes gyldighet skal vurderes.

Jeg har brukt to artikler hvor det er benyttet kvalitativ metode for å komme frem til resultatene. Begge disse artiklene har som hensikt å få frem et pasientperspektiv ved hjelp av dybdeintervju av pasientene. Dette gir mer rom for tolkning enn resultatene i de to andre artiklene hvor det er brukt kvantitativ metode med standardiserte undersøkelser, og er noe å ta i betraktning når det gjelder konklusjonene som er trukket, både av forskerne, men også når jeg selv sammenstiller min forståelse til en ny helhet.

Jeg lyktes ikke i å finne artikler med rent sykepleiefaglige perspektiv. Selv om to av artiklene i stor grad omtaler helsearbeidere generelt eller sykepleiere spesifikt, er det her deres arbeid sett fra et pasientperspektiv som er i fokus. Ved god bruk av den supplerende litteraturen, som blant annet er skrevet med bidrag fra sykepleiere, har jeg forsøkt å veie noe opp for dette. Ettersom hensikten med oppgaven har vært å belyse hvordan sykepleiere gjennom sitt arbeid og væremåte kan bidra til å motivere pasienten til endring, vil pasientperspektivet likevel ha stor betydning og være relevant for sykepleiere.

Det at alle artiklene er skrevet på engelsk, gir mulighet for at det er fragmenter som kunne vært viktige, jeg ikke har forstått. Jeg har etter beste evne forsøkt å tolke resultatene på en nøyaktig måte ved å sette meg inn i de begrepene som har vært aktuelle, og jeg har brukt mye tid på oversettelsesarbeidet for å minimere risikoen for feil knyttet til språk.

En større oppgaveramme ville gitt mulighet til å gå enda mer i dybden, sammenlignet ulike pasientutvalg og inkludert mer litteratur. Dette kunne belyst problemstillingen ytterligere, og dermed gitt enda bedre faglig grunnlag til å trekke konklusjoner.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne oppgaven har vært å undersøke hva forskning sier om prognosene for langvarig anoreksi, samt å belyse hvordan sykepleiere gjennom sitt arbeid og væremåte kan bidra til å formidle håp og motivere pasienten til endring. Jeg vil nå diskutere resultatene fra forskningsartiklene i lys av supplerende litteratur.

5.2.1 Om tilfriskningsprosessen, prognoser og mulige utfall

Jeg har tidligere beskrevet prognosene ved anoreksi og risikofaktorer for langvarige sykdomsforløp. Det at sykepleieren har kunnskap om prognosene, gir et bedre grunnlag for å formidle tanken om at det er mulig å bli frisk. For meg er det en tydelig sammenheng mellom viktigheten av kunnskap om prognoser, og viktigheten av kunnskap om motiverende faktorer som understøtter håpet. Dette har blitt enda tydeligere i arbeidet med denne oppgaven.

Allerede innledningsvis ble det tydeliggjort at det å understøtte håpet er en viktig sykepleierfunksjon (NSF, 2021). Håp kan være mye, og kan spenne fra å være et håp om å bli frisk til håp om en verdig avslutning på livet. Hos pasienter med langvarig anoreksi er det grunn til å argumentere for at «håpet» i svært mange tilfeller kan og bør bestå av mer enn håp om god palliativ behandling.

Det at forskning viser en tilfriskningsprosess som kan strekke seg langt utover ett tiår (Eddy et al., 2017, Jagielska & Kacperska, 2017), er et slikt argument. Samtidig er det slik at prognosene vil henge sammen med alvorligheten av sykdommen (Eddy et al., 2017., Jagielska & Kacperska, 2017, Rø et al., 2020, s. 320). En tenåring med nylig oppdaget anoreksi som ikke trenger mer enn poliklinisk oppfølging, vil dermed ha svært gode prognoser i forhold til en tenåring som har strevd lenge og som til slutt må ha hjelp i form av sykehusinnleggelse. Det at man ser at det *er* mulig å bli frisk, selv ved langvarige sykdomsforløp er oppløftende, samtidig som man må forholde seg til faktorene som viser at denne veien oftest er veldig lang. Det at artiklene viser at det *er mulig* å bli frisk sier mest om akkurat denne muligheten, og også noe om at antagelsene noen har om at man alltid må leve med noe av spiseforstyrrelsen ikke stemmer.

Resultatene sier ikke nødvendigvis at det vil være feil å i noen tilfeller gå inn for palliativ behandling. En fagbok om temaet sier følgende: «Ved behandling av pasienter med svært langvarig lidelse vil behandlingen bli rettet mer mot å få en bedre livskvalitet enn nødvendigvis å bli helt

frisk» (Rø et al., 2020). Dette vil i stor grad handle om hva pasienten selv er motivert for. At sykepleieren har tro på pasientens ressurser og tydeliggjør at en endring er mulig selv etter lang tid, kan uansett bidra til å bevare en indre tro i pasienten selv, som over tid kan sette pasienten i stand til å ta nye tak i tilfriskningsprosessen (Dawson et al., 2014).

5.2.2 Risikoen for et dødelig utfall og hvordan denne påvirker oss

Risikoen for et dødelig utfall er mye omtalt ved anoreksi, hvor hjerterytmeforstyrrelser og organsvikt er hyppigste dødsårsak ved siden av selvmord (Rø et al., 2020). En av pensumbøkene jeg har brukt i løpet av sykepleierstudiet sier innledningsvis om anoreksi, i kapittelet som omhandler spiseforstyrrelser, at «Anoreksi er vår mest dødelige psykiatriske lidelse. For tenåringsjenter i Europa er Anorexia Nervosa den tredje største dødsårsaken etter ulykker og kreft» (Aarre et al., 2012). At anoreksi er vår tids mest dødelige psykiske lidelse er velkjent for mange, også sykepleiere og pasienter. Dette er også beskrevet i samtlige lærebøker. Det gjør noe med sykepleieren å vite dette. Det gjør noe med de pårørende, og det gjør noe med pasienten. Det gjorde også noe med mitt syn på håpet for pasientene med anoreksi i utdanningen, at dette ble vektlagt i så stor grad. Derfor har det også fått en plass i denne oppgaven.

Mitt inntrykk etter å ha lest flere artikler om anoreksi og mortalitet, og med konklusjonene til hovedartiklene i bakhodet, er absolutt at det ser ut til å være svært mange studier som bekrefter at det er en reell fare for død ved lange sykdomsforløp av anoreksi. Men selv om anoreksi er en alvorlig diagnose og alvorlighetsgraden ikke skal bagatelliseres, vil prognosene være svært varierende alt etter pasientgruppen som undersøkes (Jagielska & Kacperska, 2017). Dette taler også for at sykepleieren bør ha kjennskap til hva forskning sier om dødelighet utover å kun se denne oppgitt som et prosenttall. I denne oppgaven har omtalen av dødelighet først og fremst som formål å øke bevisstheten rundt hvordan man sykepleieren ser på anoreksien som sykdom, og hva det gjør med sykepleieren og pasientens oppfatninger. Kunnskap om mulig risiko for dødelig utfall kan også påvirke hvordan sykepleieren formidler håp til pasienten, i hvilken grad denne formidles og *hvilken grad* det formidles.

Å måtte forholde seg til alvorlig og potensielt dødelig sykdom vekker sterke følelser, og påvirker dermed forholdet mellom sykepleier og pasient (Rø et al., 2020). En av sykepleierens oppgaver er som tidligere nevnt å understøtte livsmot (NSF, 2021). Man kan kanskje si at det motsatte av livsmot er *mismot*. Mismotet er det sykepleieren forsøker å motivere pasienten til å

jobbe med. Men redselen kan forsterke dette mismotet. Slik en pasient sa; «Jeg er jo redd. Livredd, faktisk. Jeg har jo så mye jeg skal gjøre før jeg dør, og så vet jeg ikke om jeg rekker det. Plutselig er det slutt. Det er veldig skremmende» (Høgset, Wallin & Fossen, 2020). En slik redsel som beskrives her kan også være tilstede hos sykepleieren, og bør adresseres som en reell utfordring og noe en bør ha et bevisst forhold til (Rø et al., 2020).

Noen av pasientene som i intervju ble bedt om å beskrive viktige egenskaper hos sykepleieren i de tidligere nevnte artiklene, oppga det å kunne støtte pasienten i vanskelige stunder som en viktig egenskap hos sykepleieren (Dawson et al., 2014). Å støtte pasienten i vanskelige stunder handler også om å støtte pasienten i vanskelige *tanker*. Med kunnskap som strekker seg utover at «anoreksi er vår mest dødelige psykiske lidelse,» vil sykepleieren være tryggere i formidlingen av at død er relativt sjeldent utfall, samtidig som hun har et reflektert forhold til at muligheten er der, og at den er reell. Dette vil være en fordel både i møte med egne følelser, pasientene og de pårørende.

5.2.3 Muligheten for bedring i et lengre perspektiv

Begge artiklene som omtaler prognoser konkluderer med at muligheten for bedring øker med antall år som går (Eddy et al., 2017, Jagielska & Kacperska, 2017). Dette viser at langvarig behandling kan ha stor effekt, noe som gir grunn til optimisme i behandlingssammenheng. Begge disse studiene fant at det var uvanlig med «korte sykdomsforløp,» her definert som sykdomsforløp under 4 år, dersom det hadde vært behov for innleggelse (Eddy et al., 2017, Jagielska & Kacperska, 2017). Pasientene sykepleierne møter under innleggelse, vil med andre ord statistisk sett ha lange sykdomsforløp foran seg. Dette vil også innebære langvarige behandlingsforløp, som igjen vil innebære at det er nødvendig å sette fokus på motiverende faktorer.

Blant pasientene med lange sykdomsforløp vil prognosene som er omtalt avhenge av ulike forhold (Eddy et al., 2017., Jagielska & Kacperska, 2017, Rø et al., 2020, s. 51). Det er heller ikke slik at alle med langvarige forløp får like *alvorlige* forløp. Det er likevel en realitet at noen pasienter lever med svært alvorlig og livstruende underernæring i mange år. Det er gjerne disse pasientene som omtales i media og på den måten er med å danne et bilde i allmennheten av hva anoreksi er og at langvarig behandling er nytteløst eller ikke gis. Dette bærer videre tanken om at «en person som har fått en spiseforstyrrelse vil streve med tanker rundt mat og kropp resten av livet,» uten at denne lille gruppen er representativ for de vanligste utfallene (Rø et al., 2020, s. 320).

5.2.4 Hva som er friskt og ansvarliggjøring av håpet

Travelbee holder frem en tankegang som i stor grad ansvarliggjør mennesket. Jeg tenker i lys av dette at det også må finnes gode grunner til å også «ansvarliggjøre håpet,» altså ansvarliggjøre pasienten i forhold til håpet hen har. Har pasienten håp om at det å være frisk vil innebære fullstendig, eller bare delvis tilbakegang av symptomene? Hva er i så fall begrunnelsen? Hva gir mot/tro/håp, og hva begrenser?

For pasienten kan disse spørsmålene være en del av den bevisstgjøringen som er nødvendig for at endring skal kunne skje (Dawson et al., 2014). For sykepleieren kan slike spørsmål bidra til å danne en mer nyansert forståelse av hva det kan innebære for pasienten å bli frisk, eller i noen tilfeller; frisk nok til å at ikke livet kun preges av sykdom.

Sykepleieren er ikke pasienten. I ansvarliggjøringen av håpet og tydeliggjøringen av veien videre må pasienten bidra selv i egen prosess. Denne prosessen kan ta lang tid. Slik det kommer tydelig frem i en av artiklene jeg har studert, er det også svært individuelt når pasientene er mottakelige for å bli konfrontert med at det er de selv som må ta den største jobben med å bli friske (Dawson et al., 2014).

Håpløsheten kan noen ganger være så tydelig at pasienten ikke ser noe poeng i å få hjelp eller fortsette med å motta hjelpen. En av årsakene til denne håpløsheten kan være at det kjennes overveldende å «miste» noe som kjennes så livsviktig. Ikke alle ser for seg at de vil gi helt slipp på spiseforstyrrelsen. Noen kan også leve med denne «tilstede» i livet uten at dette bærer med seg alvorlig eller livstruende sykdom. Et slikt utfall er mer sannsynlig hos pasienter med langvarige og/eller alvorlige sykdomsforløp. I *Spiseforstyrrelser - forståelse og behandling* står det følgende om mulige utfall av alvorlige spiseforstyrrelser:

Noen får vedvarende vansker, men som likevel ikke overskygger hele hverdagen. De kan ha et godt liv med god fungering på mange områder i livet, men merker samtidig at tankene på mat og kropp påvirker dem mer enn hos andre. De kan være mer enn vanlig opptatt av hva de spiser og sliter med at egenverdi fortsatt er knyttet til kroppssopplevelsen. I perioder med større mentalt stress øker gjerne symptomene, med blant annet mer matfokus og trening (Rø et al., 2020 s. 320).

Pasienter som lever med sykdommen sin på denne måten, faller i de kvantitative studiene jeg har sett på inn i kategorien «delvis friske» (partially recovered), ettersom de fremdeles vil ha utslag på spørsmål knyttet til psykologiske symptomer, dersom det benyttes en flerdimensjonal modell for å avgjøre hvorvidt pasienten er frisk. Slik en av de kvalitative studiene vi har sett på viste, kan imidlertid mottageligheten hos pasienten endre seg svært mye i sykdomsforløpet (Dawson et al., 2014). Det betyr at noen pasienter kan bruke flere år på å komme seg til et slikt punkt at de endelig tørr eller klarer å ta steget helt ut av spiseforstyrrelsen. Som sykepleier kan man bidra til at pasienten når dette punktet, men da må man være bevisst hvordan man imøtegår pasienten.

5.2.5 Sykepleieren i møte med pasienten

I artiklene vi har vært inne på ble empati, støtte, fremtoning og imøtekommenhet trukket frem som svært viktige i pasientens møte med helsepersonell. Et ønske fra pasientene om å bli sett på som mer enn sykdom er også gjentakende hos flere (Dawson et al., 2014, Conti et al., 2020). Dette fører oss tilbake til Travelbees sykepleieteori hvor hun omtaler nettopp disse møtene, og viktigheten av å møtes menneske til menneske.

I enhver situasjon hvor sykepleieren møter pasienten ligger mulighet for ulike utfall. Sykepleieren kan øke muligheten for at møtet eller dialogen blir konstruktivt ved å være bevisst seg selv og tenke *hvordan ser den andre meg nå? Hvordan ser jeg den andre? Ser jeg en pasient, eller et unikt menneske?* (Travelbee, 2001, s. 64). I et sykdomsforløp hvor pasientene møter svært mange ulike sykepleiere, leger og kanskje sengeposter de må forholde seg til tenker jeg dette er ekstra viktig. Spesielt sett i sammenheng med pasienterfaringene fra de kvalitative intervjuene. Det er krevende å være pasient. Det er *iallfall* krevende om man føler at en pasient er alt man er!

God sykepleie for meg handler mye om å se, føle og imøtegå. Det handler om å være undrende og oppmerksomt forholde seg til det pasienten prøver å formidle, aktivt eller passivt. I møte med de pasientene som uttrykker seg gjennom en spiseforstyrrelse, blir dette bærende for resultatet videre. For det kan selvsagt oppleves provoserende for sykepleieren om hun kun ser symptomene og ikke grunnene bak. Men tar sykepleieren innover seg sammenhengen og nytteverdien pasienten har i atferden - *hva som ligger til grunn*, vil hun kunne evne å se pasienten på en helt annen måte. Dette tenker jeg også er mye av essensen i de artiklene jeg har lest som fokuserer på pasientperspektivet.

Finn Skårderud, en norsk psykiater med spesialkompetanse på spiseforstyrrelser, forklarer noe fundamentalt i denne sammenheng: «Spiseforstyrrelser er ikke et virus. Det er et aktivt tiltak som gir mening for den som bruker det. Den dekker behov. Vi trenger å se hva det behovet er, og hva som har skapt det» (Senneset, 2017, s. 29).

Som sykepleier kan man, i tråd med både denne tanken og Travelbees teori, anstrenge seg for å være undrende og forsøke å «se» pasienten selv om man ikke forstår. For å forstå er ikke alltid mulig. Heldigvis kan man utøve god sykepleie uten å forstå alt.

Én pasient uttrykte: «Jeg trengte at noen spurte: kan vi klare dette sammen?» (Høgset, Wallin & Fossen 2020). Å jobbe mot noe sammen kan gjøres uten at sykepleieren må bære håpet alene. Det handler om å gripe fatt i det som *finnes* av håp, ressurser, muligheter og motivasjon hos pasienten, karre det på beina og så si at «dette tror jeg du fikser!» Det *er* mulig å arbeide sammen for å finne løsninger. Men at det er en krevende prosess er det liten tvil om.

Én pasient sier det treffende slik som dette: «Du kan ikke lure spiseforstyrrelsen... Du må gå til kamp. Åpen kamp» (Senneset, 2017). Kampen må pasienten selv ta, men den taes best med god støtte fra de rundt, og det kan sykepleieren være med å legge til rette for.

Men hva så når pasienten er i en situasjon der det er vanskelig å samle motivasjon nok til å motta eller stå i behandling?

Når sykepleieren skal forsøke å motivere pasienten til å motta eller å stå i behandling, handler det mye om å hjelpe pasienten til å forstå seg selv og hvem hen er. I artiklene hvor det ble brukt kvalitativ metode, var hensikten å identifisere hvordan *pasientene* opplevde behandlingen og møtet med helsepersonell. Betydningen av å finne en identitet utenfor spiseforstyrrelsen ble trukket tydelig frem (Conti et al., 2020, Dawson et al., 2014). I boken «Anorektisk» skriver forfatteren som selv har diagnosen anoreksi, om dette med identitet og viktigheten av å bli møtt på mer enn bare sykdommen: «Jeg kan godt snakke om sykdommen, for den kjenner jeg jo. Men jeg må bli kjent med meg også. Og for å kunne gjøre det må jeg speile meg i andres ansikt... Så snakk til meg» (Senneset, 2017, s. 13).

I behandlingssammenheng vil så mye handle om spiseforstyrrelsen i seg selv. Men spiseforstyrrelsen er jo ikke personen. Pasienten *er* ikke en «anorektiker.» Pasienten er et *menneske* med sykdommen anoreksi. Og veldig mye mer. Følelser, fritidsinteresser, gleder, sorger og så videre. Bevissthet rundt dette er blant det som kan bidra til å skyve spiseforstyrrelsen litt og litt ut av pasientens identitetsfølelse, slik at spiseforstyrrelsen kan bli noe mer perifert, og ikke det som får spille hovedrollen i pasientens liv. Da vil også «livet» kunne gi mer motivasjon i seg selv.

Et sted jeg jobbet tidligere hang et bilde med en jente som skrek. «Ikke stjel depresjonen min!» stod det med store bokstaver i en ildrød snakkeboble. Egentlig ganske treffende for mye mer enn kun depresjon. For skal noe tas bort, er det pasienten selv som må gjøre det. Så kan sykepleieren heller legge til rette, vise tro, heie, trøste, formidle håp og vise tillit, og på den måten formidle at *dette kan gå!* For det er tungt og frustrerende for pasienten å ha en kontrollerende bestevenn hen hater, men bare delvis ønsker å bli kvitt. Jeg er sikker på at det er enda tyngre dersom pasienten opplever at den som må bort, er en selv.

5.3 KONKLUSJON

I artiklene jeg har analysert i denne oppgaven og i litteraturen som er tilgjengelig på området, sees en bred enighet om at bedring ved anoreksi kan sees i flere tiår etter stilt diagnose, og dermed også lenge etter at sykdommen er blitt definert som kronisk eller langvarig. Selv om anoreksi ofte er blitt omtalt i forbindelse med dystre prognoser, spesielt ved langvarige forløp, vil en svært stor andel pasienter kunne bli friske eller delvis friske med tiden. En avgjørende faktor vil ofte være hvor lenge pasienten går i behandling. Det kommer tydelig frem fra samtlige kilder at det *er* mulig å bli helt frisk, selv om en vesentlig andel pasienter vil ha langvarige persisterende symptomer.

Sykepleieren spiller en viktig rolle i å formidle håp, styrke, livsmot og motivasjon til pasienten. Sykepleieren har også en viktig rolle i tydeliggjøringen av hva som er reelle utfall av sykdommen. Pasientene trekker frem empati, støtte, fremtoning og imøtekommenhet som svært viktige faktorer i opplevelsen av møtet med helsepersonell. Også det å bli møtt som et menneske fremfor et sykdomstilfelle, har stor verdi for pasientene. Gode møter med helsepersonell, tid til å arbeide med årsakssammenhenger og at de rundt pasienten viser at de har tro på pasientens ressurser, er assosiert med større mulighet for å bli frisk og mer motivasjon til å stå i behandling.

6.0 ANVENDELSE I SYKEPLEIEPRAKSIS

Denne oppgaven har trukket frem hvordan sykepleieren gjennom å være bevisst væremåte, holdninger og kunnskap kan møte pasienter med langvarig anoreksi på en måte som i størst mulig grad fremmer håp og motivasjon for endring. Jeg vil nå oppsummere hvordan resultatene som er kommet frem, helt konkret kan anvendes i praksis.

- Vær bevisst hvordan sykdommens prognoser påvirker formidlingen av håpet

Sykepleieren skal forholde seg realistisk pasientens sykdomsbilde, og ha med seg at anoreksi er en alvorlig sykdom med mulighet for dødelig utfall eller svært alvorlig forløp over lang tid. Samtidig må sykepleieren ha med seg at tilfriskning ved anoreksi ofte skjer over svært lang tid, og at status presens ikke nødvendigvis sier noe om det endelige utfallet.

- Ha med deg kunnskap om spiseforstyrrelsens funksjon

Kunnskap om årsakssammenheng og det at sykepleieren er bevisst seg selv og egne følelser i møte med pasienten kan bidra til færre negative følelser i møtene. Likeledes kan det gjøre det lettere for sykepleieren å vise empati og være en støtte, selv i situasjoner hvor pasientens atferd er svært utfordrende å forholde seg til.

- Skill mellom pasient og sykdom, og hjelp pasienten til å gjøre det samme

Pasienter med langvarig anoreksi har ofte en opplevelse av at spiseforstyrrelsen er blitt en del av den de er. Sykepleieren kan hjelpe pasienten til å finne identitet utenfor spiseforstyrrelsen ved å være oppriktig interessert i pasienten utover det som har direkte med spiseforstyrrelsen å gjøre, og dermed ha fokus på alt det andre livet kan handle om. Dersom livet til pasienten blir fylt med flere meningsfylte «andre ting,» vil det bli plass til mindre av spiseforstyrrelsen.

- Frem motivasjon for endring

Sykepleieren kan bestrebe seg på å vise tro på pasientens ressurser, minne om at arbeid over tid kan gi resultater, og være bevisst egen rolle i møte med pasientens eget håp. Dette kan også innbefatte å «ansvarliggjøre håpet,» og snakke med pasienten om egne tanker rundt hva hen ser for seg i årene fremover. Gode samtaler hvor pasienten opplever å bli sett og inkludert på denne måten er tankevekkende, og kan over tid føre til indre beslutninger hvor

pasienten blir i stand til å distansere seg fra spiseforstyrrelsen og tenke over *egne* ønsker og mål, og motivasjonen for disse.

- Vær bevisst på at det er pasienten selv som må gjøre de varige endringene

Sykepleieren skal ikke bære håpet for pasienten, men vise tillit og tro på pasientens ressurser, holde frem at det er mulig å bli frisk, og hjelpe pasienten til å se at en spiseforstyrrelse ikke behøver å være en del av pasientens identitetsfølelse.

Avslutningsvis vil jeg gjerne trekke frem et sitat fra en av bøkene jeg har brukt i oppgaven, som i stor grad oppsummerer det jeg har skrevet om: «Det kan være det samme om det handler om vilje, motstand, frykt eller mangelfull motivasjon. Noe av det viktigste er å være en støtte, formidle tro og holde i håpet. Det er mulig å bli helt frisk!» (Rø et al., 2020, s. 32). Dette tenker jeg er det viktigste sykepleieren skal ha med seg i arbeidet med disse pasientene. Dette er også essensen jeg tar med meg videre etter arbeidet med denne oppgaven.

LITTERATURLISTE

Aarre, T. F., Bugge, P. & Juklestad, S. I. (2012) *Psykiatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 24(9), 159–168. Hentet fra: <https://psycnet-apa-org.ezproxy.uis.no/fulltext/1993-46756-001.html>

Conti, J. E., Joyce, C., Hay, P. & Meade, T. (2020) Finding my own identity»: a Qualitative metasynthesis of adult Anorexia nervosa treatment experiences. *BMC Psychology*. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00476-4>

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Dawson, L., Rhodes, P. & Touyz, S. (2014) «Doing the impossible»: The process of recovery from chronic anorexia nervosa. *Qualitative Health Research 2014*. 24 (4) 494-505
<https://doi.org/10.1177/049732314524029>

Eddy, K. T., Tabri, N., Thomas, J. J., Murray, H. B., Keshaviah, A., Hastings, E., Edkins, K., Krishna, M., Herzog, D. B., Keel, P. K. & Franko, D. L. (2017) Recovery From Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa at 22-Year Follow-Up. *J Clin Psychiatry actions* 78 (2) 184-189 hentet fra: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.ezproxy.uis.no/28002660/>

Friberg, F. (red.) (2017) *Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB

Helsedirektoratet (2021, 04. oktober) *Om spiseforstyrrelser - definisjon og diagnostiske kriterier*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser/definisjon-og-diagnostiske-kriterier>

- Høgset, K., Wallin, E. & Fossen, M. O. (Regi). (2020) *Selvportrett* [Dokumentar] Norge: Speranza AS
- Jagielska, G. & Kacperska, I. (2017) Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatria Polska* 51 (2) 205-218. <https://doi.org/10.12740/PP64580>
- Johannesen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* Oslo: Abstrakt Forlag
- Klump, K. L., Bulik, C. M., Kaye, W. H., Treasure, J. & Tyson, E. (2009) Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses. *International Journal of Eating Disorders* 2009. 42(2): 97–103 Hentet fra: <https://web-s-ebscohost.com.ezproxy.uis.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=1b83423b-b522-489b-a048-cf6a85e34658%40redis>
- Norsk Sykepleierforbund (2021, 28. September) *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Olseth, T. (2021, 5. Oktober) *Eksistensialisme*. Hentet fra: <https://snl.no/eksistensialisme>
- Roberts, G., & Wolfson, P. (2004). The rediscovery of recovery: Open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*. 10(1). 37-48. doi:10.1192/apt.10.1.37
- Rø, Ø., Hage, T. W & Torsteinsson, V. W. (2020) *Spiseforstyrrelser - forståelse og behandling*. Oslo: Fagbokforlaget
- Rø, Ø., Reas D. L. & Rosenvinge, J. (2012) The impact of age and BMI on Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) scores in a community sample. *Eating Behaviors* 2012. 13 (2) <https://doi:10.1016/j.eatbeh.2011.12.001>
- Senneset, I. (2017) *Anorektisk*. Oslo: Cappelen Damm

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E (2010) *Psykatrieboken: sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Skårderud, F., Rosenvinge, J. H. & Gøtestam, K. G. (2004) Spiseforstyrrelser - en oversikt. *Tidsskrift for Norsk Legeforening* 15 (1) 1934-1942

Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal

Øverås, M. A. (2018) *Å bli frisk - veien ut av spiseforstyrrelser*. Oslo: Universitetsforlaget

Diktet i innledningen er selvskrevet.

Vedlegg

Tabell 1 - Tabell over analyserte artikler

Artikkel 1	
Tittel	Outcome, comorbidity and prognosis in AN
Tidsskrift/årstall	Psychiatria Polska, 2017
Forfattere	Jagielska, G. & Kacperska, I.
Perspektiv	Leger/helsepersonell
Problem	Anoreksi er assosiert med høy risiko for kronisk forløp, dårlige behandlingsprognoser og risiko for dødelig utfall, og forskning på pasientgruppen er sprikende. Dette gjør det vanskelig å si noe om reelle prognoser for pasientgruppen.
Hensikt	Undersøke komorbiditet, mortalitet og prognostiske faktorer ved anoreksi, som kan bidra til mer realistiske forventninger til symptombedringen.
Metode	Kvantitativ metode
Resultater	I forløp hvor det kreves sykehusbehandling sees generelt dårligere prognoser. Nyere studier indikerer høyere andel friske og lavere antall dødsfall enn tidligere, men tilfriskningsprosessen kan ta flere år, og anoreksi er knyttet til stor risiko for utvikling av andre psykiatriske lidelser (hovedsakelig affektive lidelser, angstlidelser, OCD og ruslidelser).
Artikkel 2	
Tittel	«Doing the impossible»: The Process of Recovery From Chronic Anorexia Nervosa
Tidsskrift/årstall	Qualitative Health Research, 2014
Forfattere	Dawson, L., Rhodes, P. & Touyz, S.
Perspektiv	Pasient
Problem	Å bli frisk fra kronisk anoreksi krever en lang og kompleks prosess som er lite forsket på. Det er usikkert hva som er av betydning for et positivt utfall av en slik prosess, og hvilke faser en slik prosess består i.
Hensikt	Utforske tilfriskningsprosessen over tid fra et pasientperspektiv, og sette denne inn i et rammeverk som kan generaliseres.
Metode	Kvalitativ metode
Resultater	Full tilfriskning fra kronisk anoreksi er mulig, og understreker viktigheten av håp, motivasjon, følelse av mestringsevne og støtte fra andre i tilfriskningsprosessen.
Artikkel 3	
Tittel	«Finding my own identity»: a qualitative meta synthesis of adult anorexia nervosa treatment experiences
Tidsskrift/årstall	BMC Psychology, 2020
Forfattere	Conti, J. E., Joyce, C., Hay, P. & Meade, T.

Perspektiv	Pasient
Problem	Det finnes ingen terapeutiske intervensjoner som konsekvent gir gode behandlingsresultater ved anoreksi. Kompleksiteten i lidelsen, ambivalens i forhold til behandling, unngåelse og manglende sykdomsinnsikt gjør det vanskelig å tilby behandling med god og varig effekt.
Hensikt	Undersøke hvordan voksne pasienter med anoreksi opplevde behandling, inkludert hva som kunne gjøre behandlingen utfordrende og motsatt.
Metode	Kvalitativ metode
Resultater	Pasientene opplevde behandlingen som mer positiv dersom 1) pasienten selv opplevde å bli sett og hørt i behandlingssammenheng, og behandlingen ble tilpasset den enkelte, 2) pasienten ble sett på som mer enn sykdom, med egenverdi, ressurser og kapasitet til å bli frisk og utvikle en identitet også utenfor spiseforstyrrelsen.
Artikkel 4	
Tittel	Recovery From Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa at 22-Year Follow-up
Tidsskrift/årstall	J Clin Psychiatry actions, 2017
Forfattere	Eddy, K., Tabri, N., Thomas, J. J., Murray, H. B., Keshaviah, A., Hastings, E., Edkins, K., Krishna, M., Herzog, D. B., Keel, P. K. & Franko D. L.
Perspektiv	Leger/helsepersonell
Problem	Behandlingsforløpene ved spiseforstyrrelser er ofte langvarige, og mindre enn halvparten av pasientene opplever å bli friske. Noen argumenterer for palliativ behandling når forløpet varer mer enn ett tiår, men utfall over 20 år er sjeldent beskrevet.
Hensikt	Undersøke langtidsprognosen ved anoreksi og bulimi.
Metode	Kvantitativ metode
Resultater	Ved 22 års oppfølging var 62,8% av pasientene med anoreksi friske, sammenlignet med 31,4% ved 9 års oppfølging. Dette argumenterer mot palliativ behandling etter ett tiår, og indikerer at tilfriskningsprosessen ved anoreksi kan være svært langvarig.

Tabell 2 - Oversikt over kategorier på bakgrunn av funn i artiklene

Hovedkategori	Underkategori
Muligheter for bedring og tilfriskning	<ul style="list-style-type: none"> - Prognoser - Hva det vil si å være «frisk» - Tidsperspektiv og tidens betydning
Hvordan motivere til endring	<ul style="list-style-type: none"> - Viktige egenskaper hos sykepleieren - Hvordan sykepleieren kan motivere til endring og det å ivareta endringen