



Universitetet
i Stavanger

Sykepleierelasjon og behandling til pasienter med anoreksi

Masteroppgave i helsevitenskap. Spesialisering i psykisk helsearbeid.
Institutt for helsefag.

Masterstudent: Anna Maria Sikveland
Veileder: Førsteamanuensis PhD/ Psykiatrisk sykepleier Kristine Rørtveit
Mai 2013

UNIVERSITETET I STAVANGER
MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP
MASTEROPPGAVE

SPECIALISERING: Psykisk helsearbeid

SEMESTER: Vår 2013

FORFATTER/MASTERKNDIDAT: Anna Maria Sikveland

VEILEDER: Førstemanuensis PhD/ Psykiatrisk sykepleier: Kristine Rørtveit

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel:

Sykepleierelasjon og behandling til pasienter med anoreksi

Engelsk tittel:

Nursing relationship and treatment to patients with anorexia nervosa

EMNEORD/STIKKORD:

Sykepleier – pasient relasjon. Anoreksi og behandlingskvalitet. Omsorgskvalitet. Psykiatrisk sykepleie. Hermeneutikk. Kvalitativ metode.

ANTALL SIDER: 74

STAVANGER

Mai 2013

Forord

Det har vært lærerikt og givende å arbeide med prosjektet.

Jeg ønsker å takke min veileder Kristine Rørtveit for gode råd og støtte gjennom prosessen.

En stor takk rettes til informantene i prosjektet som var villige til å dele sine erfaringer.

Takk til medstudenter, lærere og venner for gode råd og oppmuntringer.

Jeg ønsker å rette en spesiell takk til Marianne Berge Skår for hjelp, støtte og oppmuntring gjennom flere år, uten henne hadde ikke dette studiet blitt gjennomført.

Jeg takker min familie: Tore, Margretha og Kjell Aksel for oppmuntrende ord, praktisk hjelp i arbeidet og tålmodighet.

Jeg ønsker også å takke Gud for hjelp og støtte hver dag gjennom livet og for støtte i arbeidet med oppgaven. Når motet har sviktet har det vært godt å ha Hans ord med på veien: "For jeg vet de tanker jeg tenker om dere, sier Herren. Det er fredstanker og ikke tanker til ulykke. Jeg vil gi dere framtid og håp." Jeremia 29.11 (Den hellige skrift).

Innholdsfortegnelse

1 Sammendrag	s. 1
2 Introduksjon	s. 2
2.1 Bakgrunn og tidligere forskning.....	s. 2
2.2 Mål og forskningsspørsmål.....	s. 4
2.2.1 Begrepsavklaring.....	s. 4
3 Teoretisk perspektiv	s. 5
3.1 Relasjon.....	s. 5
3.2 Objekt- relasjonsteori.....	s. 5
3.3 Omsorgsvitenskap og sykepleieteori.....	s. 6
<u>3.3.1 Omsorgsvitenskap</u>	s. 6
<u>3.3.2 Sykepleieteori</u>	s. 7
3.4 Anoreksi og omsorgsintervensjon.....	s.11
<u>3.4.1 Fasemodellen</u>	s.12
4 Metode	s.15
4.1 Kvalitativ metode.....	s.15
4.2 Intervju.....	s.17
<u>4.2.1 Informanter og pilotintervju</u>	s.17
<u>4.2.2 Gjennomføring av intervju</u>	s.18
5 Analyse	s.21
5.1 Manifest innholdsanalyse.....	s.21
5.2 Etske vurderinger.....	s.22
<u>5.2.1 Refleksjon rundt metoden</u>	s.24
5.3 Pålitelighet, gyldighet og overførbarhet.....	s.24
<u>5.3.1 Pålitelighet (reliabilitet)</u>	s.24

5.3.2 Gyldighet (validitet).....	s.25
5.3.3 Overførbarhet.....	s.26
6 Presentasjon av funn.....	s.28
6.1 Å være avhengig av en god omsorgskvalitet.....	s.30
6.1.1 Omsorgskvaliteten kan påvirkes av relasjonen.....	s.30
6.1.2 Omsorgskvaliteten kan påvirkes av måten behandlingsmetoden blir utført på.....	s.31
6.1.3 Kombinert behandling av vekt og årsaker kan ha betydning for omsorgskvaliteten.....	s.32
6.1.4 Individuell behandling og pasientmiljøet kan ha betydning for omsorgskvaliteten.....	s.33
6.2 Å forholde seg til sykepleierens individualitet.....	s.34
6.2.1 Egenskaper og handlinger hos sykepleier som kan fremme en god relasjon.....	s.34
6.2.2 Egenskaper og handlinger hos sykepleier som kan hemme en god relasjon.....	s.36
6.3 Å veksle mellom egne følelser i relasjonen.....	s.38
6.3.1 Følelser og opplevelser hos pasient som kan fremme en god relasjon.....	s.38
6.3.2 Følelser og opplevelser hos pasient som kan hemme en god relasjon.....	s.40
7 Drøfting.....	s.42
7.1 Hvilke faktorer i behandlingen har betydning for omsorgskvaliteten?.....	s.43
7.1.1 Omsorgskvaliteten kan påvirkes av relasjonen.....	s.43
7.1.2 Pasientmiljøet kan ha betydning for omsorgskvaliteten.....	s.44
7.2 Hvordan påvirkes sykepleier-pasientrelasjonen av sykepleierens yrkesutøvelse?.....	s.45
7.2.1 Egenskaper og handlinger hos sykepleier som kan fremme en god relasjon.....	s.46
7.2.2 Egenskaper og handlinger hos sykepleier som kan hemme en god relasjon.....	s.49
7.3 Hvilken betydning har pasientens følelser og opplevelser for relasjonen?.....	s.50
7.3.1 Følelser og opplevelser hos pasient som kan fremme en god relasjon.....	s.51
7.3.2 Følelser og opplevelser hos pasient som kan hemme en god relasjon.....	s.52
8 Konklusjon og implikasjoner for praksis.....	s.55

Referanser.....	s.56
Vedlegg 1. Informasjonsskriv til informanter.....	s.59
Vedlegg 2. Samtykkeskjema.....	s.62
Vedlegg 3 Intervjuguide.....	s.63
Vedlegg 4. Oversikt over etiske retningslinjer.....	s.66
Vedlegg 5. Tabell 1.....	s.67
Vedlegg 6. Godkjenning fra Regional etisk komité (REK).....	s.68
Vedlegg 7. Godkjenning fra REK til å utvide informantsøket.....	s.71
Vedlegg 8. Godkjenning fra personvernombud ved Stavanger universitetssykehus (SUS).....	s.72
Vedlegg 9. Godkjenning av lagringsplass til datamaterialet ved SUS.....	s.73

1 Sammendrag

Mål: Hensikten med prosjektet var å frembringe ny kunnskap om sykepleier-pasientrelasjonens og behandlingsmetodens betydning for omsorgskvaliteten hos voksne med anoreksi. Prosjektet tok utgangspunkt i problemstillingen: *Hvordan opplever kvinner som har vært i behandling for anoreksi at sykepleier- pasientrelasjonen og behandlingsmetoden påvirker omsorgskvaliteten?*

Metode: En hermeneutisk tilnærming ble brukt og data ble innsamlet ved bruk av kvalitativ metode med dybdeintervju. 5 informanter i alderen 22 til 57 år ble intervjuet om deres erfaringer ved innleggelse for behandling av anoreksi. Manifest innholdsanalyse ble anvendt for å få frem meningsinnholdet i dataene.

Funn: Hovedtemaet som kom frem avspeilet innholdet i materialet: *Å veksle mellom ulike omsorgsrelasjoner når en er innlagt for anoreksi i psykiatrisk avdeling.* Temaer som utdypet hovedtemaet var: *Å være avhengig av en god omsorgskvalitet. Å forholde seg til sykepleiernes individualitet. Å veksle mellom egne følelser i relasjonen.*

Konklusjon: Sykepleier- pasientrelasjonen og faglig kunnskap har avgjørende betydning for omsorgskvaliteten. En strukturert behandlingsmetode oppleves å ha god effekt, men den er avhengig av at det er etablert en trygg relasjon. En god relasjon påvirkes ikke negativt av en strukturert behandlingsmetode.

Implikasjoner for praksis: Spesialutdanning relatert til pasientgruppen bør prioriteres. Kunnskap om relasjonens betydning og hvordan en bruker behandlingsmetoden er viktig for å fremme omsorgskvaliteten. Utvikling av en sykepleiefaglig intervensjon med en hermeneutisk tilnærming vil kunne være et godt redskap i behandlingen. Intervensjonen vil kunne legge til rette for å møte anoreksipasienten i hennes livsverden og etablere en trygg relasjon. Fremtidig forskning bør også vurdere relasjonens primære betydning i evalueringen av behandlingsmetoder relatert til anoreksipasienter.

2 Introduksjon

2.1 Bakgrunn og tidligere forskning

I Norge har det i de siste tiår, i likhet med mange andre land, blitt fokusert mye på sammenhengen mellom livsstil og helse. Opplysning om riktige matvaner knyttet til riktig livsstil med ulike dietter og trening får mye plass i nyhetsbildet og i tabloidavisene. Mye av dette er nyttig og god informasjon. Samtidig finnes det i samfunnet en pasientgruppe som har sin sykdom vevd inni temaet mat og helse på en spesiell måte, nemlig de med spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelse kan forenklet beskrives slik:

«Spiseforstyrrelse er en psykisk lidelse, der tanker, følelser og handlinger i forhold til mat, kropp og vekt går utover livskvaliteten. Spiseforstyrrelse er en betegnelse på flere lidelser, og kan ramme både kvinner og menn» (Helsedirektoratet, 2002).

Anoreksi er en undergruppe her, og kan ramme mennesker i alle aldre. Med riktig behandling kan man leve et normalt liv etter å ha vært syk. Anoreksi defineres ut fra ICD-10 som en: «Lidelse kjennetegnet av bevisst vekttap som fremkalles og vedlikeholdes av pasienten() Frykt for fedme og lubben figur er påtrengende og overdimensjonert» (ICD-10, F 50.0). Pasientene har ofte symptom på underernæring, har rigide matvaner og utøver ofte overdreven trening. Der finnes ikke en enkelt årsaksforklaring til spiseforstyrrelser, men psykologiske, biologiske og kulturelle faktorer er med og påvirker sykdomsutviklingen (Helsedirektoratet, 2002). 90 % av gruppen som blir rammet er kvinner (Blaabjerg & Nyland, 2011). De siste tallene fra Helsedirektoratet, som er fra 2002, viste at ca. 27 000 kvinner mellom 15 og 44 år har anoreksi, 18 000 har bulimi og 28 000 lider av tvangsspising i Norge. Lidelsen kan føre til mange ulike helseplager og anoreksi har høyest dødelighet innenfor psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2002). Det er blitt forsket mest på pasienter med anoreksi blant tenåringer, men 40 % av pasientgruppen er voksne. Disse kan ha andre utfordrende behov i møte med behandling (Wright & Hacking, 2012).

Tidligere forskning viser at kvaliteten på relasjonen i behandlingen av anoreksi pasienter er avgjørende for utfallet av forløpet (Wright, 2010; Wright et al. 2012). Snell, Crowe og Jordan (2010) utdyper sykepleierens sentrale rolle i avdelinger med anoreksipasienter, hvor tilknytning er en sentral faktor. George (1997, s. 899) trekker frem at for at en relasjon skal være terapeutisk må den bære preg av: « Empathy; positive regard and acceptance; non-judgemental responses; trust; confidentiality; responsiveness; genuineness; and consistency.»

Relasjonskvaliteten er viktigere enn behandlingsmetoden, for behandlingskvaliteten og sykepleierens kunnskap og holdning til pasienten er viktig. Negative holdninger kan skade pasientens selvfølelse og er i veien for etablering av en god relasjon. Ensidig fokus på vekt har negativ påvirkning og nok personale og tilgjengelighet har også betydning for behandlingsutfallet (George, 1997). Ackerman og Hilsenroth (2001, 2003) understreker også viktigheten av en god allianse og nevner positive og negative egenskaper hos sykepleieren som er av betydning for relasjonskvaliteten. Swatton (2011) fremhever viktigheten å ha kunnskap om overføring og motoverføringsmekanismer i arbeidet med anoreksipasienter. Raeve de (2002) utdyper tillitens sentrale betydning for relasjonen. Escobar-Koch et al. (2010) trekker frem viktigheten av helhetlig sykepleie med individuell behandling. Colton og Pistrang (2004) utdyper også dette og påpeker viktigheten av å jobbe med årsaker til lidelsen. Rie de la, Nordenboos, Donker og Furth van (2006, 2008) fokuserer på viktigheten av å prioritere interaksjonen mellom teknikk og allianse samt å se på årsaker og strukturens viktighet. De viser også til at fokus har vært på behandlingsmetoden. Noe også Colton et al. (2004) fremhever i tillegg til viktigheten av å være tilgjengelig for pasienten, lytte samt ha struktur og regler uten å utøve disse som straffetiltak. De nevner også at medpasienter kan påvirke behandlingsforløpet både positivt og negativt (Colton et al. 2004). Forskning viser at når en skal prøve å få tak i relasjonskvaliteten i samarbeidet mellom pasient og sykepleier, så har pasienten ofte en annen opplevelse enn sykepleieren (Waller, Evans & Stringer, 2012). Sykepleierens rolle som utøver og kontrollør av et behandlingsregime som pasienten opplever angstskapende og stressende, gir spesielle utfordringer i utviklingen av en god relasjon (Snell et al. 2010).

Dette prosjektet har en hermeneutisk tilnærming og kunnskapen som frembringes ønskes å forstås i en dialektisk prosess mellom helhet og del (Gadamer, 2004). Økt kunnskap på området kan tenkes å kunne gi veiledning om hvilke innsatsområder det er riktig å satse på i kvalitetsutviklingen av behandlingen til anoreksipasienter. Slik kunnskap vil også være viktig i veiledning av sykepleiere som jobber med denne pasientgruppen. Pasientens erfaringer vil kunne gi økt kunnskap om hvordan en kan tilpasse og videreutvikle behandlingstilbudet på dette området. Da forskningen har konsentrert seg mest om den yngre gruppen av anorektikere, vil det være nyttig å belyse problemstillingen med erfaringer fra voksne kvinner med anoreksi for å få et bredere kunnskapsgrunnlag. Dette vil kunne øke yrkeskvaliteten, sykepleiere vil kunne oppleve bedre mestring og samfunnet får økonomisk gevinst av redusert behandlingstid og færre sykemeldinger.

2.2 Mål og forskningsspørsmål

Hensikten med prosjektet er å frembringe ny kunnskap om betydningen av sykepleier-pasientrelasjonen og behandlingsmetoden hos pasienter som har vært innlagt på institusjon for behandling av anoreksi. Målet er at kunnskap om pasienters erfaringer kan være med å belyse, samt kvalitetssikre og utvikle behandlingen av denne pasientgruppen. Prosjektet vil strekke seg mot å beskrive det pasientene har erfart knyttet til sykepleierrelasjonen og behandlingsmetoden, samt hvordan dette har påvirket omsorgskvaliteten. Det vil være nyttig å få tak i informantens synspunkter på hvordan en god relasjon kan utvikles i behandlingen, samt å belyse informantens synspunkter på hva som er viktig for en god behandlingsutvikling.

For å nå dette målet vil jeg ta utgangspunkt i følgende problemstilling og forskningsspørsmål:

Hvordan opplever kvinner som har vært i behandling for anoreksi at sykepleier - pasient relasjonen og behandlingsmetoden påvirker omsorgskvaliteten?

Hvilke faktorer i behandlingen har betydning for omsorgskvaliteten?

Hvordan påvirkes sykepleier- pasient relasjonen av sykepleierens yrkesutøvelse?

Hvilken betydning har pasientens følelser og opplevelser for relasjonen til sykepleieren?

2.2.1 Begrepsavklaring

Begrepet sykepleier blir brukt om hjelperen, men det kan også være en annen yrkesgruppe. Deltakerne i studien kalles informanter. Begrepet intervjuer og forsker blir brukt om den som gjennomfører prosjektet.

I prosjektbeskrivelsen blir begrepet omsorgskvalitet brukt til å beskrive det helhetlige omfanget av omsorgen pasienten har møtt ved innleggelse. Behandlingskvalitet og behandling blir brukt synonymt med omsorgskvalitet. Behandlingsmetode og metode blir brukt for å beskrive en spesifikk omsorgsintervensjon som blir anvendt. Omsorgskvalitet og omsorgsintervensjon er begreper som er i tråd med en helhetlig hermeneutisk sykepleieforståelse (Nilsson, 2007). I oppgaven blir beskrivelser fra ulike kilder presentert. I tillegg er innholdet i omsorgsbegrepet ikke lett tilgjengelig for mennesker som ikke arbeider med omsorg. Derfor blir flere av ovenstående begrep brukt. Begrepene terapeutisk allianse og relasjon blir brukt synonymt i oppgaven.

3 Teoretisk perspektiv

3.1 Relasjon

Aanderaa (1994) sier at «relasjon er uttrykk for et helt grunnleggende trekk ved den menneskelige væremåten». Det å relatere seg til noe vil si å forholde seg. Relasjonsbegrepet stammer fra det latinske ordet «Relatio» som blant annet betyr «å føre tilbake, flytte tilbake, og det betyr forhold» (Aanderaa, 1994 s. 14). Relasjonsbegrepet blir brukt om forhold, forbindelser og sammenhenger. Begrepet forutsetter en oppfatning om to fenomen og relasjonen viser til sammenhengen mellom disse. Mennesket forholder seg til omverdenen med sine følelser, tanker og handlinger. Språket er et viktig redskap i menneskets forhold til verden rundt, da det bidrar til å formidle budskap og gir samtidig hjelp til å forstå verden og menneskets livsverden (Aanderaa, 1994).

Bordin (1979) sier at en allianse inkluderer « three features: an agreement on goals, an assignment of task or a series of tasks, and the development of bonds» (Bordin, 1979 s. 253).

3.2 Objekt-relasjonsteori

Psykoanalytisk teori beskriver at våre tanker, handlinger og følelser blir styrt av ubevisste krefter. Det å tilfredsstille ulike drifter er det sentrale. Med utgangspunkt i psykoanalytisk teori er Objekt- relasjonsteorien blitt utviklet og denne setter relasjoner i sentrum. Der finnes en motivasjonskraft i mennesket til å knytte seg til et annet objekt (Ramvi, 2010).

Teorien beskriver hvordan menneskets følelsesliv blir formet i de første leveår. Winnicott (1980) forklarer hvordan barnets utvikling er knyttet til relasjonen til moren(omsorgspersonen). De første månedene klarer barnet ikke å skille seg selv ifra omverdenen. Barnet lærer å romme negative følelser ved å overføre dem på moren. Moren tar imot følelsen, og rommer denne. Siden leverer hun følelsen tilbake til barnet i en bearbeidet form, slik at barnet etter hvert klarer å romme egne følelser. En god utvikling avhenger av at barnet har en god omsorgsperson som klarer å ivareta denne funksjonen (Winnicott, 1980). Dette samspillet mellom mor og barn former personlighetsstrukturen og vil være med å påvirke hvordan en som voksen klarer å møte egne og andres følelser. Sykepleieren og pasienten har ut fra teorien indre representasjoner/kart for samhandling med inn i den terapeutiske relasjonen.

3.3 Omsorgsvitenskap og sykepleieteori

3.3.1 Omsorgsvitenskap

Omsorgsvitenskap bygger på antakelsen om at mennesket er en helhet bestående av kropp, sjel og ånd (Nilsson, 2007). Eriksson (2001) sier at motivet for omsorg er caritas og det er denne kjærlighetstanken som gir kraft og motiverer til å gi omsorg når vi møter mennesker som lider (Eriksson, 2001). Relasjonen mellom hjelperen og den som lider har således basis i barmhjertighet og medlidenhet:

«En slik relasjon vokser fram i en gjensidighet ut fra hjelperens genuine ønske om å lindre den andres lidelse. Det etos som har sitt opphav i caritasmotivet synliggjøres gjennom respekt for menneskets absolutte verdighet. Kjærlighetstanken blir ved dette konkretisert gjennom et ekte nærvær og fellesskap mellom hjelperen og pasienten» (Nilsson, 2007 s. 143).

Om prosessen med å være var for pasientens lidelse beskriver Nilsson (2007) hermeneutisk omsorg som en måte å nærme seg pasienten på. Hermeneutikk er en teori knyttet til forståelse gjennom tolkning (Nilsson, 2007). Teorien blir beskrevet grundigere i metodekapitlet. Gjennom en hermeneutisk tilnærming kan sykepleieren øke sin forståelse for pasientens lidelse ved å møte pasienten i hennes livsverden (Nilsson, 2007). En hermeneutisk tilnærming gjør det samtidig mulig å møte pasienten som et likeverdig medmenneske i respekt for hennes opplevelse, med et jeg - du forhold istedenfor et jeg - det forhold (Barbosa da Silva, 2011).

Klinisk omsorgsvitenskap forholder seg til den praktiske, den empiriske og den usynlige/virkelige virkelighet (Nilsson, 2007). Med en hermeneutisk tilnærming til pasienten vil hjelperen forsøke å se disse aspektene i en sammenheng for å prøve å forstå og tilnærme seg pasientens livsverden. Den hermeneutiske tilnærmingen vil hjelpe omsorgsarbeideren til å forstå også den usynlige virkeligheten (Nilsson, 2007), som pasienten opplever som virkelig i sin livsverden. Dette er den egentlige virkelige virkelighet sier Eriksson og Lindstrøm (2000).

Gadamer sier at «vi i vår forståelse og tolkning må la saken selv framtre på sine egne premisser så langt som mulig» (Gadamer, 1999). Innen hermeneutisk omsorg blir pasienten og hennes livssituasjon og lidelse å forstå som «saken» (Nilsson, 2007 s. 146). Nilsson (2007) sier at for at «saken selv» skal kunne bli tydelig for hjelperen må hun være bevisst på egen forforståelse og fordommer. Hjelperen må bruke intuisjon, bevissthet og innsikt i dette

arbeidet og kunne reflektere over delene i omsorgen og se dem i lys av helheten. Det gjør det mulig å bli en del av pasientens livsverden og hjelperen kan øke sin forståelse og tolke situasjonen (Nilsson, 2007 s. 146). Dette gjør det mulig å gi omsorg på pasientens premisser. Gadamer (1997) sier at en selv kan få økt bevissthet om sin forforståelse ved å reflektere over egen livserfaring og dannelse. Viktig er også taktfullhet og moralsk bevissthet (Gadamer, 1997).

Nilsson (2007) hevder at en hermeneutisk tilnærming til pasienten vil ikke bare bli en ytre observasjon men en tilnærming til forståelse på et dypere plan i hennes kulturelle og historiske sfære. I møte med den psykiatriske pasient kan det således utvikles en terapeutisk allianse/relasjon. Hun beskriver videre at en hermeneutiske tilnærming retter seg mot pasientens subjektivitet, som medfører at pasienten er i fokus i relasjonsutviklingen. Mennesket har sin unike subjektive opplevelse av sin lidelse. I møte med hjelperen som ønsker å forstå lidelsen etableres et intersubjektivt forhold hvor hjelperen lytter til pasientens opplevelse. Dette medfører at hjelperen kan utvikle et sannferdig, subjektivt og estetisk forhold til pasienten (Nilsson, 2007 s. 174). Da vil hjelperens fokus ikke kun være på ytre atferd, men mer på pasientens opplevelse og erfaring, samt den mening handlingen har for andre (Nilsson, 2007).

Eisner (1986) utdyper at gjennom denne tilnærmingen kan en bli kjent med rosens duft, ikke bare dens latinske navn. I praksis vil denne holdningen gi utslag i at hjelperen ønsker å gi pasienten mulighet til å erfare duften (Eisner, 1986). Svenaeus (2003) beskriver sykdom som en opplevelse av å være fremmed i egen livsverden. Forståelse for lidelsen vil igjen medføre en hjemmefølelse i pasientens væren i verden tilværelse (Svenaeus, 2003).

3.3.2 Sykepleieteori

Lindstrøm (2003) beskriver sykepleien som en kjærlighetsgjerning. Kjærlighetsgjerningen utføres gjennom pleie, lek og læring og kan frigjøre kraften i kjærligheten og tilføre pasienten tro og håp. Hun sier at kjernen i sykepleien: «er uttrykk for sykepleiens grunnmotiv: caritas. Kjærlighet, ansvar og barmhjertighet skal hele tiden gjennomsyre sykepleien og gjenskapes på alle nivåer av sykepleien» (Lindstrøm, 2003 s.26). Psykiatrisk sykepleie definerer Lindstrøm (2003) som:

«... en spesiell form for sykepleievitenskapelig virksomhet. Psykiatrisk sykepleie tar utgangspunkt i et perspektiv på mennesket, helse, verden og omsorg der psykiske og åndelige

funksjoner, velvære-, helse- og sunnhetsprosesser er vesentlige, og der møtet i verden og pleie (ansing), lek og læring er sentralt.»(Lindstrøm, 2003 s. 26)

Denne sykepleiegjeringen utføres bl.a. gjennom sykepleie- pasient relasjonen samtidig som helhetlig omsorg for mennesket med en fysisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon blir ivaretatt. Gjennom relasjonen kan sykepleieren fremme en gunstig helseprosess. Relasjonen kjennetegnes ved at sykepleieren er helhetlig til stede og har en profesjonell fremtreden. Hennes utøvelse er basert på vitenskapelige fakta, samtidig som hun følger etiske krav og viser estetisk bevissthet (Lindstrøm, 2003). Et viktig punkt knyttet til pasient-sykepleierrelasjonen er også at pasienten har tilknytning til samme sykepleier over et bestemt tidsrom (Lindstrøm, 2003).

Lindstrøm (2003) sier at det er en fellesnevner i innholdet i relasjonen mellom sykepleier og pasienten som med en dypere mening angår dem begge. Fellesnevneren er: « pasientens lidelse og streben etter å bli til. I den felles vandringen er jeget tilgjengelig for et du. Å berøre noen betyr også å la seg selv bli berørt i sitt livsrom» (Lindstrøm, 2003 s. 102). For å kunne vise nærhet til pasienten er sykepleieren avhengig av å ha tillit til seg selv (Lindstrøm, 2003). Som nevnt tidligere vil også pasientens livserfaring og utvikling av grunnleggende tillit i mor - barnrelasjonen (Winnicott, 1980) være med å påvirke sykepleier- pasientrelasjonen. Tillit og kontinuitet i relasjonen er viktig for å gi mulighet for helsefremmende prosesser hos pasienten (Lindstrøm, 2003 s. 75).

Lindstrøm (2003 s. 80) beskriver begrepet «vilje» som: « evnen til å organisere sitt selv slik at det kan foregå en bevegelse i en viss retning mot et visst mål» Hun sier at da viljen er med og skaper en bevegelse i en viss retning, er det viktig at sykepleieren iverksetter tiltak slik at pasienten klarer å organisere sitt selv slik at en bevegelse kan finne sted. Når pasienten får innsikt i perspektiver og ser sammenhenger, vil hun kunne oppleve en meningsfull sammenheng i sin væren i verden tilværelse (Lindstrøm, 2003).

Likeverdig relasjon

Sykepleieren bør alltid tilstrebe å fremme et likeverdig forhold, men pga. at pasienten er avhengig av noe sykepleiere har makt over, så vil det alltid være en ubalanse i maktforholdet (Lindstrøm, 2003). Det er viktig at sykepleieren er bevisst på denne ubalansen. Ved å tilstrebe at pasienten får innflytelse på områder som f. eks. planlegging av tid og tema i relasjonsmøtene, vil dette styrke pasientens autonomi. Slik kan sykepleieren være med å øke

pasientens makt i relasjonen. Lindstrøm (2003 s. 104) påpeker at: « Sykepleierens evne til å bruke sin makt i et sykepleier- pasient- forhold for å styrke pasientens makt, krever åpenhet og fleksibilitet både i tenking og i følelser».

Denne evnen er avhengig av at sykepleieren er trygg i sin yrkesrolle (Lindstrøm, 2003). Kunnskap om behandlingsmetode og sykepleiererfaring bidrar til at sykepleieren er trygg i utøvelsen av intervensjoner knyttet til behandlingen og pasientrelasjonen. Kunnskap og erfaring gir følelse av kontroll og mestring (Lazarus, 2006), og vil hjelpe sykepleieren til å signalisere trygghet i samhandlingssituasjonen med pasienten.

Sykepleieteori knyttet til kunnskap om objekt- relasjonsteori

Lindstrøm (2003 s. 96) sier at: «Pleiens grunnprinsipp er å rense å nære og omfatter kropp, sjel og ånd». Dette kan innebære å hjelpe pasienten til å bli rensset fra f.eks. skyldfølelse eller skam. Forskning viser at pasienter med spiseforstyrrelser ofte sliter med skyld og skamfølelser knyttet til lidelsen (Rørtveit, 2010). Ved å ta imot og romme disse følelsene fra pasienten, og siden gi dem tilbake i bearbeidet form, bidrar sykepleieren til at pasienten får tilgang til en nærende helseprosess (Lindstrøm, 2003).

Lindstrøm (2003) påpeker at det er viktig at sykepleieren har innsikt i prosessene knyttet til relasjonsutvikling og overføring - motoverføringsmekanismer. Dette for å kunne forstå pasientens reaksjoner, og for å kunne reagere og bearbeide disse på en konstruktiv måte, slik at det fremmer pasientens helse (Lindstrøm, 2003).

Overføring

I sykepleiefaglig sammenheng kan dette begrepet forstås i lys av beskrivelsen av barnets utvikling, hvor barnet overfører sine behov til moren. Pasienten kan i samspillet til sykepleieren overføre: «følelser, reaksjoner, forsvar, driftsimpulser og holdninger som ble utviklet i forhold til tidligere objekter, på sykepleieren» (Lindstrøm, 2003, s. 111). Pasienten forsøker gjennom overføringen å gjenoppleve tidligere psykisk betydningsfulle opplevelser. Overføringen fra pasientene fremkaller reaksjoner hos sykepleieren. Ved å være bevisst på disse kan hun få verdifull informasjon om pasientens indre følelsesliv. Lindstrøm (2003) understreker samtidig at en alltid også må tolke emosjonell informasjon i lys av fakta og teoretisk kunnskap (Lindstrøm, 2003).

Motoverføring.

Om sykepleieren ikke er bevisst på de følelsene og impulsene som pasienten har aktivert i hennes eget følelsesliv, og hun reagerer på disse ut fra egen ubevisst dynamikk i relasjonen til pasienten, kalles dette en motoverføring. Sykepleieren har her redusert mulighet til å ta bevisste valg (Lindstrøm, 2003). Sykepleierens kunnskap og bevissthet om egne følelser og reaksjonsmønstre relatert til egen utvikling av personligheten er derfor viktig, slik at hun klarer å romme pasientens smerte og bearbeide denne (Lindstrøm, 2003). Overinvolvering kan også oppstå om sykepleieren blir overveldet av egne følelser og da ikke klarer å ha et faglig nærhet - distanse forhold (Lindstrøm, 2003). Nilsson (2007) hevder at når en skal danne en yrkesidentitet er det viktig at følelse og fornuft er i en gjensidig balanse for å unngå tingliggjøring av pasienten og forebygge at en blir overveldet av følelser. Det balanserte forholdet kan forhindre sentimentalitetens føleri og kjølig isolert fornuft (Nilsson, 2007).

Miljøterapi

Den relasjonelle samhandlingen med pasienten foregår bl.a. i en miljømessig sammenheng. Det er viktig at miljøarbeidet er terapeutisk slik at det fremmer pasientens helse og bygger opp om det behandlingsopplegget som er lagt for pasienten (Aanderaa, 1994). Aanderaa (1994) viser til at Gunderson (1978) nevner fem funksjonelle variabler som inngår i varierende grad som elementer i miljøterapien. De fem variablene er: trygging, støtte, struktur, engasjement og anerkjennelse. De tre første karakteriserer først og fremst det Gunderson (1978) kaller miljøbehandling (Aanderaa, 1994).

Trygging/ omsorg. Tryggingen fra hjelperen vil bl.a. kunne hjelpe pasienten til fysisk velvære og gjøre det lettere for pasienten å håndtere byrden med ikke å klare å ta vare på seg selv. Ved at hjelperen viser omsorg og forståelse i utførelsen av strukturerende omsorgshandlinger vil dette styrke pasientens indre kontroll (Aanderaa, 1994).

Støtte. Hjelperen støtter pasienten ved å iverksette tiltak som kan redusere angst og fortvilelse. Ved å dele pasientens opplevelse og vise forståelse vil dette kunne virke støttende. Samtidig får hjelperen innsikt i hvilke andre tiltak som eventuelt kan hjelpe pasienten til å føle mindre angst og fortvilelse (Aanderaa, 1994).

Struktur. En strukturert organisering av miljøet som f.eks. faste rutiner i avdelingen og en strukturert behandlingsplan vil kunne skape forutsigbarhet for pasienten. Forutsigbarhet vil kunne medvirke til økt trygghet i en ellers ofte angstfylt tilværelse. Struktur, støtte og omsorg

vil også kunne gi en trygghetsfølelse knyttet til det å ikke være latt alene i lidelsen (Aanderaa, 1994).

3.4 Anoreksi og omsorgsintervensjon

Det finnes ulike varianter av sykdommen anoreksi som ikke blir nevnt her, men det som kjennetegner en typisk anoreksipasient er en uhensiktsmessig antakelse om viktigheten av å kontrollere maten, vekten og kroppsstørrelsen (Blaabjerg & Nyland, 2011). For å ha denne kontrollen er restriktiv spising en sentral atferd. Pasienten har ofte en diett som inneholder en lav kalorimengde, for eksempel fra 500 til 1200 kalorier, og inntar derfor for lite næring til å opprettholde vekten. Strengt matritualer og regler samt overdreven fysisk aktivitet er vanlig for å kontrollere vekten. I tillegg er vandrivende medikamenter, avføringsmidler og oppkast noen av de metodene som blir brukt for å ha kontroll (Blaabjerg & Nyland, 2011).

Det er dokumentert (Blaabjerg & Nyland, 2011) at vekttap som skyldes underernæring gir symptomer som kan deles opp i fire:

Affektive symptomer: Pasienten har bl.a. ofte forsterkede emosjonelle reaksjoner og angst men også avflating av følelser og depresjonssymptomer.

Kognitive symptomer: Disse kan f. eks. være redusert konsentrasjonsevne, fastlåste tankemønstre og vansker med å sette i gang med gjøremål.

Atferdssymptomer: Her kan en bl.a. observere tvangspreget atferd, rigide matmønstre og sosial tilbaketrekking.

Fysiske symptomer: Forstyrret sult og metthetsfølelse er vanlig men også sultfølelse, tretthet og redusert forbrenning er noen av de symptom som kjennetegner den anorektiske pasient.

Den kognitive svikten reduserer pasientens mulighet for selvinnsikt og til å se sykdommens påvirkning, samtidig som den tvangspregede atferden opprettholder de rigide matvanene. Det er den kognitive svikten knyttet til underernæring som gjør at atferdsterapeutiske tiltak er første prioritet i startfasen av behandlingen av anoreksi. Kognitive intervensjoner kommer inn når reernæringen har bedret den kognitive svekkelsen (Blaabjerg & Nyland, 2011).

Anoreksipasienter er også ofte preget av ambivalens og svingende motivasjon for behandling. Derfor blir det viktig i møte med pasienten å kartlegge hennes motivasjonelle innstilling, slik at hun kan nyttiggjøre seg av behandlingen (Blaabjerg & Nyland, 2011).

Begrepet «motivasjon» kan beskrives som: «en persons innstilling til å foreta en handling, som innebærer en forandring i forhold til ikke å handle» (Blaabjerg & Nyland, 2011 s. 85). Miller og Rollnick (2004) sier at motivasjon består av tre avgjørende elementer: Villighet, evne og parathed og at disse tre kan alle medvirke til pasientens ambivalens.

3.4.1 Fasemodellen

Der finnes ulike måter å forstå og gi omsorg til anoreksipasienter på. Kognitiv atferdsterapi (KAT) er en mye brukt behandlingsintervensjon i omsorgen til pasienter med spiseforstyrrelser, inkludert anoreksi (Fairburn, 2008). Et standpunkt i KAT er at atferdsendring medfører endring i tenkning. Det er endringen i tenkning og pasientens mening relatert til et fenomen som er fokus i KAT. Terapeuten arbeider med å hjelpe pasienten til å utvikle flere og nye adaptive tankemønstre, etter å ha kartlagt funksjonshemmende mønstre (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2010). Fairburn (2008) hevder at KAT er en perfekt metode for spiseforstyrrelser, da sykdommen er en kognitiv forstyrrelse. Fairburn (2008) har utviklet Enhanced Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders («CBT-E») hvor *Fasemodellen* er en del av redskapet. I CBT-E er en oppfattelse av de prosessene som opprettholder sykdomsmønstrer, heller enn årsaker til at sykdommen oppsto (Fairburn, 2008).

Fasemodellen til Fairburn (2008) er mye brukt og har vist god effekt på spiseforstyrrelser generelt, men også på anoreksi. Ennå er det imidlertid ikke nok dokumentert forskning som tilsier at en type behandling er mye bedre enn andre (Fairburn, 2008). Her vil Fairburns (2008) behandlingsmetode med 5 faser bli presentert, slik Blaabjerg og Nyland (2011) beskriver den. Presentasjonen kan gi økt forståelse for intervensjoner, som informantene i prosjektet beskriver å ha mottatt. Det er fase 1, 2 og 3 som er mest aktuelle i behandlingssituasjonen ved innleggelse. I fase 3 er pasienten ofte dagpasient med påfølgende poliklinisk oppfølging.

Behandlingen tar utgangspunkt i problemforståelsen knyttet til sykdommens oppbygning. Pasienten blir først vurdert om hun kan ha nytte av behandlingen og vil siden avhengig av vurderingsutfallet få tilbud om hjelp tilpasset hennes behov (Blaabjerg & Nyland 2011).

Hver fase i behandlingen har delmål rettet mot pasientens aktuelle sykdomstilstand. De første to fasene er således rettet mot somatisk stabilisering med vektøkning og intervensjoner rettet mot å redusere vektregulerende atferd. Først i fase 3 blir kognitive intervensjoner aktivt

brukt. De siste tre fasene retter seg mot å hjelpe pasienten til å etablere seg på nytt psykisk, fysisk og sosialt i sin livssammenheng (Blaabjerg & Nyland, 2011).

Fase 1. Her jobber en med å oppnå en felles problemforståelse, psykoedukasjon og motiverende samtaler er viktige for å gi pasienten innsikt i og et ønske om bedring (Blaabjerg & Nyland 2011).

Fase 2. Fokus er vektøkning relatert til undervekt. Her har pasienten selv ofte et ønske om å fokusere på problemer knyttet til selvbilde og relasjonelle problem med håp om at symptomene da vil avta. Men kognitive intervensjoner blir sett på som lite hensiktsmessige pga. den kognitive svikten. Atferdsterapi blir relatert til eksponering av angstfylte situasjoner som for eksempel måltider og responshindring for å forebygge tvangshandlinger og vektregulerende atferd (Blaabjerg & Nyland, 2011). Atferdsterapeutiske intervensjoner blir også rettet mot andre problemområder.

Det er en stor psykisk belastning for pasienten å jobbe med atferdsendring. Men når somatisk stabilisering og vektøkning fremmes, opplever pasienten ofte bedring også av de psykiske og kognitive symptomene. Da blir det lettere å fremme motivering til å fortsette (Blaabjerg & Nyland 2011).

Fase 3. Målet her er å hjelpe pasienten til å ha et friskt forhold til en normal kroppsvekt med vanlige svingninger. I tillegg hjelper en pasienten til å ha et avslappet forhold til ulike matvarer og til å klare å spise normalt, selv uten å være avhengig av en kostplan. Pasienten har fortsatt ofte en feil oppfatning av egen kropp og vekt. Intervensjoner for å realitetsorientere pasienten er viktige i denne fasen. Forskning har vist at et realistisk kroppsbilde er relatert til redusert sannsynlighet for tilbakefall (Blaabjerg & Nyland, 2011).

Fase 4. Når en starter med rehabiliteringsfasen har mye av vedlikeholdssystemet knyttet til spiseforstyrrelsen blitt deaktivert. En kan nå lage en ny plan med aktuelle mål. Her jobber en f.eks. med å hjelpe pasienten tilbake til arbeid, eller til å gjenoppta studier. Da ønske om kontroll og perfeksjonisme ofte kjennetegner disse pasientene, er det viktig å hjelpe pasienten til å møte hverdagen med mindre krav. Dette for å forebygge tilbakefall. Det er viktig at pasienten får støtte til å mestre angst for kontrolltap, samt angst for ukontrollert vektøkning, noe som også kan forebygge tilbakefall (Blaabjerg & Nyland, 2011).

Fase 5. Pasienten blir informert om at det er viktig å unngå slanking og annen atferd som kan aktivere spiseforstyrrelsen, da pasienten er sårbar for dette. Før avslutning evaluerer en

behandlingen, erfaringer og oppnådde mål. Hjelper og pasient jobber også med tilbakefallsforebyggende intervensjoner som bl.a. inneholder 1) kartlegging av risikofaktorer for tilbakefall, 2) Kartlegging av tidlige symptom på tilbakefall og 3) Plan for å håndtere tilbakefall (Blaabjerg & Nyland, 2011).

Det er viktig å nevne at intervensjoner må tilpasses pasientens behov og situasjon. Det å jobbe med problemene kronologisk slik som fasene presenterer har vist seg å ha god effekt. Men tidslengde på fasene og når en setter i gang en intervensjon tilpasses individuelt. Faser og problemintervensjoner må sees i en helhetlig sammenheng med pasienten (Blaabjerg & Nyland, 2011).

4 Metode

4.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode med intervju som bærer preg av en dialog, gir mulighet for å kartlegge opplevelse av mening og forståelse hos informanten. Denne metoden ble brukt med en hermeneutisk tilnærming.

Det hermeneutiske vitenskapssynet legger vekt på å forstå mennesket i verden. Palmer (1969) skiller mellom tre betydninger av det greske ordet Hermeneuein: å si, å forklare og å oversette. Disse betydningene av ordet handler om å kommunisere et budskap, om skaping og tilegnelse av mening (Svenaues, 2003).

Som forsker ønsket jeg i møte med informanten å prøve å få innsikt i hennes livsopplevelser og erfaring. Gadamer (1993) legger vekt på, at forståelse finner sted i form av et møte mellom forståelseshorisonter. Som forsker ville jeg møte informanten med min forståelseshorizont og samtidig tilstrebe å sette meg inn i hennes forståelseshorizont. Gjennom forskningsprosessen ble målet at våre forståelseshorisonter skulle sammensmeltes, slik at vi møttes i en felles livsverden som gav forståelse og mening til det som ble formidlet.

Innen hermeneutikken bruker en ofte den hermeneutiske sirkel for å beskrive hvordan forståelse og mening utvikles. Forståelse utvikles i en sirkelprosess hvor en går fra helhet til del for å forstå delene. Delene blir siden satt sammen til en ny helhet med økt forståelse. Sirkelen utvikles videre som en spiral, hvor det kontinuerlig skapes ny forståelse og kunnskap (Svanaeus, 2003 s. 93) og (Gadamer, 1993).

Forskerens forforståelse

Ved å bruke en hermeneutisk tilnærming til forskningsmaterialet var det mulig å utforske informantens forståelse og mening knyttet til erfaringer av relasjonens betydning ved innleggelse på sykehus. Informantens fortolkning av hendelser kunne komme frem (Thagaard, 2010 s. 39).

Som forsker er det viktig at jeg er bevisst på hvordan min forforståelse påvirker meg i forskningsprosessen. Om forforståelse sier Gadamer (2004): «Pre-understanding is something that gives us access to the world, understanding is interpretation and interpretation is an absolute form of understanding (Gadamer, 2004 referert i Rørtveit, 2010 s.45).

Utøvelsen av sykepleiefaget har vært en del av mitt liv i 25 år. Mitt ønske om å møte pasienten i hennes livsverden (Gadamer, 2004) for å gi omsorg og lindre lidelse har vært styrende for mine handlinger. Denne erfaringen ville være med å påvirke min forforståelse i prosjektarbeidet. Min forforståelse om omsorgens betydning i møte med pasienten var også medvirkende til at jeg valgte omsorgsteori som teoretisk fundament for prosjektet. I tillegg har egen erfaring av sykdommen anoreksi med flere innleggelser på sykehus vært med og formet min forforståelse i møte med prosjektets tema. Også andre pasienters erfaringer har satt sitt preg på min forforståelse og økt min interesse for å utforske relasjonens og omsorgsintervensjonens betydning for omsorgskvaliteten til anoreksipasienter. Forforståelsen relatert til egenerfaring av temaet som ble undersøkt, kunne gjøre at jeg ville søke etter bekræftelse av egen erfaring og opplevelser fra min livshorisont (Gadamer, 2004). I møte med informantenes erfaringer kunne det medføre at jeg ikke fikk tak i betydningsfulle erfaringer som de formidlet fra deres livshorisont (Gadamer, 2004). Jeg hadde erfaring av at relasjonen til sykepleieren hadde stor betydning for hvordan jeg opplevde omsorgskvaliteten. Dette hadde også medpasienter bekræftet. Thagaard (2010) beskriver hvordan forskerens nære forhold til temaet som blir undersøkt kan påvirke forskningskvaliteten negativt. Jeg var bevisst på å ikke la min forforståelse styre forskningen, da det ville redusere validiteten. Egenerfaring med temaet som ble undersøkt må imidlertid sies å kunne være et svakt punkt i prosjektet. Men åpenhet og dialog relatert til forforståelsen (Gadamer, 2004) med veileder, samt egen bevissthet om forforståelsens mulige negative påvirkning på undersøkelsen, bidro til å redusere denne svakheten. Min forforståelse var naturlig med i formuleringen av forskningsspørsmålet og valg av hvilke områder som var viktige å få belyst. I denne sammenheng kan nevnes at det kan være en styrke å kjenne til forskningsfeltet, da det kan gjøre det lettere å forstå forskningsarenaen og samle data fra viktige områder (Kvale, 2009 s. 124).

Det var viktig å fremme en god dialog med hver enkelt informant for å få frem hennes unike opplevelse og erfaring. Dette for å få frem meningen i den helheten som informanten formidlet. Gadamer (1993) påpeker at forforståelsen ikke kan fjernes. Den påvirkes og utvikles gjennom hele forskningsprosessen, og det er viktig at forskeren er bevisst egen forforståelse (Gadamer, 1993). Min forforståelse ble således også formet av informantenes erfaringer gjennom forskningsprosessen. Men det var hele tiden viktig i møte med informantene at deres forståelse ble retningsgivende for utforskningen.

4.2 Intervju

4.2.1 Informanter og pilotintervju

Informanter

Dataene ble samlet inn ved hjelp av kvalitative dybdeintervju av 5 informanter som tidligere hadde vært innlagt for behandling av anoreksi. Deres alder lå mellom 22 år og 58 år. To potensielle informanter trakk seg pga. praktiske årsaker og en informant ble innlagt før intervjuet ble gjennomført. Ingen av informantene gav uttrykk for å være helt friske på intervjutidspunktet. Deres sykdomstilstand og motivasjonelle innstilling til behandling ved innleggelse ble ikke kartlagt. Planen var å intervju 8 kvinner som hadde fått behandling for anoreksi ved innleggelse på sengepost. Mengde informanter var avhengig av funn og metning, samt tilgang på informanter. Det var tilgangen som gjorde at 5 informanter ble brukt. Informantene skulle være utskrevne og være i alderen fra 22 år og oppover. Jeg satte ikke en øvre aldersgrense, da erfaring fra ulike aldersgrupper av voksne kunne være med å belyse temaet bedre. En avgrensning kunne også begrense tilgangen på informanter. Et informasjonsskriv (vedlegg 1) om studien ble utlevert med forespørsel om interesse for å delta, samtidig som forskningsetiske retningslinjer er ivaretatt (vedlegg 4). Jeg valgte først å prøve å få tak i informanter med tilknytning til en poliklinikk på vestlandet. Ledelsen der fikk informasjon om prosjektet og ville legge til rette for å rekruttere informanter ved at personalet der valgte ut aktuelle kandidater samt informerte muntlig og skriftlig om prosjektet. Etter noen uker ble det imidlertid klart at det var nødvendig å utvide søkeområdet for å få nok informanter. Jeg sendte derfor en søknad til REK med forespørsel om å kunne henvende meg til flere poliklinikker og interesseorganisasjoner for spiseforstyrrelser, samt om muligheten til å bruke informanter som hadde hørt om prosjektet av andre. De vil si å gjøre bruk av den såkalte snøballeffekten. Søknaden ble innvilget (vedlegg 7), og gjorde det lettere å få flere informanter. Når jeg hadde fått oppgitt telefonnummer fra rekrutteringsarenaen til en potensiell informant, ringte jeg henne. Vi avtalte tid og sted for intervjuet som var praktisk for informanten. Det var viktig å velge en plass hvor en kunne sitte uforstyrret.

Pilotintervju

Jeg gjennomførte et pilotintervju, som også ble en del av datamaterialet, for å erfare hvordan jeg, det tekniske utstyret og intervjuguiden fungerte. Jeg erfarte at intervjuguiden bidro til å få gode data, samtidig som den ble et godt redskap til å holde fokus på rett plass mht. tema.

Jeg fikk også svar som var uventede og interessante. Disse var jeg bevisst på å utforske i de videre intervjuene uten at jeg endret på intervjuguiden. Erfaringen bidro til å utvide min forforståelse (Gadamer, 2004) slik at jeg ble bedre rustet til å være helhetlig tilstede og lytte til informanten i intervjusituasjonene som kom etterpå.

4.2.2 Gjennomføring av intervju

Informanten fikk informasjon om intervjustrukturen, prosjektets tema og tilbud om at hun kunne få tilbakemelding om prosjektet etter avslutning. Jeg forsikret meg om at informanten hadde lest informasjonsskrivet (vedlegg 1), som hun skulle ha mottatt ved forespørsel om å delta og om hun forsto innholdet. Jeg gjentok informasjon om at hun kunne trekke seg uten konsekvenser, og at alt materialet ville bli behandlet konfidensielt og anonymisert samt oppbevart på sikker plass. Samtykkeskjema ble siden underskrevet.

Intervjusituasjonen ville kunne aktivere følelser hos informanten som kunne bli vanskelige også etter intervjuet. Jeg nevnte dette og anbefalte informanten å ta kontakt med sin behandler eller lege om hun fikk det vanskeligere etter intervjuet. Jeg tilbød meg også til å ringe informantene to dager etter intervjuet, for at vi begge skulle ha mulighet for å stille oppklaringsspørsmål om noe var uklart. 4 av 5 informanter ønsket denne telefonsamtalen, ingen hadde noen oppklaringsspørsmål, men de uttrykte at intervjuet hadde aktivert tanker om innleggelsen også etterpå. Intervjuet hadde således også bidratt til å utvide informantens egen forforståelse (Gadamer, 2004) Intervjuet ble tatt opp på lydfil med samtykke fra informanten. Jeg sjekket på forhånd at teknikken fungerte og skrev ned noen stikkord og tanker underveis, men mitt hovedfokus var å være til stede med en lyttende holdning til informantens fortelling, slik at våre horisonter kunne sammensmeltes (Gadamer, 2004).

En avslappet atmosfære i selve intervjusituasjonen, og å møte informantene med en respektfull holdning, var viktig. Informanten gav meg lov til å ferdes inn i en del av hennes livsverden som kunne inneholde følsomme og smertefulle minner. Gadamer (2004) utdyper i denne sammenheng at dette samspillet ikke har som mål å lindre lidelsen, men dialogen kan lede til utvidet forståelse når horisonter møtes og der skjer en sammensmelting mellom disse. Intervjuet ble gjort med utgangspunkt i intervjuguiden (vedlegg 3) som var blitt utarbeidet ut fra retningslinjer gitt av Johannesen, Tufte og Christoffersen (2010 s. 141). Temaene var bestemt, men spørsmålene var åpne og rekkefølgen fleksibel. Den ble tilpasset informantens refleksjoner og utviklingen i intervjusituasjonen. Gadamer (2004) hevder at i den ekte samtalen blir vi involvert, samtalen har sin egen ånd og ingen vet hva som kommer ut av den.

Derfor ble det viktig for meg som forsker å ha en åpen og innbydende holdning for å få tak i informantens mening. Flexibiliteten ga rom for at informanten kunne ta opp andre tema og intervjuet ble preget av et likeverdig samspill mellom partene (Thagaard, 2010), der våre forståelseshorisonter kunne møtes (Gadamer, 2004). Et interaksjonistisk perspektiv med samspill mellom intervjuer og informant reduserte asymmetrien som naturlig fantes (Kvale, 2009). Jeg hadde nedskrevet eksempler på hjelpespørsmål i intervjuguiden (vedlegg 3) og stilte utdypende spørsmål for å få dybde i intervjuet. Jeg hadde en bekreftende holdning, men jeg var bevisst på ikke å avbryte unødvendig da dette kunne virke forstyrrende for informanten. Således var den hermeneutiske sirkel (Gadamer, 2004) også styrende for intervjuet, ved at oppmerksomheten vekslet mellom å bli rettet mot deler og helhet i pasientens forståelseshorisonter.

Informanten har tilegnet seg sitt språk igjennom sin livserfaring og her har språket fått sin mening. Derfor ble det viktig å bruke informantens ord for om mulig å komme nærmere hennes forståelseshorisonter (Gadamer, 2003). Jeg var samtidig bevisst på å forebygge at jeg med min forforståelse ledet intervjutemaene vekk fra informantens livsverden. Målet var med en hermeneutisk tilnærming å være til stede i informantens livsverden og få økt forståelse for hvordan hun hadde opplevd innleggelsen på sykehus. Jeg ønsket at mitt livssyn som ser hvert enkelt menneske og deres livsfortelling som unike skulle prege intervjusituasjonen.

Tilnærmingen kunne bidra til at våre forståelseshorisonter ville sammensmeltes og gi økt felles forståelse slik at den hermeneutiske sirkel ble utvidet til å romme en større helhet. (Gadamer, 2004).

Følsomme tema

Informantene hadde følelsesmessige sterke assosiasjoner til temaet, i utforskningen av deres forforståelse (Gadamer, 2004). De delte negative og positive erfaringer og spørsmålene aktiverte følelser knyttet både til relasjoner og behandling. Jeg var bevisst på at intervjuet ikke skulle oppleves utleverende og overgripende for informanten etterpå, samtidig som det ikke var enkelt å vite hvor grensen gikk for den enkelte. Her ble etisk skjønn viktig (Johannessen et al., 2010) ved at jeg hele tiden prøvde å være bevisst på informantenes følelsesmessige tilstand, for å kunne lede samtalen videre om temaet ble for belastende. Den hermeneutiske tilnærmingen (Gadamer, 2004) som gjorde at jeg tilstrebet å møte informanten i hennes livsverden gjorde det lettere å være var for hennes følelser.

Som forsker var min rolle i intervjusituasjonen å fremme ny forståelse ut fra informantens erfaringer. I møte med informantens fortelling om smerte og lidelse skulle jeg således ikke bidra med hjelp og trøst som ellers er naturlig ut fra min bakgrunn som sykepleier (Gadamer, 2004). Noen av de følsomme temaene berørte meg spesielt og aktiverte et ønske om å gi omsorg og støtte i situasjonen. Noen av fortellingene vekket også følelser fra min egen forhistorie, da jeg hadde hatt lignende erfaringer (Winnicott, 1980). Det gjorde at jeg måtte være bevisst på å ikke la egne følelser overskygge mitt fokus slik at jeg ikke fikk tak i informantens følelser og forståelse. Dette opplevde jeg som utfordrende i situasjonen og i tiden etter intervjuene. Men i intervjusituasjonen var jeg bevisst min rolle og viste en støttende, bekreftende og respektfull holdning i møte med informantens fortelling. Den hermeneutiske tilnærmingen gjorde at jeg ikke kunne sette meg selv utenfor og være objektiv, (Gadamer, 1993) men ved å være bevisst på at min forforståelse var med inn i intervjuet, kunne jeg forebygge at den påvirket mer enn nødvendig.

Etter intervjuet

Retten etter intervjuet skrev jeg ned tanker og sjekket at lydopptaket hadde fungert. Et lydopptak sviktet og da var det greit rett etter intervjuet å skrive ned utfyllende notater. Siden skrev jeg ned intervjuet ut fra spørsmålene i intervjuguiden de første timene etter intervjuet. De andre intervjuene transkriberte jeg selv, det gjorde at jeg ble godt kjent med intervjumaterialet tidlig i analyseprosessen. Analyseprosessen starter automatisk under intervjuet hvor intervjuer tolker og gir mening til dataene og intervjuerens forforståelse blir utvidet (Gadamer, 2004). Derfor var det viktig å tilstrebe mest mulig objektivitet. Intervjuene var med i tankene etter transkriberingen, meningsinnhold og temaer begynte å dukke opp før jeg hadde begynt den metodologiske analyseprosessen. Det innsamlede datamaterialet ble merket med dato og kodenavn. Materialet ble innelåst og behandlet etter gjeldende forskrifter (vedlegg 4).

5 Analyse

Med en hermeneutisk tilnærming til datamaterialet erkjente jeg at jeg bare kunne få tak i en del av sannheten. Denne sannheten ville bli den jeg jobbet ut fra, den kunne aldri bli hele sannheten. Men jeg strekket meg etter å oppnå en økt forståelse av informantens livsverden og med dette utvide vår felles horisont (Gadamer, 2004). Den videre analysen besto i å finne meningsinnhold i datamaterialet (Thagaard, 2010). I undersøkelsen var informantens erfaringer i fokus, samtidig som temaene som ble undersøkt var felles for informantene. Jeg brukte Graneheim og Lundmans (2004) innholdsanalyse som utgangspunkt for analysearbeidet. De legger vekt på at den kvalitative metoden skal kunne fange opp både det uttalte og skjulte meningsinnholdet i teksten. Samtidig fokuserer de på bevisstheten om forskerens forforståelse i møte med datamaterialet, en prosess som samspiller godt med den hermeneutiske tilnærmingen (Graneheim & Lundman, 2004).

5.1 Manifest innholdsanalyse

Steg 1. Først leste jeg gjennom det enkelte intervjuet flere ganger for å gjøre meg godt kjent med innholdet. Jeg hadde hele tiden helheten i intervjuet som fundament for forståelsen. Siden tok jeg hele meningsinnholdet (intervjuet) og satte det inn i en tabell med vertikale skiller. Deretter valgte jeg ut relevante meningsenheter (avsnitt) for prosjektet ut av denne teksten, og plasserte de i en ny kolonne. Jeg leste gjennom intervjuet mange ganger for å sikre at ikke relevante meningsenheter var blitt oversett. De utvalgte enhetene dannet grunnlag for den videre analysen (Tabell 1, vedlegg 5).

Steg 2. Her ble hver meningsenhet fortettet/kondensert slik at enheten ble forkortet og hadde et mer konsentrert meningsinnhold. Arbeidet fortettet materialet ytterligere.

Steg 3. Siden ble de kondenserte enhetene utstyrt med en kode, dvs. en setning som avspeilet meningen i meningsenheten (Tabell 1, vedlegg 5). Alt materialet ble således omformet til kodeenheter. I arbeidet på hvert steg var jeg bevisst på å ferdes vekselvis fra helhet til del til helhet slik den hermeneutiske sirkel (Gadamer, 2004) beskriver, dvs. fra meningsenhet til kondensert meningsenhet til kode og siden tilbake igjen til utgangspunktet. Dette for å sikre at kodene som ble utformet avspeilet den rette meningen i intervjuet. Vekslingen i analyseprosessen ble formet ut fra min hermeneutiske forståelse av hvordan arbeidet fra helhet til del til helhet kunne være med å danne nytt meningsinnhold og gi økt forståelse (Gadamer, 2004).

Steg 4. Her ble alle kodene med noe felles meningsinnhold sortert i ulike kategorier. Kodene beskrev menneskelige erfaringer som gjør at de kan passe inni flere kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Dette var en tidskrevende prosess (Tabell 1, vedlegg 5).

Steg 5. I arbeidet med å sortere koder i kategorier fremkom det etter hvert temaer og undertemaer som kategorier og underkategorier kunne sorteres i. Dette var en vekselvis prosess, noen ganger ble temaet først klart og siden ble kategoriene formet. Slik sett gikk steg 4 og 5 noe inni hverandre. (Tabell 1, vedlegg 5).

Gjennom analyseprosessen var jeg hele tiden bevisst på at min forforståelse (Gadamer, 2004) var med og preget min oppfatning og mine valg av enheter etc. Jeg tilstrebet å redusere min innflytelse på materialet mest mulig i denne fasen og fokuserte på å få frem meningen i informantens livsverden (Svanaeus, 2003).

Steg 6. Etter å ha arbeidet og blitt godt kjent med innholdet i hvert intervju, valgte jeg å se etter felles meningsinnhold for alle intervjuene. God kjennskap til det samlede innholdet gjorde det mulig å identifisere felles temainnhold fra alle intervjuene. De ulike intervjuene bidro til at temaene ble bredere og dypere utforsket og jeg fikk økt min forforståelse (Gadamer, 2004).

Steg 7. Etter dette ble datamaterialet sortert og satt inn i en tabell som gir en oversikt over temaer og kategorier (Tabell 2, s. 35). Temaer, kategorier og koder kan bli sett på som deler i den hermeneutiske sirkel (Gadamer, 2004), samtidig som summen av funnene danner en utvidet forståelse og helhet.

Gjennom hele prosessen fikk min veileder deler av materialet til ettersyn, slik at hun kunne sjekke at jeg brukte metoden riktig. Temaer ble prosessdialektisk validert av veileder og diskutert for å sikre at det som kom frem fortsatt var i overensstemmelse med det opprinnelige meningsinnholdet og samtidig relevant for forskningsspørsmålene.

5.2 Ethiske vurderinger

Helsinkideklarasjonen (1964) beskriver etiske prinsipper som skal være ledende i all forskning. Disse var styrende i forskningsprosessen for å sikre at pasientens verdighet, integritet, selvbestemmelse og vern om konfidensialitet relatert til personopplysninger ble ivaretatt (Helsinkideklarasjonen, 1964). Kravet om frivillighet (Helsinkideklarasjonen, 1964) ble sikret gjennom informert samtykke. Informasjon om frivillighet i deltakelsen og at

informanten kunne trekke seg ble formidlet slik at hun ikke skulle få en følelse av at hennes erfaringer ikke hadde verdi, noe Rørtveit (2010) understreker som viktig i sin forskning. Informasjonen skulle styrke informantens følelse av autonomi og hennes rett til å avgjøre hva som var best for henne i situasjonen.

Forskningsetiske retningslinjer (2006) beskriver viktigheten av etisk varsomhet og skjønn i forskningen og understreker viktigheten av dette i møte med potensielt sårbare grupper, noe disse informantene var en del av. Det ble derfor viktig med etisk refleksjon gjennom hele forskningsprosessen, for å sikre at informantene ble møtt med respekt når de delte sine erfaringer. Med en hermeneutisk tilnærming var det ønskelig å fremme kunnskap om potensielt vanskelige temaer i informantens livshorisont (Gadamer, 2004). Rørtveit (2010) påpeker at dette kan medføre en aktivisering av vanskelige følelser hos informanten. Derfor ble det viktig å ha en balanse i åpenheten, slik at forskeren bidro til at informanten opplevde bekreftelse og respekt. Gadamer (2004) sier at dialogen skal fremme forståelse for det undersøkte området, hensikten er ikke å få del i informantenes erfaringer for å lette disse. En hermeneutisk tilnærming i forskningsprosessen er med og sikrer et helhetlig syn og ivaretagelse av informanten. De etiske retningslinjene (2006) understreker viktigheten av å forebygge negative konsekvenser for informantene relatert til deltakelse i undersøkelser. Spørsmål og påminnelse i forkant av intervjuet om muligheten til å ta kontakt med egen lege eller behandler ved behov i etterkant var med og sikret at informanten ble ivaretatt.

Prosjektet ble også sikret ved at forskningsetikkloven (2006) ble fulgt og godkjenning fra Regional etisk komité (REK, registreringsnummer 1862) ble innhentet (vedlegg 6 og 7), samt godkjenning fra personvernombudet ved Stavanger Universitetssykehus (SUS)(vedlegg 8). Godkjenning fra Datamaterialet ble oppbevart og behandlet etter gjeldende forskrift (Forskrift om etikk og redelighet i forskning, 2007) og gyldig lagringsplass ble brukt (vedlegg 9). Analyse materialet ble aidentifisert og opptak slettet etter transkribering i samsvar med forskningsetiske retningslinjer (2006). Informantinformasjon blir anonymisert ved presentasjon av prosjektet ved bruk av fiktive navn. Bruk av informanter fra ulike forskningsarenaer gjorde det lettere å ta vare på anonymiteten, noe Thagaard (2010) også beskriver. Analysemetoden ved oppdeling og tematisering av materialet i en større helhet bidrar også til å sikre ivaretagelsen av informantens anonymitet (Thagaard, 2010).

5.2.1 Refleksjon rundt metoden

I analysearbeidet av datamaterialet ble informantens meningsinnhold oppdelt i biter og sortert. Dette kunne medføre at det helhetlige synet på informanten og informasjonen ble skadelidende. Thagaard, (2010) sier at informantens selvforståelse kan forsvinne i oppdelingen. Videre kunne prosessen med å danne felles temaer for hele datamaterialet øke avstanden fra informantens selvforståelse (Thagaard, 2010). Det var derfor viktig å bruke mye tid til å bli kjent med og få frem det unike innholdet i hvert intervju, samt reflektere over og sikre at det felles temamaterialet avspeilet det riktige bilde av det de enkelte informantene hadde uttrykt. Dobbeltsjekking av veileder og diskusjon om temaer og egen selvforståelse var med på å sikre at resultatet var i tråd med informantens selvforståelse (Gadamer, 2004). Imidlertid er dette en svakhet som ikke kan utelukkes, men den kan reduseres.

Informantene kan i møte med materialet oppleve å ikke kjenne igjen innholdet selv om forsker har behandlet og tolket materialet etisk riktig, da bearbeidingen og forskerprosessen naturlig vil kunne medføre dette (Thagaard, 2010). Med etisk bevissthet og informasjon til informanten om denne muligheten i forkant av intervjuet ønsket jeg å forberede informanten på denne muligheten. Thagaard (2010) hevder at det kan være med å redusere belastningen for informanten i ettertid.

5.3 Pålitelighet, gyldighet og overførbarhet

5.3.1 Troverdighet (reliabilitet)

Det har vært viktig å dokumentere at prosjektet er blitt utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte, dette styrker prosjektets troverdighet sier Thagaard (2010). Data er blitt utviklet i en hermeneutisk prosess mellom forsker og informant. Både forskerens og informantens væren i prosessen og forforståelse er unike og kan ikke kopieres (Gadamer, 2004). Seale (1999) skiller mellom ekstern og intern reliabilitet (troverdighet). Ekstern reliabilitet relateres til spørsmålet om forskningen kan replikeres, dette er ikke mulig i kvalitativ forskning, noe både Gadamer (2004) og Seale (1999) utdyper. Seale (1999) hevder at intern reliabilitet kan oppnås innen kvalitativ forskning om det er høy grad av samsvar i konstruksjonen av data mellom forskere. Konkret beskrivelse av fremgangsmåten i arbeidet med prosjektet har styrket prosjektets interne validitet. En nøye beskrivelse av prosessen gjør at forskningen kan vurderes trinn for trinn, det styrker også forskningens troverdighet. Silvermann (2006) argumenterer for denne fremgangsmåten for å gjøre forskningsprosessen gjennomsiktig. En

beskrivelse av forskningens teoretiske fundament gir også teoretisk gjennomsiktighet og styrker reliabiliteten i prosjektet (Silvermann, 2006).

Seale(1999) utdyper at forskeren kan tydeliggjøre prosessen ved å bruke mest mulige konkrete data. I forskningsprosessen har bruk av lydopptak sikret at rett meningsinnhold (Graneheim & Lundman, 2004) er blitt brukt. Et intervju uten lydopptak svekker reliabiliteten noe. Direkte sitater i presentasjonen for å klargjøre funnene styrker troverdigheten. Gjennomsiktigheten i arbeidet med materialet synliggjør tolkningenes opprinnelse i datamaterialet. Fremgangsmåten gjør at min forforståelse som ikke kan fjernes (Gadamer, 2004) blir redusert, samt dens påvirkning på beskrivelsen av informantenes erfaringer. Analyseprosessen med bruk av den hermeneutiske sirkel (Gadamer, 2004), hvor en ferdes mellom helhet og del for å sikre at informantenes erfaring ble ivaretatt, er også med og styrker forskningens troverdighet.

Reliabiliteten ble i tillegg styrket ved at veileder var med i diskusjonen om fremgangsmåte for prosjektet samt relatert til viktige avgjørelser knyttet til funn. Thagaard (2010) beskriver denne styrken ved at flere forskere samarbeider om et prosjekt. Sammen med veileder ble også forskerens forforståelse (Gadamer, 2004) diskutert for å være bevisst på dens mulige innvirkning på materialet. Bevissthet hos forskeren om egen forforståelse og mulige påvirkning også i intervjusituasjonen og synliggjøring av denne, styrker forskningens pålitelighet (Thagaard, 2010).

5.3.2 Gyldighet (validitet)

Prosjektet har vært med å kartlegge pasientens subjektive opplevelse i deres livsverden med bruk av kvalitativ metode med en hermeneutisk tilnærming (Gadamer, 2004). Tilnærmingen sikrer at gode data blir produsert. Validitet omhandler gyldigheten av funnene (Thagaard, 2010). Validiteten styrkes ved å kunne dokumentere at tolkninger av funn representerer informantenes erfaringer i deres livsverden (Gadamer, 2004). Seale (1999) beskriver intern validitet relatert til hvordan årsakssammenhenger støtter hverandre innbyrdes i en studie. Samme intervjuguide ble brukt. Det ledet til at erfaringer relatert til ulike temaer kom frem i alle intervjuene. Dette gir mulighet for å søke etter intern støtte. Samtidig er et dybdeintervju preget av det unike møtet mellom forsker og informant (Gadamer, 2004), der informantens unike erfaring blir styrende for intervjuet og de funn som kommer frem. Gjennomsiktighet (Silvermann, 2006) relatert til hvordan temaene er blitt utviklet i prosjektet er med til å styrke validiteten. Liten erfaring med forskningsarbeid hos forskeren kan være med å svekke

validiteten noe, men en kritisk tolkning av data og diskusjon av tema med veileder styrker gyldigheten av resultatene (Thagaard, 2010). Bruk av nok tid i databehandlingsprosessen var med og sikret at riktig meningsinnhold ble trukket frem. Beskrivelse av fremgangsmåten i bruken av Graneheim og Lundmans (2004) innholdsanalyse, underbygget med direkte sitat, styrker resultatenes gyldighet. Presentasjon av ulike erfaringer, samt at annen forskning bekrefter funnene, kan i tillegg sies å styrke resultatenes gyldighet. Det har også vært ønskelig å tydeliggjøre forskerens eget ståsted og forforståelse, for å gi leseren mulighet til å vurdere forskerens påvirkning på resultatene. Thagaard (2010) påpeker at dette er viktig for å styrke forskningens validitet. Informantenes motivasjonelle innstilling i behandlingssituasjonen ble ikke utforsket og det ble ikke kartlagt hvor friske informantene var på intervjuetidspunktet. Et mulig avhengighetsforhold til hjelpeapparatet kan ha påvirket hva informantene har tørt å sette ord på. Faktorer som sykdom og manglende motivasjon kan således ha påvirket svarene og svekket funnenes troverdighet. Resultatene blir imidlertid bekreftet av tidligere forskning på området.

5.3.3 Overførbarhet

Bruk av kvalitativ metode og få informanter gjør at funnene ikke kan generaliseres (Graneheim & Lundman, 2004). Seale (1999) beskriver ekstern validitet ut fra om den forståelsen en utvikler i en studie også gjelder i andre sammenhenger. Thagaard (2010) beskriver dette ved bruk av begrepet overførbarhet.

I kvalitative studier er det fortolkningen av dataene som danner grunnlaget for overførbarheten (Gadamer, 2004). Overførbarhet kan knyttes til gjenkjennelse, ved at tolkningen gir en dypere mening til leserens tidligere kunnskap og mening, samtidig som den overskrider leserens forståelse (Thagaard, 2010). Fortolkning av data med en hermeneutisk tilnærming har gjort det mulig å få frem temaer som har sitt utspring i informantens egen livsverden (Gadamer, 2004). Det er blitt lagt vekt på å få frem dybden i informantenes erfaringer, samt å gi en utdypet beskrivelse av temaene som er kommet frem i prosjektet. Sentrale tendenser relatert til prosjektets tema er således blitt tydelige i resultatene og kan gi grunnlag for gjenkjennelse. Thagaard (2010) hevder at det er identifiseringen av sentrale tendenser som gir grunnlag for gjenkjennelse. Dyptpløyende og prinsipielt teoretisk innhold gjør at leseren kan relatere det teoretiske perspektivet til egne erfaringer, selv om leseren ikke har opplevd liknende fenomen (Thagaard, 2010). Med utgangspunkt i dette kan funn i denne forskningen skape gjenkjennelse hos leseren og således fremme overførbarheten. Fremtidig

forskning med flere informanter og kvantitative metoder kan også bruke funn i undersøkelsen som utgangspunkt for videre forskning. En begrensning ved undersøkelsen er at den rettet seg mot kvinner. Den belyser derfor ikke menns erfaringer i møte med hjelpeapparatet. Fremtidig forskning bør derfor også utforske menns erfaringer for å fremme god omsorgskvalitet for begge kjønn.

6 Presentasjon av funn

Ved bruk av analysemetoden til Graneheim og Lundman (2004) i arbeidet med å få kartlagt meningsinnholdet i intervjumaterialet kom faktorer som påvirker behandlingskvaliteten frem. Disse er viktige for å kunne gi svar på problemstillingen. Gjennom arbeidet fremkom temaet som omhandlet en god relasjonsutvikling som hovedmeningsinnholdet i materialet.

Hovedtemaet ble formulert slik: «Å veksle mellom ulike omsorgsrelasjoner når en er innlagt for anoreksi i psykiatrisk avdeling». Informantene beskrev positive og negative følelser og opplevelser av betydning for relasjonsutviklingen. Videre ble det naturlig å bygge opp og presentere funnene i prosjektet relatert til dette temaet. Flere temaer ble tydelige i materialet og disse kunne sorteres under hovedtemaet. Funn som blir presentert kan representere deler i den hermeneutiske sirkelen (Gadamer, 2004). Små og store deler blir belyst for å fremme økt forståelse for delene, samtidig som disse bidrar til økt forståelse i en større helhet. Nedenfor blir funnene presentert utledet fra temapresentasjonen i Tabell 2.

Tabell 2.

Oversikt over hovedtema, tema og kategorier

Hovedtema

Å veksle mellom ulike omsorgsrelasjoner når en er innlagt for anoreksi i psykiatrisk avdeling

Tema

Å være avhengig av en god omsorgskvalitet

Å forholde seg til sykepleierens individualitet

Å veksle mellom egne følelser i relasjonen

Kategorier

Omsorgskvaliteten kan påvirkes av relasjonen

Egenskaper og handlinger hos sykepleier som kan fremme en god relasjon

Følelser og opplevelser hos pasient som kan fremme en god relasjon

Omsorgskvaliteten kan påvirkes av måten behandlingsmetoden blir utført på.

Egenskaper og handlinger hos sykepleier som kan hemme en god relasjon

Følelser og opplevelser hos pasient som kan hemme en god relasjon

Kombinert behandling av vekt og årsaker kan ha betydning for omsorgskvaliteten

Individuell behandling og pasientmiljøet kan ha betydning for omsorgskvaliteten

6.1 Å være avhengig av en god omsorgskvalitet

6.1.1 Omsorgskvaliteten kan påvirkes av relasjonen

Relasjon og trygghet

Informantene ble spurt om hva som hadde mest betydning for deres utbytte av behandlingen. De gav her uttrykk for at relasjonen til sykepleier var viktigere enn behandlingsmetoden. En trygg relasjon har mest betydning for om informanten klarer å nyttiggjøre seg av behandlingen.

Eksempel:

Sara: Nå tror jeg ikke at relasjonen alene er nok til at du skal bli frisk, du må jo vite hva de skal hjelpe med, men jeg tror nok at den tryggheten har mest, at en god relasjon har mest betydning.

Informantene har ulik erfaring av hvordan disse områdene er blitt prioritert. De gav imidlertid uttrykk for at om en trygg relasjon ville blitt prioritert først, ville det ha hjulpet mye for deres mulighet til å ha nytte av behandlingsoppholdet.

En informant sa at en god relasjon gjør at du klarer å håndtere vanskelige situasjoner uansett metode og du tør si ifra om egne behov.

En god relasjon er viktigst i begynnelsen og slutten av behandlingen. Det hadde hjulpet om hovedfokus var på å trygge pasienten i begynnelsen av behandlingen. En informant uttrykte at hun ikke hadde fått tryggheten inne i seg når hun ble utskrevet, det opplevde hun var en medvirkende årsak til at hun ble sykere igjen.

Forutsigbarhet og tilgjengelighet

Det kom frem at forutsigbarhet, samt å ikke bli latt alene, kan være med å gjøre den første perioden lettere og hjelpe pasienten i situasjonen.

Eksempel:

Rebekka: Det som jeg syntes var vanskelig var at jeg aldri visste før morgenmøtet om jeg fikk snakke med noen den dagen og det syntes jeg var veldig vanskelig. Det er sånt at forutsigbarhet.. hvis at jeg hadde fått visst at, at «du får snakke med meg hver dag den første uken» (...) at det var veldig tett oppfølging i begynnelsen, at du ikke var for deg selv.

Det å vite at en får samtaler daglig og tett oppfølging skaper forutsigbarhet. Forskjellige kontaktpersoner daglig gjør dagene uforutsigbare om kontaktpersonene forholder seg ulikt til reglene. En informant forklarte at det å spise aktiverte følelser som var vanskelige å håndtere. Om en da ikke hadde noen å snakke med, kunne det medføre destruktiv atferd.

6.1.2 Omsorgskvaliteten kan påvirkes av måten behandlingsmetoden blir utført på

Positivt bruk av behandlingsmetoden

På spørsmål om hvordan informantene opplevde bruken av behandlingsmetoden og hvordan den påvirket behandlingskvaliteten, hadde informantene ulike erfaringer.

En informant sa at det var bra at hun fikk tilvenningstid til behandlingsregler, da fikk hun forberedt seg og ble meir trygg før hun måtte følge matskjemaet.

Samtlige av de spurte sa at det var viktig å ha regler og struktur i behandlingen. En av informantene opplevde dette som det viktigste, da hun strevde med struktur generelt i hverdagen. Hun fikk inntrykk av at de som fulgte reglene, fikk mest utbytte av behandlingen.

Eksempel:

Sara: ... den metoden som jeg fikk på behandlingsplassen som var veldig spesifisert, (...)det tror jeg var det eneste, det var det beste for meg. Fordi det var så utrolig tydelig, det var ikke mulig for noen slinger i valsen.

Et strengt opplegg med struktur hjalp pasienten til å få struktur. Informantene gav utrykk for at det var viktig med en strukturert, udiskuterbar og tydelig behandlingsmetode. Dette gav dem trygghet. Men det var bra om en prioriterte støtte også, en trygg *relasjon* ville kunne hjelpe pasienten til å dele det som var vanskelig i møte med behandlingen. En av informantene opplevde det bra om reglene ikke var så fastlåste, at en f.eks. kunne variere mer fritt med pålegg. For pasienten opplevdes det som en unødvendig omstendelig prosess når hun hadde behov for å endre avtaler knyttet til matmengde og aktivitet. Det tok mye tid, mange var involvert, det opplevdes tungvint.

Eksempel:

Liv: sammensetningen av maten og hvordan vi spiste. Det var ikke så firkantet og det syntes jeg var bedre og pluss det at der hadde du lov til å bevege deg.

Det å kunne ha sosial avslappet setting etter måltidene i lag og det å kunne ha rolig fysisk aktivitet ble opplevd som positivt i behandlingsforløpet. Det gav en følelse av å være mer normal og det opplevdes lettere å takle vektoppgang om en samtidig fikk være i aktivitet.

Det å kunne ha permisjoner og øve på ferdigheter hjemme før utskrivelse ble beskrevet som positivt. Dette kunne gjøre det lettere å mestre frisk atferd hjemme og forebygge tilbakefall.

Negativ bruk av behandlingsmetoden

Informantene opplevde det negativt om det ble for mye fokus på vektoppgang og det å følge regler. To av informantene hadde en opplevelse av at oppholdet var som å være i et fengsel eller som å være en løve i bur. Hjelperne prioriterte ikke å gjøre pasienten trygg.

Eksempel:

Rebekka: Jeg følte meg nok mer som en maskin som skulle fikses enn et menneske, at de puttet mat i tanken og så fikk du straff hvis du ikke hadde lagt på deg det du skulle og du måtte spise mer og få strengere regler.

En av informantene ga uttrykk for at vektfokus gjorde at hun følte det var noe helt galt med henne. Hun ble veldig lei seg, da hun ikke hadde sett på vekten som så viktig.

Regelfokus gjorde at en informant satt på vakt, klar til å bli anklaget for regelbrudd under måltidet. Hun opplevde også at når normal atferd ble mistenkeliggjort, kunne det gi ideer til ny sykdomsatferd.

6.1.3 Kombinert behandling av vekt og årsaker kan ha betydning for omsorgskvaliteten

Informantene hadde erfaring med at behandlingen fokuserte på vektøkning og regler, senere skulle en jobbe med årsaker. En informant fortalte at regelfokus gjorde at hun ikke fikk hjelp til å takle vanskelige følelser, dette gjorde at hun ble sykere av behandlingen. Det opplevdes traumatisk ikke å få snakke om årsaker og følelser.

Informantene ønsket å jobbe med mat, vekt og følelser/årsaker til sykdommen parallelt. En informant beskrev spiseforstyrrelsen som en mestringsstrategi, og en burde ikke ta denne vekk uten å gi hjelp til å bearbeide traumene.

Eksempel:

Sara: ... fordi at når du bare skal snakke om spiseforstyrrelsen og bare ha fokus på det og samtidig som jeg da spiste mer og, så ble de traumene mine bare verre og verre de og jeg klarte på en måte ikke å leve med de.

En informant sa at ensidig fokus på mat og vektøkning, uten at en kan bearbeide følelsene eller snakke om vanskelige tanker, gjør at hun ikke kan nyttiggjøre seg av behandlingen.

6.1.4 Individuell behandling og pasientmiljøet kan ha betydning for omsorgskvaliteten

Individuell behandling

Informantene gav uttrykk for at det er viktig med individuell behandling. Mennesker er ulike, metoden bør derfor tilpasses den enkelte, det ville gitt mer trygghet. Reglene er viktige, men må også tilpasses den enkeltes behov og mulighet for bruk av egne mestringsstrategier.

Eksempel:

Rebekka: En ting som jeg synes er veldig viktig er at det skal være individuelt, de har liksom en metode som skal gjelde for alle og at folk er jo enormt forskjellige. Så hadde de en ordning med at en ikke fikk lov å hekle mer enn 15 min., og det å hekle var det som hjalp mest for meg! Så hvorfor skulle jeg ikke fått gjort det?

Flere av informantene sa at tema i samtaler og utfordringer burde tilpasses pasientens opplevelse av egne behov og tilstand. Pasientens utbytte av en samtale er avhengig av at pasienten blir møtt der hun er og får gi uttrykk for hva hun selv opplever at hun trenger.

Individuell innstilling til behandling

En informant satte ord på at det var ikke bare behandlingsmetode og personale som var avgjørende for behandlingsutfallet. Hun opplevde at hennes egen innstilling til å ta imot behandling påvirket hvordan hun klarte å nyttiggjøre seg av den.

Eksempel

Helene: Men det er og litt opp til en selv hvor mye en gjør ut av en sånn behandling for jeg lurte jo en del unna, jeg lurte jo sikkert mye meg selv og.

Ved første innleggelse var det familiens ønske, hun var selv ikke motivert og var opptatt av sykdomsatferd. Andre gangen hadde hun et annet utgangspunkt. Da ønsket hun selv

behandlingen. Det hjalp henne til å være mer ærlig, men det var likevel vanskelig. Informanten sa at pasientene også hadde et ansvar for å ville følge behandlingen.

Pasientmiljøet

Informantene hadde ulik erfaring av hvordan pasientmiljøet påvirket behandlingskvaliteten. Det å være gruppert sammen med bare spiseforstyrrede pasienter kan være en påkjenning for den enkelte og en kan føle seg unormal. Det kan være belastende å se spiseforstyrret atferd hos de andre, sykdomsatferd kan påvirke medpasienter til liknende atferd. ”En kan få nye ideer” som en informant ordla seg relatert til matrutiner og økt aktivitet. Mye vekt og treningsfokus hos pasienter gjorde at medpasienter ble mer fokusert på dette i løpet av innleggelsen. Det kan også være en belastning å se at en medpasient sliter og blir tvunget og truet.

Eksempel

Liv: (...) der vil jeg spise min mat og så sitter en overfor meg som ikke vil spise sin mat. Og så blir hun tvunget, og at hvis hun ikke spiser så må hun reise hjem. Det gjorde ikke godt for meg.

Det kom frem at det kan være bra om de pasientene med spiseforstyrrelser som mestrer maten får sitte i lag. Det kan også oppleves bra å spise og være sammen med friske, da disse kan være positive rollemodeller, samt kan gi pasienten en følelse av å være mer normal. En informant opplevde det positivt å være sammen med pasienter med samme sykdomsproblematikk, for hun fikk støtte og hjelp fra dem. Samtidig kunne hun hjelpe og støtte dem når de hadde det vanskelig, dette opplevdes godt.

En av informantene ga uttrykk for hun var redd for at medpasienter skulle fortelle personalet at hun lurte unna mat. Hun var redd for at medpasienter skulle avsløre negativ atferd.

6.2 Å forholde seg til sykepleierens individualitet

6.2.1 Egenskaper og handlinger hos sykepleier som kan fremme en god relasjon

På spørsmål om hvordan informantene ville beskrive relasjonen til sykepleierne, beskrev de ulike egenskaper og handlinger som viktige hos sykepleieren, for at de kunne oppleve en god relasjon.

Trygg, tydelig, streng, kunnskapsrik og forståelsesfull sykepleier

Den gode sykepleieren karakteriseres som trygg i rollen som hjelper. Hun er bestemt, streng og tydelig. Hun har evne til å sette seg inn i pasientens situasjon og vise forståelse for problemene pasienten har. Hun viser at hun har mye kunnskap og erfaring om lignende problemstillinger.

Eksempel:

Sara: Jeg tror hun sykepleieren jeg hadde mest kontakt med, fikk jeg veldig tillit til. Hun var veldig sånn tydelig, egentlig veldig trygg. Når jeg ville diskutere og var uenig, så var hun veldig firkantet, hun sa det samme gang etter gang. Det var aldri sånn at jeg følte at jeg klarte å vippe henne av pinnen. Så det opplevde jeg var veldig trygt.

Sara: Det synes jeg var viktig, det å få lov å så si alle de tingene og bli møtt på en så ordentlig måte. Jeg følte liksom at de bekreftet at de hadde hørt det før og at andre og hadde det sånn.

Bekreftelse på at andre også hadde lignende tanker og alminneliggjøring av problemene gjorde det lettere å ta opp ting og pasienten følte seg ikke så annerledes. Kunnskap og forståelse hos sykepleieren gav pasienten tillit til henne. Tilliten gav pasienten mot til å stole på sykepleieren og til å dele vanskelige ting med henne. En informant forklarte at det å bli vist tillit fremmet et ønske hos henne om å gjøre det rette.

Tilgjengelig sykepleier

En god sykepleier ble karakterisert som en person som har tid og er tilgjengelig når pasienten trenger det. En informant fortalte at hun selv kunne oppsøke sykepleieren på behandlingsplassen. Informanten hadde erfaring med at sykepleieren da møtte henne og satte av tid i nær fremtid hvis pasienten hadde det vanskelig. Det skapte trygghet hos informanten å vite at hun hadde noen å prate med om hun trengte det.

Eksempel:

Rebekka: Jeg hadde en fantastisk sykepleier. Og hun var altså, der kunne jeg komme, hvis hun var på jobb og jeg lurte på noe og trengte noen å snakke med, så var hun tilgjengelig altså. Det var bra.

Det ble også nevnt at det var viktig med nok personale slik at de hadde tid å være sammen med og prate med pasientene.

Sykepleieren og metoden

Informantene gav uttrykk for at det er viktig at hjelperen har god kunnskap om behandlingen og passer på at reglene i behandlingsmetoden blir fulgt, det virker støttende. Hjelperen må være streng, konsekvent, følge godt opp og holde avtaler. Dette vil hjelpe pasienten å bli trygg på sykepleieren samtidig som hun blir trygg på behandlingen.

Eksempel:

Liv: Jeg hadde en primærkontakt som var veldig trygg i rollen sin, litt bestemt, og jeg var egentlig redd henne i begynnelsen, veldig sånn streng på en måte. Hun var veldig flink. Jeg skjønnte nok etter hvert at jeg trengte den strengheten, men det var ganske tøft. Hun var veldig flink og tydelig. Jeg husker veldig, veldig godt henne, så hun likte jeg veldig godt.

Den omsorgsfulle sykepleieren

Funnene viser at det er viktig å gi omsorg, samtidig som hjelperen følger med i at behandlingsreglene blir fulgt. Sykepleieren skal bruke metoden vennlig og omsorgsfullt, vise respekt og være interessert i å forstå pasientens handlinger og følelser. Det vil hjelpe pasienten til å få innsikt i at det er sykdommen som styrer de spiseforstyrrede handlingene og følelsene.

Eksempel

Rebekka: (...) i den grad en pleier kan gi omsorg til pasienten så er det ekstremt viktig, i alle fall var det viktig for meg. De som jeg følte virkelig brydde seg om meg, de hjalp meg mye mer (...)

En informant sa at den gode sykepleieren gav fysisk kontakt ved å holde i hånden og gi en klem. Det gjorde godt å få omsorg, informanten klarte da å uttrykke følelser som hun hadde problemer med å beskrive. Pasienten opplevde det positivt når sykepleieren, som var trygg i sykepleierrollen og som hun var trygg på, presset henne til å dele vanskelige ting. Pasienten opplevde også at sykepleieren så hva hun virkelig trengte, når hun var urolig. Det å bli møtt med forståelse gjorde godt, det opplevdes godt å få gråte.

6.2.2 Egenskaper og handlinger hos sykepleier som kan hemme en god relasjon

Informantene beskrev ulike egenskaper og handlinger hos sykepleieren som opplevdes negative og som var til hinder for utvikling av en god relasjon.

Manglende forståelse

Det kom frem at om sykepleier viste manglende forståelse for pasientens følelser knyttet til behandlingen, og ikke var forberedt på traumeaktivering hos pasientene, fremmet dette usikkerhet hos pasientene og hemmet en god relasjonsutvikling.

En av informantene opplevde å ikke bli lyttet til og tatt på alvor når hun klagde over fysiske smerter. Legen lyttet, men lyttet ikke likevel. Han sjekket ikke de fysiske smertene. Pasienten opplevde ikke at de så henne som en person utenom spiseforstyrrelsen. Pasienten opplevde at personalet sa at smertene var hennes egen skyld, at hun tenkte feil og at det var anoreksien som gav smertene. De ville avta når hun hadde nådd vekt målet. Dette skjedde ikke. Det skjedde ikke. Informanten hadde smerter i mange år, og fikk senere påvist en fysiologisk lidelse.

Uerfarne, ustrukturerte og utrygge sykepleiere med manglende kunnskap

Informantene ga uttrykk for at uerfarne, nyutdannede og utrygge sykepleiere motvirker tillit og tiltro og gjør det vanskeligere å ta kontakt. Manglende kunnskap og struktur hos sykepleieren gjør også at pasienten opplever at hun må ha kontrollen over behandlingsopplegget.

Eksempel:

Liv: De var mer usikre, redde. De måtte sjekke alt og da mistet jeg liksom tilliten og troen på dem. Da ble det slik at jeg følte at jeg måtte sjekke opp alt selv i tillegg. Om de sa noe, så tok jeg det ikke som god fisk.

En informant sa at hun ikke ble trygg på en ung, uerfaren og usikker primærsykepleier med manglende kunnskap. Resten av personale hadde nok med sine pasienter. Ingen spurte hva hun følte og ingen støttet henne. Det kom også frem at det kunne være vanskeligere å få tillit til unge hjelpere.

Utilgjengelighet og mistillit

Funn i undersøkelsen viste at informantene hadde erfaring av at sykepleierne ikke var tilgjengelige når de trengte dem. En informant fortalte at hun som pasient ikke fikk omsorg. Hun ønsket dette, men klarte ikke å ta kontakt for å be om hjelp. Utilgjengeligheten gjorde at pasientene måtte håndtere vanskelige følelser alene, samt hindret en god relasjonsutvikling.

Informanter uttrykte at om personale ikke viser pasienten tillit, og er mistenksomme i møte med pasientens forklaringer, ødelegger dette for utviklingen av en god relasjon. Det å true med hjemsendelse om ikke vekten øker, skader også tilliten til sykepleieren. Dersom oppfølging av regler og struktur blir utført som politi og kontrollørvirksomhet, så hindrer dette en god relasjonsutvikling.

En informant opplevde å ikke bli trodd. Sykepleieren viste henne ikke tillit. Det var ubehagelig og gjorde henne utrygg. Funn viste også at når sykepleier hever seg over pasienten, virker det nedverdiggende, og en får ennå dårligere selvtillit.

Familie som motivasjonsfaktor

Flere av informantene hadde opplevd at sykepleiere hadde brukt barna som motivasjonsfaktor for at pasienten skulle jobbe for å bli frisk. Sykepleieren sa at de måtte bli frisk for barnas skyld. Selv om informantene kunne forstå at det kan være positivt å minne dem på barna, så var dette mest en negativ erfaring. Tanken på barna aktiverte så mye skyldfølelse og dårlig samvittighet at det heller gav en mislykkethetsfølelse hos pasienten. Dersom sykepleieren brukte barna som motivasjonsargument, reduserte det muligheten for å få tillit til henne og til å etablere en god relasjon.

Eksempel:

Sara: Det var nok en spesielt som brukte det [barna] veldig og det opplevdes veldig negativt. Henne var det ikke en jeg fikk tillit til og snakket ærlig med, eller snakket mye med etterpå.

En av informantene sa at det å bruke barn som motivasjonsfaktor opplevdes stygt og ondt, da det er det område hvor en mor ofte er mest sårbar. Det gjorde vondt verre.

6.3 Å veksle mellom egne følelser i relasjonen

6.3.1 Følelser og opplevelser hos pasient som kan fremme en god relasjon

Informantene gav uttrykk for ulike følelser og opplevelser som viktige når det ble spurt om hvordan de hadde erfart kontakten/relasjonen i behandlingen. Men følelsen trygghet ble nevnt gjentatte ganger som en viktig faktor i behandlingen, for å kunne etablere en god relasjon til sykepleieren. De beskrevne følelsene var ofte en reaksjon på sykepleierens fremtreden eller relatert til behandlingsmetoden.

Følelse av å bli ivaretatt

Informanter understreket at det var viktig å gjøre pasienten trygg helt fra begynnelsen av behandlingen, det hadde hjulpet mye. For å fremme trygghetsfølelsen var det viktig med god støtte og oppfølging fra starten av, det ville hjelpe pasienten til å nå behandlingsmålet. Forutsigbarhet i startfasen ville også fremmet trygghetsfølelsen til hjelperne. Også slutfasen av behandlingen ble nevnt som en vanskelig tid hvor trygghet og støtte til å takle ny vekt og utseende var viktig. Det kom frem at dersom en først prioriterte trygghet, og siden parallell jobbing med vekt og problemer, så ville dette kunne forebygge tilbakefall. Følelsen av trygghet og det å få omsorg hjelper pasienten til å dele vanskelige ting.

Eksempel:

Sara: (...)det er veldig, veldig vanskelig å snakke om og ja så det er viktig det her med å føle seg trygg og tatt vare på.

Strengt gir trygghet og tillit

En informant sa at det var vondt å bli strengt behandlet, men det fremmet trygghet hos pasienten når sykepleieren hadde erfaring, kunnskap og var trygg på behandlingen. Relasjonen og at sykepleier var trygg virker støttende for pasienten. Informanter opplevde også trygghet når sykepleier var umanipulerbar og holdt seg til reglene.

Eksempel:

Rebekka: Hm, jeg opplevde faktisk at de som var strenge og som alltid forholdt seg til reglene og passet på at det ble fulgt opp, de hadde jeg mest tillit til.

En informant så i ettertid at strenghet hadde hjulpet henne og at vektfokus er riktig selv om det er vanskelig.

Hjelperens møte med vanskelige følelser

Flere av informantene hadde positive opplevelser av å bli møtt og ivaretatt når de trengte å uttrykke vanskelige følelser. Ivaretagelse og ikke å bli avvist fremmet en god relasjon.

Eksempel:

Rebekka: jeg husker veldig godt de gangene jeg fikk omsorg og hvor godt, hvor godt det gjorde og hvordan jeg klarte å slippe ut litt følelser!

Undervisning og individuell behandling

Det kom frem i samtalen med informantene at det å bli sett som enkeltmenneske og å kunne bli behandlet individuelt var viktig for at de skulle føle seg ivaretatt og bli trygge. Tryggheten som fremmet en god relasjon ville gjøre det mulig å ta opp ting som var viktige i situasjonen for den enkelte.

Informantene nevnte også at gjentatt undervisning om sykdommen og virkning på kroppen hadde gitt dem økt selvinnsikt. En informant sa at realitetsorientering kunne redusere uroen hun følte.

6.3.2 Følelser og opplevelser hos pasient som kan hemme en god relasjon

På spørsmål om erfaringer med relasjonen og behandlingen satte informantene ord på negative følelser og opplevelser som var til hindring for å utvikle en god relasjon.

Utrygghet og redsel

I startfasen av behandlingen beskrev informantene at det var utrygt og angstfylt å følge regler. Følelsene gjorde det vanskelig å knytte en nær relasjon til sykepleieren. En informant beskriver redsel og sårbarhetsfølelse som dominerende i begynnelsen. Det å være veldig redd og føle seg alene under behandlingen gjorde at hun ble sykere. Det at hun manglet trygghet inne i seg ved utskrivelse ble en medvirkende årsak til at hun ble sykere igjen.

Utrygge og ukjente sykepleiere gjorde det vanskelig å ta kontakt. Det tok lang tid å bli trygg slik at en turte å be om hjelp. En måtte takle vanskelige følelser alene, det økte sjansen for destruktiv atferd. Flere av informantene gav uttrykk for at de selv måtte oppsøke personale for å be om hjelp. For å klare dette trengte de å være trygge.

Eksempel:

Rebekka: Jeg var generelt veldig engstelig. Jeg husker at jeg turte ikke banke på vaktrommet eller spørre om ting. Og om jeg spurte om ting, så spurte jeg om å få gå ut for å få være for meg selv. For jeg torde ikke å be om noen ting så.

Det kom frem at prioritering av regler, vekt og mat i startfasen gjorde at informanter ikke fikk mulighet til å etablere en trygg relasjon i begynnelsen.

Vektfokus og ulike mål

Informanter gir uttrykk for uutholdelige følelser relatert til tidligere traumer. Om fokus i behandlingen er på vekt og mat og ikke på en trygg relasjon, blir det veldig vanskelig å takle disse følelsene alene. Det å ikke få mulighet til å dele vanskelige følelser gjør at en ikke klarer å nyttiggjøre seg av behandlingen.

Eksempel

Helene: (...) når du begynner å spise så kommer alle følelsene som du har prøvd å trykke vekk. Så det blir et helt enormt kaos av følelser som du ikke vet hvordan du skal håndtere. Og hvis du da ikke har noen å snakke med så, så finner du gjerne på andre dumme ting(...)

Regler, mat og vekt opplevdes å være hovedfokus ved innleggelse for flere av informantene. Hvis informant og sykepleier er uenige om målsetting for oppholdet kan det skape konflikter. En informant beskriver også at når en hadde nådd vekten, så tenkte sykepleieren at en skulle klare seg selv og det er da det er verst. Redsel for vektøkning kan også gjøre at pasienten er redd for å bli lurt.

Manglende respekt og mistillit

Funn i undersøkelsen viser at om pasienten opplever at sykepleier viser manglende respekt for sykdomssymptom og handlinger, føler hun seg dum. Det oppleves nedverdiggende når sykepleier har en nedverdiggende holdning. Det å bli mistrodd og ikke å bli vist tillit skaper også utrygghet og mistillit hos pasienten.

Eksempel:

Liv: På avdelingen sa de: ”Hva har du i posen ” når en kom tilbake igjen, jeg følte meg som en drittunge. Det var ikke kjekt engang. Vet du, jeg gikk inn på rommet mitt og gråt mange ganger.

7 Drøfting

Hensikten med prosjektet er å frembringe ny kunnskap om betydningen av sykepleier-pasientrelasjonen og behandlingsmetoden hos pasienter som har vært innlagt på institusjon for behandling av anoreksi. Målet er at kunnskap om pasienters erfaringer kan være med å belyse, samt kvalitetssikre og utvikle behandlingen av denne pasientgruppen. Drøftingen vil lede til besvarelse av forskningsspørsmål og problemstilling:

Forskningsspørsmål:

Hvilke faktorer i behandlingen har betydning for omsorgskvaliteten?

Hvordan påvirkes sykepleier- pasient relasjonen av sykepleierens yrkesutøvelse?

Hvilken betydning har pasientens følelser og opplevelser for relasjonen til sykepleieren?

Problemstilling:

Hvordan opplever kvinner som har vært i behandling for anoreksi, at sykepleier-pasient relasjonen og behandlingsmetoden påvirker omsorgskvaliteten?

For å få tak i gode data ble informanter, som tidligere hadde vært innlagt for anoreksi, intervjuet om deres erfaringer. Kvalitativ metode med dybdeintervju og semistrukturert intervjuguide bidro til å få tak i informantenes egne opplevelser. En hermeneutisk tilnærming (Gadamer, 2004) var ønskelig for å sikre at dataene ble innsamlet og analysert ut fra informantens livsverden, samtidig som forskeren var bevisst på egen forforståelse. Den hermeneutiske tilnærmingen var også med og ivaretok helhetsperspektivet i analyseprosessen hvor Graneheim og Lundmans (2004) innholdsanalyse ble brukt. Tilnæringsmåten er med og styrker gyldigheten av funnene. En nøye beskrivelse av fremgangsmåten har også vært med å sikre troverdigheten til prosjektet. Drøftingen kan ses i lys av den hermeneutiske sirkelen (Gadamer, 2004), hvor drøfting av de ulike delene bidrar til økt forståelse av disse. Samtidig gir drøftingen av delene en økt helhetlig forståelse, fordi delene også henger sammen i en større helhet i den hermeneutiske sirkel (Gadamer, 2004). De ulike temaområdene står hele tiden i et innbyrdes påvirkningsforhold til hverandre. For å fremme forståelsen blir delene belyst fra ulike sider i et kunstig skille, som om de er atskilt.

Temaene som er kommet frem i analysen (Tabell 2) vil bli diskutert og vil være med å besvare forskningsspørsmålene. Faktorer som er viktige for omsorgskvaliteten vil først bli

løftet frem, etterfulgt av funn om hvordan sykepleierens måte å utøve yrke på kan ha betydning for relasjonsetableringen. Betydningen av pasientens følelser og opplevelser for relasjonsutviklingen vil siden bli belyst. Gjennom dette arbeidet blir samtidig hovedtemaet: «Å veksle mellom ulike omsorgsrelasjoner når en er innlagt for anoreksi i psykiatrisk avdeling» belyst. Dette blir gjort ved bruk av tidligere forskning som belyser temaet samt relevant sykepleieteori.

7.1 Hvilke faktorer i behandlingen har betydning for omsorgskvaliteten?

Gjennom analysearbeidet kom det frem at omsorgskvaliteten blir påvirket av ulike faktorer, samtidig som omsorgskvaliteten også har betydning for relasjonsutviklingen. Ved å diskutere innholdet i noen av kategoriene som omhandler hvilke faktorer som er med og påvirker omsorgskvaliteten relatert til temaet: «Å være avhengig av en god omsorgskvalitet» (Tabell 2), vil deler av forskningsspørsmålet bli besvart og en del av problemstillingen bli klargjort. Kategoriene som omhandler anvendelsen av behandlingsmetoden, kombinert behandling av vekt og årsaker, samt temaet individuell behandling er nært relatert til sykepleierens yrkesutøvelse og blir derfor belyst sammen med det temaet senere. Disse faktorene kom også frem som viktige for omsorgskvaliteten.

7.1.1 Omsorgskvaliteten kan påvirkes av relasjonen

Undersøkelsen viser at en trygg relasjon til sykepleieren er den viktigste faktoren for at pasienten skal kunne nyttiggjøre seg av behandlingen. I møte med vanskelige situasjoner vil en trygg relasjon hjelpe pasienten til å håndtere situasjonene og pasienten vil tørre å si i fra. En god relasjon gir trygghet, som er viktig å etablere i begynnelsen av behandlingen for at pasienten skal kunne klare å ta imot hjelp. Den trygge relasjonen vil hjelpe pasienten gjennom de ulike fasene i behandlingen. Mye forskning viser til viktigheten av relasjonen i arbeidet med pasienter generelt og anoreksi pasienter spesielt (Ackerman, et al., (2001,2003); George, (1997); Rie de la, et. al, (2006,2008); Wright & Hacking (2012)). Forskning viser også at behandlingsmetoden er av sekundær betydning (Ackerman et al., (2001, 2003); George, (1997)). Lindstrøm (2003) sier at sykepleierens gjerning skal gjennomføres av kjærlighet, ansvar og barmhjertighet. Det er gjennom relasjonen til pasienten at denne gjerningen kan bli utført og bedre helse kan fremmes. Lindstrøm (2003) støtter således også informantens opplevelse av relasjonens betydning. Nilsson(2007) sier at med en hermeneutisk tilnærming kan sykepleieren bli kjent med pasienten på et dypere plan. Ved å bli kjent med pasientens livsverden og utforske denne kan en terapeutisk relasjon etableres. Relasjonen danner

grunnlaget for utøvelsen av barmhjertighets- og medlidenhetsgjerningen og gir mulighet til felles innsikt og forståelse av sykdommen (Nilsson, 2007).

7.1.2 Pasientmiljøet kan ha betydning for omsorgskvaliteten

Det er viktig for sykepleieren å ha nødvendig kunnskap om pasientmiljøets innvirkning på omsorgskvaliteten. Det kan være positivt å være sammen med pasienter med spiseforstyrrelser, for å kunne gi støtte og oppleve forståelse for hverandres problemer, samt delta i ulike sosiale aktiviteter i lag. Colton et al.,(2004) beskriver funn hvor pasienter opplevde det godt å kunne prate med medpasienter om emner som de ikke kunne prate med noen hjemme om. De følte seg heller ikke så annerledes når de opplevde at andre hadde liknende problemer (Colton et al., 2004).

Samtidig kan pasientmiljøet ha en negativ påvirkning på pasientene. Stigmatisering som unormal og å se på andre pasienters påkjenninger kan være belastende. Smitteeffekt av sykdomsatferd og læring av ny sykdomsatferd relatert til mat og aktivitet kan hindre helsefremmende atferd.

Colton et al. (2004) beskriver også dette, samt hvordan pasientmiljøet kan påvirke til konkurranse om hvem som er sykest. De nevner også at medpasienter kan påvirke til annen negativ atferd som for eksempel selvskadning. (Colton et al., 2004). Men redsel for at bli avslørt av medpasienter kan også bidra til, at pasienter ikke vil bryte reglene. Slik sett kan en si at pasientmiljøet også kan virke støttende for behandlingsstrukturen.

Disse faktorene viser viktigheten av at sykepleieren har kunnskap om medpasienters påvirkning på hverandre, for at hun skal kunne medvirke til å fremme et positivt miljø. Aanderaa (1994) sier at et terapeutisk miljø skal kunne fremme pasientens helse, samt støtte opp om det behandlingsopplegget som pasienten er en del av (Aanderaa, 1994). Støtte og omsorg skaper trygghet som vil kunne fremme positiv atferd og som følge av det redusere negative påvirkning av sykdomsatferd i pasientmiljøet. Struktur og trygge rammer i behandlingen vil også kunne redusere muligheten for synlig negativ atferd i miljøet. Colton et al. (2004) nevner muligheten av å skjerme dårlige pasienter fra medpasienter. Dette hindrer smitteeffekt av negativ atferd, men samtidig hindrer det muligheten for disse pasientene fra å få positiv støtte fra medpasienter og til å observere positive rollemodeller (Colton et al., 2004).

Her vil det være viktig med forståelse og varhet for den enkelte pasients lidelse som Lindstrøm (2003) beskriver. Sykepleieren må være etisk reflektert i utførelsen av pleien. Tiltak må vurderes slik at pasientens autonomi ikke blir krenket, når hun iverksetter tiltak for å fremme pasientens helse. Samtidig må sykepleieren ha et overblikk over hva som er best for pasientmiljøet.

Fairburn (2008) understreker viktigheten av å utforske årsaken til negativ atferd sammen med pasienten, for å få økt forståelse og om mulig hjelpe pasienten med disse problemene. Sykepleieren har samtidig et ansvar for å beskytte medpasienter mot påvirkning av negativ atferd. I dette arbeidet er det på samme tid viktig å se den negative atferden som del av en psykisk sykdom hos pasienten (Fairburn, 2008).

Undersøkelsen viser at det er viktig å prioritere å jobbe med å etablere en trygg relasjon helt fra begynnelsen av behandlingsoppholdet for å fremme omsorgskvaliteten. Hvis sykepleier-pasientrelasjonen er god, påvirker behandlingsmetoden ikke relasjonen negativt. For at pasienten kan bli trygg på behandlingsmetoden, er hun avhengig av en trygg relasjon. Dette var et overraskende funn da forskeren hadde forventet at strenge regler og struktur generelt ville kunne virke negativt på relasjonen. Funnene peker således i retning av at behandlingsmetoden er av sekundær betydning for omsorgskvaliteten. Behandlingsmiljøet kan bidra til å fremme omsorgskvaliteten, men medpasienter kan også ha negativ påvirkning på pasienten. Kunnskap om disse faktorene hos sykepleieren er viktig, slik at hun kan legge til rette for at pasientmiljøet kan medvirke til helsefremmende atferd.

7.2 Hvordan påvirkes sykepleier- pasient relasjonen av sykepleierens yrkesutøvelse?

I møte med pasienten kan måten sykepleieren utfører sitt yrke på ha betydning for kvaliteten på relasjonen som blir etablert. Kunnskap om relasjonens betydning for behandlingskvaliteten gjør at det er viktig å kartlegge faktorer som påvirker relasjonsutviklingen. Drøftingen av innholdet i kategoriene relatert til temaet: «Å forholde seg til sykepleierens individualitet» (Tabell 2) vil bidra til å gi svar på hvordan relasjonen blir påvirket av sykepleierens yrkesutøvelse. Betydningen av hvordan sykepleier anvender behandlingsmetoden, bruk av kombinert behandling av vekt og årsaker og individuell behandling blir også belyst.

7.2.1 Egenskaper og handlinger hos sykepleier som kan fremme en god relasjon

Trygg, tydelig kunnskapsrik og forståelsesfull sykepleier

Informantene beskriver erfaringer med sykepleiere som klargjør hvilke egenskaper og handlinger som er med og fremmer en god relasjon. Det er viktig at sykepleieren fremstår som trygg i sin yrkesutøvelse og at hun har kunnskap, er tydelig og viser forståelse. Disse egenskapene har bl.a. Ackerman et al. (2003) kartlagt som vesentlige for en god relasjonsutvikling. Snell et al. (2009) understreker at sykepleieren har en sentral rolle som omsorgsutøver 24 timer i døgnet for anoreksipasienter. Det er nødvendig at sykepleiere har god kunnskap om behandlingen og anoreksisjukdommens påvirkning av pasientens psykiske tilstand og atferd for å kunne etablere en god relasjon. George (1997) har også kommet frem til at trygghet, forståelse og kunnskap er viktige for en god relasjonsutvikling, men at også sykepleieholdninger kan påvirke relasjonen og behandlingsutfallet. En positiv holdning i møte med pasienten kan øke hennes selvfølelse, motivasjon og mestringfølelse (George, 1997). I møte med pasientens livssituasjon, eller "saken" som Gadamer (1999) ordlegger seg, er det viktig å ha en tilnæringsmåte som speiler en kunnskapsrik og forståelsesfull sykepleier, som bidrar med trygghet inn i pasientens livsverden. Sykepleierens innsikt i egen forforståelse og holdning gir også bevissthet om hvordan hennes fremtreden påvirker pasienten (Nilsson, 2007). Lindstrøm (2003) understreker viktigheten av forståelse og kunnskap i møte med pasienten for å få tak i den dypere meningen i innholdet i relasjonen. Forståelse og kunnskap styrker sykepleierens evne til å være helhetlig tilstede og samtidig ha en profesjonell holdning (Lindstrøm, 2003).

Tilgjengelighet og omsorg

En tilgjengelig og omsorgsfull sykepleier ble løftet frem som viktig for en god relasjonsutvikling. Tilgjengelighet og omsorg skaper trygghet og gir pasienten mulighet til å dele vanskelige følelser og få økt forståelse for sykdommens påvirkning av pasientens handlinger. Dette sammen med sykepleierens positive holdning vist gjennom omsorg. Både George (1997) og Colton et al. (2004) har kommet frem til at tilgjengelighet er viktig for en god relasjonsallianse. Helhetlig omsorg er sentral for å kunne utøve god sykepleie som fremmer helse. Både Lindstrøm (2003) og Nilsson (2007) fokuserer på viktigheten av å være tilgjengelig i pasientens livsverden i tråd med informantenes opplevde behov. Det er viktig å få trøst i lidelsen, samt at negativ atferd blir møtt uten avvisning. Objekt-relasjonsteorien beskriver at tilknytningsprosessen mellom mor og barn er avgjørende for at barnet kan

etablere en indre trygghet hos seg selv og relatert til andre (Winnicott, 1980). Kvaliteten på denne mor - barnrelasjonen de første leveår vil påvirke barnets evne og mulighet til å etablere en trygg relasjon til andre senere i livet. Forskning viser at anoreksipasienter ofte har vanskeligheter med å etablere en trygg relasjon til andre og at dette kan ha sammenheng med deres utvikling og livserfaring (Rie de la et al., 2008). Dette gjør at det å etablere en trygg relasjon kan bli ekstra utfordrende relatert til denne pasientgruppen. Det er derfor viktig at sykepleieren har kunnskap om relasjonsutvikling. Lindstrøm (2003) påpeker også dette, for å kunne vise forståelse og kunne reagere og bearbeide pasientens reaksjoner konstruktivt. Egeninnsikt om eget følelsesliv gjør at sykepleieren kan ta imot, romme og bearbeide pasientens følelser og reaksjoner, når disse blir overført fra pasienten. Dette vil kunne bidra til at pasienten klarer å håndtere de bearbeidede følelsene på en konstruktiv måte når de blir levert tilbake fra sykepleieren. Selvinnsikt hos sykepleieren vil kunne forebygge at hun reagerer med negativ ubevisst motoverføring, hvis pasienten aktiverer ubearbeidede følelser i sykepleierens eget følelsesliv (Lindstrøm, 2003).

Det at en pasient opplever å ikke bli tatt på alvor når hun klager over fysiske smerter, kan også belyses ut fra disse mekanismene. Swatton (2011) beskriver hvordan anoreksipasienter ofte beskriver fysiske symptom i kontakt med hjelpeapparatet, spiseforstyrrelsen oppleves vanskelig å snakke om da den ofte er skambelagt. Samtidig er anoreksipasienter ofte preget av å ha mye angst. Hun påpeker her viktigheten av at sykepleiere har kunnskap om overføring - motoverføringsmekanismer, slik at de klarer å romme pasientens angst på en konstruktiv måte. Manglende kunnskap og trygghet hos sykepleieren kan gjøre at hun blir grepet av pasientens angst, og sammen med pasienten blir opptatt av å utrede fysiske symptom, istedenfor å ta tak i pasientens psykiske lidelse. Det fysiske symptomfokuset kan øke pasientens angst (Swatton, 2011). Her er det viktig som Nilsson (2007) sier, at yrkesidentiteten bærer preg av en balanse mellom følelse og fornuft.

Sykepleierens anvendelse av behandlingsmetoden kan ha betydning for relasjonen og omsorgskvaliteten

En medvirkende faktor til å kunne bli trygg på behandlingsmetoden er at sykepleieren har kunnskap om metoden og er trygg i utførelsen. En konsekvent atferd med oppfølging av regler, samtidig som sykepleieren holder avtaler, skaper trygghet til behandling og sykepleier. Strukturen kan støtte informanter som har erfaring av en ustrukturert hverdag preget av sykdom. Snell et al. (2010) understreker betydningen av kunnskap om lidelse og behandling

for å kunne fremme en trygg relasjon. Samtidig kan det oppleves godt med fleksibilitet og individuell tilpasning av regler. Dette understreker betydningen av å kartlegge og møte den enkeltes behov helhetlig. Lindstrøm (2003) understreker viktigheten av å tilstrebe et likeverdig forhold mellom sykepleier og pasient. I relasjonen ligger en naturlig ubalanse, og i denne sammenhengen har sykepleieren mer makt blant annet mht. regler og struktur. Derfor blir det viktig å gi pasienten mulighet til å være med og til å ha innflytelse på avgjørelser som blir tatt og således øke pasientens autonomi (Lindstrøm, 2003).

Undersøkelsen viser at om fokus hovedsakelig er på struktur, regler og vekttoppgang påvirker det behandlingen og relasjonen negativt. Behandlingen kan da oppleves som straff og vektfokus kan gi økt sykdomsfølelse. Det er viktig at behandlingen ble gitt på en omsorgsfull måte. George (1997) og Colton et al. (2004) understreker strukturens og reglenes betydning. Utrygghet hos sykepleieren kan medføre manglende balanse mellom støtte og struktur, slik at behandlingsmetoden kan gi pasienten en opplevelse av straff og overkontrollering. Dette kan redusere pasientens tillit til sykepleieren og metoden, samt fremme negativ atferd og redusert motivasjon for bedring. Colton et al. (2004) og Ackerman et al. (2001) nevner viktigheten av å ikke utøve behandlingen slik at pasienten får en opplevelse av straff. Kunsten blir å bruke struktur og regler slik at de virker støttende og motiverer til fortsatt helsefremmende atferd. Dette fremmes med en likeverdig og samarbeidende holdning, noe som Lindstrøm (2003) også påpeker som en viktig sykepleieegenskap (Lindstrøm, 2003). Aanderaa (1994) sier at struktur kan fremme forutsigbarhet og forutsigbarhet fremmer trygghetsfølelse. Strukturen kan også gi pasienten en opplevelse av å bli sett og ivaretatt, noe som også fremmer trygghetsfølelsen (Aanderaa, 1994).

Individuell behandling og kombinert behandling av vekt og årsaker kan ha betydning for omsorgskvaliteten og relasjonen

Det er bra om sykepleieren kan gi individuell behandling og at hun kan gi støtte til følelser relatert til vektøkning og årsaker bak sykdommen. Forskning viser til viktigheten av helhetlig sykepleie og individuell behandling uten tvang (Escobar- Koch et al., 2010). George (1997) fremhever viktigheten av forståelse for pasientens opplevelser relatert til vektøkning (George, 1997). Et ensidig vektfokus øker risikoen for tilbakefall etter utskrivelse (Escobar- Koch et al, 2010). Lindstrøm (2003) sier at kjærlighet, omsorg og barmhjertighet skal gjennomsyre sykepleiegjerningen. Disse vil veilede sykepleieren til å utføre behandlingen slik at struktur

og regler blir gitt på en støttende måte som fremmer helse (Lindstrøm, 2003). En hermeneutisk tilnærming til pasientens livsverden gjør at sykepleieren kan møte pasienten individuelt og se hele mennesket som en helhet, ikke bare som sykdom. Det er subjektiviteten hos pasienten som er fokus i etableringen av en god relasjon og den videre hjelpen (Nilsson, 2007).

Med støtte i forskningen kan en si at sykepleierens egenskaper og handlinger i møte med pasienten, og i utførelsen av behandlingsmetoden, er av avgjørende betydning for en god relasjonsutvikling. Individuell behandling og helhetlig omsorg kan bli ivaretatt med bruk av en hermeneutisk tilnærming av sykepleiere med god faglig kunnskap og evne til etisk refleksjon.

7.2.2 Egenskaper og handlinger hos sykepleier som kan hemme en god relasjon

Beskrivelser av sykepleiere som ustrukturerte og med manglende forståelse, samt utrygge sykepleiere med manglende kunnskap ble brukt i undersøkelsen. Forskning viser til at slike faktorer hemmer en god relasjonsutvikling (George, (1997); Snell et al.,(2009)). George (1997) utdyper at forskning viser at manglende kunnskap om sykdommen og dens påvirkning på pasientens psyke kan resultere i atferd som er ødeleggende for en terapeutisk relasjonsutvikling. Hun viser til forskning som har vist at sykepleiere kan ha negative holdninger og forventninger til pasientgruppen, noe som gjør at de møter pasienten med mistillit (George, 1997). Denne undersøkelsen avdekket at informanter opplevde å bli mistrodd, kontrollert og bli møtt med nedverdiggende holdninger. Dette er ødeleggende for en god relasjonsutvikling. George (1997) sier at for å forebygge slike negative faktorer er det viktig med kvalitativ god utdanning av sykepleiere som jobber med pasientgruppen (George, 1997). Kunnskap og erfaring kan gjøre sykepleieren trygg i utøvelsen av yrke og hjelpe henne til å møte pasienten på en tillitsfull måte (Lazarus, 2006).

Negative erfaringer hos pasienter er også relatert til at sykepleier er utilgjengelig og at det er for lite personale. Utrygghet og redsel hos pasienten gjør det vanskelig å selv ta kontakt. George(1997) viser til viktigheten av nok personale som gir økt tilgjengelighet og som sikrer at sykepleieren kan gjøre et godt kvalitativt arbeid. Hun viser også til forskning som tilsier at å jobbe med anoreksipasienter krever ekstra ressurser for bl.a. å kunne sikre muligheten for å etablere en god relasjon (George, 1997). Både Lindstrøm (2003) og Nilsson (2007) fremhever tillitens betydning i møte med pasienten og beskriver faktorer som er viktige i omsorgsutøvelsen. Lindstrøm (2003) påpeker viktigheten av kunnskap og selvinnsikt som gir

tillit til ens egen yrkesutøvelse. Det gjør at sykepleieren kan unngå å møte pasienten med mistillit, usikkerhet og utrygghet. Samtidig bidrar dette til å gi sykepleieren trygghet til å være i pasientens væren i verden opplevelse på en tillitsskapende måte, slik at en god relasjon kan utvikles (Nilsson, 2007).

Barna som motivasjonsfaktor

Undersøkelsen understreker viktigheten av at sykepleieren er bevisst på hvordan ulike tema kan påvirke pasienten negativt og bli en ekstrabelastning. Barn og familie kan være følsomme temaer og Rørtveit (2010) viser i sin forskning til at det er knyttet mye skyld og skamfølelser relatert til barna hos mødre med spiseforstyrrelser. Dette kan tilsi at en bør være varsom med og ha kunnskap om hvilke tema som er riktige å ha med inn i en motivasjonssamtale med pasienten. Her vil det være en styrke som Nilsson (2007) beskriver det, å etablere et subjekt - subjekt forhold og å ha en respektfull holdning. Tilnæringsmåten vil gjøre sykepleieren var for følsomme områder i pasientens livsverden og vil hjelpe henne til å vise respekt og støtte på et likeverdige nivå (Nilsson, 2007).

Sammenfattende kan en således si at noen faktorer hos sykepleieren er av stor betydning for at en god relasjon kan etableres. Positive faktorer hos sykepleieren er at hun fremtrer som trygg, tydelig, forståelsesfull, streng og kunnskapsrik. God kunnskap om behandlingsmetoden og strukturert og konsekvent bruk av metoden er viktig for å fremme en trygg relasjon. Dette hjelper samtidig pasienten til å bli trygg på behandlingsmetoden. Det er også viktig at sykepleieren er tilgjengelig og har evne til å vise omsorg. Det å kunne vise nærhet til pasientens smerte og lidelse, samtidig som hun opprettholder en profesjonell empatisk holdning, er en del av sykepleierens oppgave (Lindstrøm, 2003).

Faktorer hos sykepleieren, som påvirker en relasjonsutvikling negativt, er manglende forståelse for pasientens opplevelser og at sykepleieren er uerfaren, ustrukturert og utrygg samt signaliserer manglende kunnskap. Fremtrer sykepleieren som utilgjengelig og mistroisk, samt drar inn pasientens barn som samtaletema for å motivere pasienten, er dette atferd som kan hindre en god relasjonsutvikling.

7.3 Hvilken betydning har pasientens følelser og opplevelser for relasjonen?

Relasjonen blir dannet mellom sykepleier og pasient. Også pasientens følelser og opplevelser er med og påvirker relasjonskvaliteten. Ved å drøfte innholdet i kategoriene relatert til temaet: «Å veksle mellom egne følelser i relasjonen» (Tabell 2) som er kommet frem i undersøkelsen,

vil det bidra til å vise hvilken betydning pasientens følelser og opplevelser har for relasjonen. I undersøkelsen ble pasientens følelser og opplevelser oftest beskrevet relatert til interaksjonen med sykepleierens handlinger og egenskaper i behandlingen som er beskrevet i forrige avsnitt. Det belyser hvordan de ulike delene i den hermeneutiske sirkelen (Gadamer, 2004) hele tiden er i et samspill og påvirkningsforhold til hverandre i en støtte helhet. Dette avsnittet vil kunne utdype pasientens følelser og opplevelser i situasjonen.

7.3.1 Følelser og opplevelser hos pasient som kan fremme en god relasjon

I møte med behandling er det viktig at pasientene blir ivaretatt og får hjelp slik at de opplever trygghet. Det er viktig å prioritere trygghet fra starten av i behandlingen. Det vil påvirke pasientens videre følelser og opplevelser i møte med sykepleier og behandling. Wright (2010) fant i sin undersøkelse ut at pasienter ønsket støtte og trygghet relatert til en god relasjon i behandlingssituasjonen. Støtte og nok tid med sykepleieren samt god oppfølging vil kunne bidra til gjøre pasienten trygg. Deltakere i Escobar - Koch et al.(2010) undersøkelse beskrev viktigheten av støtte gjennom hele behandlingsprosessen. Informantene i undersøkelsen beskrev at en trygg relasjon og omsorg vil hjelpe pasienten til å nå behandlingsmålet og til å holde ut i vanskelige situasjoner. Strengt regler og struktur i behandlingen vil kunne være med å fremme trygghet.

George (1997) og Colton et al. (2004) drar frem at undervisning om sykdommen til pasientene vil kunne gi økt innsikt og kunne øke helsefremmende atferd hos pasienten. Informantene i undersøkelsene hadde positive erfaringer av undervisning som en del av behandlingen, det gav dem innsikt og kunnskap til å jobbe med sykdommens utfordringer.

Det kom frem i undersøkelsen at det er viktig at behandlingen blir tilpasset den enkeltes behov. Det er også viktig å få hjelp til å jobbe med negative følelser og årsaker bak lidelsen samtidig som en jobbet med vektøkning. Forskning viser til liknende funn (Colton et al., (2004); Fairburn, 2008). Det ville ha gjort dem trygge til å kunne ta opp vanskelige tema i møte med sykepleieren. Escobar – Koch et al. (2010) og Colton et al. (2004) viser i sin forskning til viktigheten av individuell behandling. Escobar – Koch et al. (2010) hevder at brukermedvirkning kan bidra til at pasienten opplever å bli respektert og kan fremme den terapeutiske prosessen. Colton et al. (2004) fremhever i tillegg nødvendigheten av å jobbe med årsaker bak sykdommen parallelt med mat og vektfokus (Colton et al., (2004). Individuell behandling gir mulighet for å behandle årsaker parallelt. Men det er en balansegang, da vektøkning og reernæring er essensielt for at kognitive funksjoner skal kunne

fungere bedre (Fairburn, 2008). Med en hermeneutisk tilnærming til pasienten med helhetlig omsorg vil sykepleieren (Lindstrøm, 2003; Nilsson, 2007) kunne ivareta hele pasienten, ikke kun den fysiske delen. Pasienten vil kunne bli møtt der hun er i sin livsverden, og hennes opplevelse av redsel og utrygghet i møte med behandlingen kan bli møtt på en slik måte at hun opplever trygghet. Denne trygghetsfølelsen vil kunne være medvirkende til at pasienten opplever å bli godt ivaretatt, selv om bearbeiding av bakenforliggende årsaker ikke blir prioritert i startfasen.

7.3.2 Følelser og opplevelser hos pasient som kan hemme en god relasjon

Det kom frem i undersøkelsen at opplevelse av utrygghet og redsel i møte med behandlingsmetode, samt negative holdninger og handlinger hos sykepleieren, kan være ødeleggende for en god relasjonsutvikling.

Undersøkelsen viser at pasienter ofte kan oppleve vanskelige følelser når de har nådd normalvekt. Ensidige målsettinger relatert til mat og vekt kan gjøre at pasienten ikke får hjelp til å bearbeide disse følelsene. Redsel for vektøkning sammen med utrygghet kan også medføre at pasienten blir redd for å bli lurt til å spise mer enn avtalt. Det å ikke få hjelp til uutholdelige følelser relatert til traumeaktivering vil også oppleves vanskelig. Annen forskning viser til lignende funn (Ackerman et al., (2001); Colton et al., (2004); George, (1997); Rie de la et al., (2006). Negative holdninger og mistillit hos sykepleieren skaper en følelse av utrygghet og misstillit hos pasienten, samt en følelse av å være dum og mindreverdig.

I møte med pasientens følelser er det imidlertid viktig å reflektere over at den psykologiske profilen til en anoreksipasient ofte kan karakteriseres av «a phobia of weight gain and fear of loss of control; alexithymia and lack of interoceptive awareness; mistrust of self and others; cognitive dysfunction; low self-esteem; and often the presence of starvation-induced depression» (George, 1997 s. 899). Behandlingsmetoden vil naturlig aktivere disse sårbare områdene hos pasienten hvor struktur og regler kan oppleves av pasienten som kontrolltap, fordi hun blir nødt til å gi avkall på sykdomsbevarende mestringsmekanismer (Fairburn, 2008; Blaabjerg & Nyland, 2011). Negative følelser er således en naturlig del av sykdomskarakteristikken. Det er viktig å ha kunnskap om dette, men det bør ikke bli en årsaksforklaring på samtlige negative følelser pasienten opplever, slik at sykepleierens holdning og atferd går fri. Denne kunnskapen gir heller en økt mulighet til å møte pasienten respektfullt gjennom en trygg relasjon som bør prioriteres. Ved å se pasientens helhetlige

behov, og å møte disse med barmhjertighet og medlidenhet, vil sykepleieren kunne redusere pasientens negative følelser i møte med behandlingen (Nilsson, 2007). Sykepleierens kunnskap og hermeneutiske tilnærming vil kunne bidra til at hun kan se pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov i en helhetlig sammenheng. Det kan bidra til at sykepleieren og pasienten kan jobbe sammen i det som er pasientens virkelige livsverden (Nilsson, 2007). En hermeneutisk sykepleiefaglig tilnærming innebærer at sykepleieren sammen med pasienten jobber med struktur og regler, men sykepleieren får også en forståelse på et dypere plan i pasientens kulturelle og historiske sfære (Nilsson, 2007). Strukturerende omsorgshandlinger gitt med omsorg og forståelse vil kunne styrke pasientens indre kontroll (Aanderaa, 1994). Den støttende og forståelsesfulle holdningen vil kunne redusere pasientens angst og fortvilelse, samtidig som struktur og forutsigbarhet vil medvirke til redusert angst og følelse av forlatthet (Aanderaa, 1994).

Motivasjon

I undersøkelsen ble informantene ikke spurt om hvordan deres motivasjonelle innstilling var i omsorgssituasjonen. Dette kan sies å være et svakt punkt i forskningen, da det hadde vært nyttig å ha kunnskap om dette (Fairburn, 2008). Det kom allikevel frem i undersøkelsen at egen innstilling og vilje til innsats har betydning for behandlingsutfallet. Forskning viser at det er viktig at pasienten er motivert til endring for at hun kan ha nytte av behandlingen (Fairburn, 2008; Rie de la et al., 2008). Rie de la et al. (2008) viser til at pasienters innstilling både påvirker deres nytte av behandlingsmetoden, men også muligheten til å etablere en god relasjon til sykepleieren. Det blir således viktig i møte med pasienten i hennes livsverden å utforske hennes innstilling til behandling og om mulig medvirke til at pasienten får innsikt i sykdommens påvirkning av hennes livssituasjon. Dette kan være med på å fremme en positiv utvikling. Lindstrøm (2003) understreker betydningen av at sykepleieren setter i verk tiltak som hjelper pasienten til å organisere sitt selv slik at en bevegelse finner sted som fremmer helsen. Både Lindstrøm (2003) og Nilsson (2007) påpeker viktigheten av å møte pasienten der hun er og å tilpasse sykepleieintervensjonene ut fra oppnåelsen av en felles forståelse (Lindstrøm, 2003; Nilsson, 2007).

Ut fra dette kan en si at følelsen av å oppleve trygghet i situasjonen karakteriserer informantene som en av de viktigste faktorene for å kunne nyttiggjøre seg av behandlingen. Følelsen av trygghet bidrar til å fremme en trygg relasjon til sykepleieren. Det å oppleve å bli ivaretatt med god struktur og regler utøvd med omsorg, samt sykepleierens nærvær i

vanskelige situasjoner, fremmer trygghet. Individuell og parallell behandling av vekt og årsaker bak lidelsen er viktig for at pasienten skal oppleve behandling og relasjon positivt. Samtidig har pasientens innstilling til behandling betydning. En positiv og motivert innstilling hjelper pasienten til å nyttiggjøre seg av behandlingen og den øker hennes mulighet til å etablere en god behandlingsrelasjon. En negativ innstilling kan hindre at en god relasjon blir etablert og reduserer pasientens mulighet for å nyttiggjøre seg av behandlingen. Sykepleierens kunnskap om følelser og opplevelser hos pasienten, som har betydning for behandlingen, er viktig for at hun kan fremme en god omsorgskvalitet sammen med pasienten.

Med en hermeneutisk tilnærming har prosjektet vært med på å bidra til at deler av sannheten i informantenes erfaringer er blitt tydeligere. Hele sannheten er det ikke mulig å få tak i (Gadamer, 2004), og den hermeneutiske sirkelen vil kunne utvikles videre. Forskningen som har ledet til besvarelsen av ovenstående forskningsspørsmål, har vært med på å plassere informantenes erfaringer inni den hermeneutiske sirkel (Gadamer, 2004). Utforskningen av erfaringene har gitt økt innsikt i de ulike delene i sirkelen. Disse har bidratt til en dypere helhetlig forståelse for faktorer som kan være viktige for omsorgskvaliteten.

8 Konklusjon og implikasjoner for praksis

Dokumentert forskning er viktig for å fremme faglig kunnskap og sikre god kvalitet i behandlingen av mennesker som lider på ulike områder i sin livsverden. Kunnskapen bør bli brukt slik at pasienten får hjelp til å mestre sin *væren i verden* med en opplevelse av god livskvalitet.

En nøye vurdert innsamlingsprosess og analyse har gjort det mulig å beskrive og gi ny innsikt i temaene relasjon og behandling relatert til voksne anoreksipasienter som er innlagt på sykehus. Kartlegging av erfaringer fra kvinner som har vært innlagt viser at i møte med pasienter med anoreksi kan sykepleier - pasientrelasjonen ha avgjørende betydning for behandlingskvaliteten. En strukturert, regelstyrt behandling oppleves å ha god effekt, men er avhengig av at det er etablert en trygg relasjon. Behandlingsmetoden vil ikke ødelegge for en god relasjonsutvikling hvis relasjonen er etablert med basis i de nødvendige holdningene og egenskapene hos sykepleieren som er beskrevet. Det er viktig at sykepleieren har faglig kunnskap og profesjonelle ferdigheter relatert til faktorer som påvirker relasjonsutviklingen. Selvinnsikt og refleksjon er nødvendig i utførelsen av behandlingen til pasienter med anoreksi.

Kunnskapen og den økte forståelsen kan være med å bidra til at relasjonens betydning i behandlingen kan bli løftet frem, samt viktigheten av å prioritere utdanning av sykepleiere til pasienter med anoreksi. Utdanningen bør fremme kunnskap om relasjonens betydning, behandlingsmetoden og betydningen av en etisk reflektert holdning i utøvelsen av sykepleiefaget.

Det kan også tenkes at utviklingen av en strukturert hermeneutisk sykepleiefaglig intervensjon rettet mot pasienter med anoreksi vil kunne bidra til, at et godt redskap blir tilgjengelig i yrkesutøvelsen videre som vil bedre omsorgskvaliteten. Intervensjonen vil kunne legge til rette for å møte anoreksipasienten i hennes livsverden og etablere en trygg relasjon som danner grunnlaget for en god omsorgskvalitet. Kunnskapen kan være nyttig på sykehusavdelinger med anoreksipasienter, men kan også være med å fremme et godt behandlingstilbud i primærhelsetjenesten for denne pasientgruppen.

Forskning relatert til hvilken behandlingsmetode som er best egnet i behandlingen vil ut fra funn i prosjektet og tidligere forskning kunne tilsi at en bør ta hensyn til sykepleie - pasientrelasjonens overordnede betydning i behandlingen uavhengig av behandlingsmetode.

Referanser

- Aanderaa, I. (1994). *Pasienten og sykepleieren: - et gjensidig påvirkningsforhold*. Norge: Ad Notam Gyldendal.
- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy, Volume 2* 38/2001 Number 2, 171-185
- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review* 23, 1-33
- Barbosa da Silva, A. (red) (2011). *Etikk og menneskesyn i helsetjenesten og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Blaabjerg A. & Nyland, T. H. (2011). *Kognitiv terapi: Spiseforstyrrelser*. København: Hans Reitzels forlag.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and practice*, 16(3), 252 -260
- Bulik, C. M., Berkman, N. D., Brownley, K. A., Sedway, J. A. & Lohr, K. N. (2007). Anorexia nervosa Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Eating Disorders* 40: 4, 310 -320
- Colton, A. & Pistrang, N. (2004). Adolescents` Experiences of Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 307-316
- Eisner, E. W. (1986). *The art of educational evaluation*. London & Philadelphia: The Falmer Press.
- Eriksson, K. (2001). Vårdvetenskap som akademisk disiplin. *Vårdforskning* 7. Vasa: Institusjonen før vårdvetenskap, Åbo Akademi.
- Eriksson, K. & Lindstrøm, U. Å. (red.) (2000). *Gryning. En vårdvetenskaplig antologi*. Vasa: Åbo Akademi.
- Escobar- Koch, T., Banker, J. D., Crow, S., Cullis, J., Ringwood, S., Smith, G. et al.(2010). Service Users` Views of Eating Disorder Services: An International Comparison. *International Journal of Eating Disorders* 43:6, 549-559
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Forskningsetiske komiteer, 2006. <http://www.etikkom.no>
- Gadamer, H. -G. (1993). *Truth and method*. Second edition. London: Sheed & Ward.
- Gadamer, H. -G. (1997). *Sanning och Metod* (i urval). Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB.
- Gadamer, H. -G. (1999). *Truth and Method*. 2. reviderte utgave. New York: The Continuum Publishing Company.
- Gadamer, H. -G. (2004). *Truth and Method*, London: Continuum.

- George, L. (1997). The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 899-908
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112
- Gunderson, J. G. (1978). Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry*, Vol. 41, 327-335
- Haugsgjerd S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2010). *Perspektiver på psykisk lidelse: -å forstå, beskrive og behandle*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helsedirektoratet 2002, lokalisert 05.09.12 kl.14:05 på <http://helsenorge.no/Sider/default.aspx>
- Helsinki-deklarasjonen (1964): Etske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker. <http://www.etikkom.no>
- ICD-10 F 50.0 Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. revisjon -2012. Lokalisert 13.02.12. på www.helsebiblioteket.no
- Johannessen, A., Tufte, P. A., og Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (4. utgave)*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju (2. utgave)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress og følelser: En ny syntese*. København: Akademisk forlag.
- Lindstrøm, U. Å. (2003). *Psykiatrisk sykepleie: Teori, verdier og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lov om behandling og redelighet i forskning av 30.06.2006
- Miller, W. R. & Rollnick (2004). *Motivasjonssamtalen*. København: Hans Reitzels Forlag
- Nilsson, B. (2007). *Ensomhet: Psykisk og hermeneutisk omsorg « Når horisonter møtes »* Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Palmer, R. (1969). *Hermeneutics: Interpretation theory in Schleiermacher, Dilthey, Heidegger and Gadamer*. Evanston: Northwestern University Press.
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2001). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization*. Fifth Edition. Philadelphia: Lippincott.
- Ramvi, E. (2010). *Læring av erfaring? Et psykoanalytisk blikk på læreres læring*. +++Plass Hertervig Academic.
- Raeve de, L. (2002). Trust and trustworthiness in nurse-patient relationships. *Nursing Philosophy*, 3, pp. 152-162
- Rie de la, S., Noordenbos, G., Donker, M., Furth van, E. (2006). Evaluating the Treatment of Eating Disorders from the Patient's Perspective. *International Journal of Eating Disorders* 39:8 667-676

- Rie de la, S., Noordenbos, G., Donker, M., Furth van, E. (2008). The Quality of Treatment of Eating Disorders: A Comparison of the Therapists` and the Patients` Perspective. *International Journal of Eating Disorders* 41:4 307-317
- Rørtveit, K. (2010). *Guilt and shame as an enigma in mothers who suffer from eating difficulties: A hermeneutical study*. Stavanger: Faculty of Social Sciences
- Satir, D. A., Thompson-Brenner, H., Boisseau, C. L., Crisafulli, M. A. (2009). Countertransference Reactions to Adolescents with Eating Disorders: Relationships to Clinician and Patient Factors. *International Journal of Eating Disorders* 42:6 511-521
- Seale, C. (1999). *The Quality of Qualitative Research*. London: Sage
- Silverman, D. (2006). *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analazing Talk, Text and Interaction*. 3rd ed. London: Sage.
- Snell, L., Crowe, M. & Jordan, J. (2010). Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 351- 358
- Svenaesus, F. (2003). *Sykdommens mening: - og møtet med det syke mennesket*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Swatton, A. (2011). Transference and countertransference in anorexia nervosa care. *Gastrointestinal Nursing vol. 9 no. 3*, 38 - 43
- Thagaard, T. (2010). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (3.utgave). Bergen: Fagbokforlaget
- Waller, G., Evans, J. & Stringer, H. (2012). The therapeutic alliance in the early part of cognitive-behavioral therapy for the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 63- 69
- Winnicott, D. W. (1980). *Playing and reality*. Middlesex: Penguin Books Ltd.
- Wright, K. M. (2010). Therapeutic relationship: Developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit. *International Journal of Mental Health Nursing* 19, 154- 161
- Wright, K. M. & Hacking, S. (2012). An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 19, 107-115



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Sykepleierelasjon og behandling til pasienter med anoreksi

Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel om å delta i en forskningsstudie for å frembringe ny kunnskap om betydningen av sykepleier - pasientrelasjonen og behandlingsmetoden hos pasienter som har vært innlagt på institusjon for behandling av anoreksi. Målet med studien er at kunnskap om pasienters erfaringer kan være med og belyse, samt kvalitetssikre og utvikle behandlingen. Du er valgt ut fordi du har erfaring med å ha vært innlagt for behandling av anoreksi.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer intervju med ca. 8 informanter om erfaringer ved innleggelse i sykehus for behandling av anoreksi. Intervjuet vil vare mellom 1 og 2 timer hvor jeg vil stille spørsmål omkring aktuelle tema. Intervjuet vil ha en samtaleform. Tid og sted avtaler vi sammen og intervjuene vil bli gjort i januar, februar og begynnelsen av mars 2013. Jeg vil benytte lydbånd under intervjuet.

Mulige fordeler og ulemper

Det kan oppleves som en fordel å være med i slike studier fordi erfaringsfokuset tas på alvor. Det kan samtidig oppleves ubehagelig fordi en kan komme inn på vanskelige erfaringer som kan trigge sårbare sider hos informantene. Dersom du takker ja til å delta i studien kan du til enhver tid trekke deg fra å fortsette om det oppleves for belastende. Det er viktig at du har kontakt med hovedbehandler hvis du føler behov for det.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Ditt navn blir anonymisert under transkribering av intervjuene.

Det er kun den som gjennomfører intervjuene (A.M. Sikveland) som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Forskningsdata skal lagres på Helse Stavanger HF sin forskningsserver. Personidentifiserbare forskningsdata og koblingsnøkkel skal slettes så snart det ikke lenger er behov for ytterligere oppbevaring og senest fem år etter prosjektslutt. Prosjektslutt er satt til 31.10.2013.

Ved publisering av studien vil resultatene være anonymisert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Anna Maria Sikveland, tlf. 95019815 eller Kristine Rørtveit (prosjektleder) tlf. 90521114

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.

Ytterligere informasjon om biobank, personvern og forsikring finnes i kapittel B – Personvern, biobank, økonomi og forsikring.

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

* I forbindelse med arbeid med en masteroppgave i helsevitenskap med psykisk helse som ferdypning, skal jeg intervju kvinner som har hatt eller har anoreksi, om deres erfaringer ved innleggelse på sykehus for behandling av sykdommen. Alder fra 22 år og oppover.

* Ditt individuelle behandlingsforløp vil ikke bli påvirket om du takker ja til å delta, om du takker nei, eller om du skulle trekke deg underveis.

* Tid: Planlagt tid for innsamling av data er vår 2013 med oppstart i januar.

* Problemstilling: Hvordan opplever kvinner som har vært i behandling for anoreksi, at sykepleier- pasient relasjonen og behandlingsmetoden påvirker omsorgskvaliteten?

* Masterstudent: Sykepleier Anna Maria Sikveland Håbakken117, 4355 Kvernaland. Tlf. 95019815

* Prosjektansvarlig: Førsteamanuensis psykiatrisk sykepleier, Kristine Rørtveit. Universitetet i Stavanger.

* Studiested: Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag.

Kapittel B - Personvern, biobank, økonomi og forsikring

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er den informasjon som kommer frem i intervjuet samt personopplysninger som navn og telefonnummer. Intervjuopplysninger vil bli aidentifisert og materiale blir oppbevart og destruert etter gjeldende forskrifter som nevnt over.

Stavanger universitetssykehus ved administrerende direktør er databehandlingsansvarlig.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Prosjektet er selvstendig og blir ikke støttet økonomisk.

Informasjon om utfallet av studiet.

Du har rett til å få informasjon om resultatet av studiet om du ønsker dette.



Samtykke til deltakelse i studien

Sykepleierelasjon og behandling til pasienter med anoreksi

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Stedfortredende samtykke når berettiget, enten i tillegg til personen selv eller istedenfor

(Signert av nærstående, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Signatur prosjektleder

Intervjuguide

Før intervjuet

*Informasjon om intervjuforløpet.

Informant har forstått informasjon om:

*samtykke, anonymitet, konfidensialitet samt frivillighet uten konsekvenser.

*Behandling av datamaterialet.

*Tilgang til resultat av prosjektet.

*Tilgang til lege/behandler.

*Avtaler ny samtale om et par dager.

Presentasjon av prosjektet:

Styrende for min oppgave er problemstillingen:

Hvordan opplever kvinner som har vært i behandling for anoreksi, at sykepleier-pasient relasjonen og behandlingsmetoden påvirker omsorgskvaliteten?

Fokus vil være å få frem tidligere pasienters(informanters) erfaringer av behandlingsprosessen og hvordan sykepleier- pasient relasjonen oppleves i denne sammenhengen. Det vil være nyttig å få tak i informantens synspunkter på hvordan en god relasjon kan utvikles, samtidig som behandlingen følges.

Mitt ønske er at kunnskap om tidligere pasienters positive og negative erfaringer på dette området kan være med å utvikle en målrettet behandling av anoreksi med god kvalitet. Dette ved å bruke pasienters kunnskap/erfaring om hva som er viktig for behandlingskvaliteten.

Innledende spørsmål

Alder, Yrke/skole, Sykdomsvarighet, Tidligere innleggelser.

Presentasjon av tema

Hvilke tanker får du når du hører temaet:

* Sykepleierkontakt/støtte ved innleggelse på sykehus for behandling av anoreksi?

*Behandling knyttet til anoreksi?

Overføringsspørsmål

Hvordan opplevde du at relasjonen/kontakten med personale/sykepleier var når du var innlagt?

*Primærkontakt og relasjon

*Opplevelse av støtte i vanskelige situasjoner

*Endret kontakten seg over tid? Hvordan?

Hvordan opplevde du at reglene knyttet til behandlingsprosessen påvirket kontakten med personalet? For eksempel at du måtte spise en bestemt mengde mat, eller at du ikke fikk gå ut.

*Viktighet av kontaktstøtte ved ulike faser av behandlingen, begynnelsen? slutten?

*Informantens mål vs. avdelingens mål for innleggelsesperioden.?

De første dagene i avdelingen, hvordan opplevde du at henholdsvis relasjon til sykepleier/personale ble prioritert i forhold til hvordan regler for behandling ble fulgt opp?

*Kunne dette vært gjort annerledes?

*Andre erfaringer, andre innleggelser

Opplever du at en bestemt type behandling er avgjørende for at du skal bli bedre ved innleggelse?

Mener du at relasjonen med personale/sykepleier er viktig for at du skal kunne ha nytte av behandlingstilbudet.

Hvilke av disse områdene betyr mest: metode eller menneskelig støtte/terapeutisk relasjon?

Opplever du at disse områdene blir riktig prioritert?

Hvordan mener du at de skal prioriteres for at du skal kunne nyttiggjøre deg av behandlingen.?

Har du ut fra dine erfaringer noen synspunkter på, om du kunne blitt behandlet annerledes og at dette hadde hjulpet deg bedre på veien mot behandlingsmålet?

Spørsmål om informanten har barn:

Opplevde du at det å ha barn påvirket utviklingen av en god relasjon til hjelperen?

Opplevde du at det å ha barn påvirket deg mht. å nyttiggjøre deg av behandlingen?

Nøytralisering av Tema

Nevne at nå er intervjuet snart slutt

Har du en god erfaring med en behandlingsrelasjon som du vil dele? Hva gjorde denne erfaringen god?

Har du en god erfaring med en behandlingsmetode? hva gjorde denne erfaringen god?

Hva ønsker/drømmer du om å gjøre om 2- 3 år?

Evaluering

Opplevde du noe som ekstra vanskelig å prate om i intervjuet?

Opplever du at du kan ha blitt misforstått?

Ønsker du at utdype noe eller forklare det på nytt?

Tror du at jeg har forstått deg rett?

Vil du fortelle noe mere som vi ikke har tatt opp og som du mener er viktig?

Presisere tiden for ny avtale og at hun da kan ta opp ting hun kommer på, eller tenker på etter intervjuet?

Hjelpeformuleringer til utdypende spørsmål

Kan du fortelle litt mer om det?

Mener du at?

Du nevnte det?

Vise sympati, støtte, svare bekreftende.

Være obs på ikke å avbryte.

Sentrale forskningsetiske retningslinjer:

Lov om behandling og redelighet i forskning av 30.06.2006

Lov om medisinsk og helsefaglig forskning av 20.06.2008

Forskrift om behandling av etikk og redelighet i forskning, 08.06.2007 (3 s).
<http://www.etikkom.no>

Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi.
Forskningsetiske komiteer, 2006. (39 s). <http://www.etikkom.no>

Helsinki- deklarasjonen (1964): Etiske prinsipper for medisinsk forskning som
omfatter mennesker. <http://www.etikkom.no>

Tabell 1

Vedlegg 5

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Kategori	Tema	Hovedtema
andre kunne gjerne være mere usikre og bli litt sånn utrygge når jeg begynte å diskutere og sånne ting, og da mistet jeg litt sånn troen på og tilliten til de då!	Andre usikre, utrygge når jeg begynte å diskutere og da mistet jeg troen på og tilliten til dem.	Andre var usikre og utrygge i en diskusjon. Mistet da tro og tillit til dem.	Egenskaper og handlinger hos sykepleier som kan hemme en god relasjon.	Å forholde seg til sykepleierens individualitet	Å veksle mellom ulike omsorgsrelasjoner når en er innlagt for anorexi i psykiatrisk avdeling

Eksempel på analyseprosessen fra meningsenhet til hovedtema

[Skriv inn tekst]



Region: REK vest	Saksbehandler: Anne Berit Kolmannskog	Telefon: 55978496	Vår dato: 18.12.2012	Vår referanse: 2012/1862/REK vest
			Deres dato: 06.11.2012	Deres referanse:
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser				

Kristine Rørtveit
Stavanger universitetssykehus

2012/1862 Sykepleierelasjon og behandling til pasienter med anoreksi – en kvalitativ studie

Forskningsansvarlig: Helse Stavanger HF
Prosjektleder: Kristine Rørtveit

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 29.11.2012. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Prosjektomtale

Formålet med dette prosjektet er å se nærmere på hvordan relasjonen mellom pasient og sykepleier påvirker pasientens opplevelse av behandlingskvaliteten. Gjennom kvalitative intervju ønskes problemstillingen belyst blant pasienter med anoreksi.

Vurdering

Komiteen vurderer prosjektet som gjennomførbart og har ingen innvendinger til prosjektbeskrivelsen.

Begge kjønn

Det er lagt opp til kun å intervju kvinner i prosjektet men problemstillingen vil også være aktuell for menn. Komiteen aksepterer at det i denne studien ikke inkluderes menn men vil minne om viktigheten av å fremskaffe kjønnsbalanserte forskningsresultat og anbefaler at en i fremtidig studier belyser kjønnsforskjeller.

Informasjonsskrivet

Informasjonsskrivet må forbedres. Her anbefaler vi å følge REK sin mal for informasjonsskriv som er å finne på vår hjemmeside. Tittelen på prosjektet må fremkomme og formålet med prosjektet må formuleres i en nøytral språkdrakt. En revidert utgave av informasjonsskrivet må sendes til REK.

Informasjonssikkerhet

Forskningsdata skal lagres på Helse Stavanger HF sin forskningsserver. Personidentifiserbare forskningsdata og koblingsnøkkel skal slettes så snart det ikke lenger er behov for ytterligere oppbevaring og senest fem år etter prosjektslutt. Prosjektslutt er satt til 31.10.2013.

Vilkår

Et revidert informasjonsskriv må sendes REK Vest.

Vedtak

REK Vest godkjenner prosjektet på betingelse av at ovennevnte vilkår tas til følge.

Besøksadresse:
Haukeland
Universitetssykehus,
Sentralblokken, 2. etg, Rom
4617

Telefon: 55975000
E-post: rek-vest@uib.no
Web: <http://helseforskning.etikk.com.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK vest og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK vest, not to individual staff

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest 30.04.2014, jf. hfl.

12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK vest dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Med vennlig hilsen

Jon Lekven
komitéleder

Anne Berit Kolmannskog
sekretariatsleder

Kopi til: forskning@sus.no

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Emne: Komiteen tar revidert skriv til orientering
Fra: post@helseforskning.etikkom.no
Dato: 05.01.2013 10:38
Til: kristine.rortveit@sus.no
Kopi: forskning@sus.no

Vår ref. nr.: 2012/1862

Prosjekttittel: "Sykepleierelasjon og behandling til pasienter med anoreksi – en kvalitativ studie"

Prosjektleder: Kristine Rørtveit

Kjære Kristine Rørtveit.

Vi viser til revidert informasjonsskriv innsendt 03.01.2013. Komiteen tar dette til orientering.

Med vennlig hilsen

Øyvind Straume

seniorkonsulent

post@helseforskning.etikkom.no

T: 55978497

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK vest-Norge (REK vest)**

<http://helseforskning.etikkom.no>





Region: REK vest	Saksbehandler: Øyvind Straume	Telefon: 55978497	Vår dato: 27.02.2013	Vår referanse: 2012/1862/REK vest
			Deres dato: 15.02.2013	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Kristine Rørtveit
Stavanger DPS

2012/1862 Sykepleierelasjon og behandling til pasienter med anoreksi – en kvalitativ studie

Forskningsansvarlig: Helse Stavanger HF
Prosjektleder: Kristine Rørtveit

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 15.02.2013 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK Vest på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Vurdering

Omsøkt endring

Prosjektendringen innebærer å inkludere flere poliklinikker og Senter for Spiseforstyrrelser i Stavanger. Videre søkes det om å inkludere informanter som er interessert i delta etter å ha hørt om prosjektet av andre deltakere, den såkalte "snøballeffekten".

Vurdering

REK Vest har ingen innvendinger til forelagt søknad.

Vedtak

REK Vest godkjenner prosjektendringen i samsvar med forelagt søknad.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Jon Lekven
komitéleder

Øyvind Straume
seniorkonsulent

Kopi til: *forskning@sus.no*

Godkjenning fra SUS

Jeg har mottatt dokumenter i kvalitativ studie og viser til svar fra REK Vest ref 2012 /1862 datert 18. 12.2012 samt e-post om samme fra 05.01.2013.

Personvernombudet har ingen innvendinger til at studien gjennomføres.

Saken er lagret i ephorte sak 18/2013.

Lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Irene Mathisen
Spesialkonsulent

Prosjektkoordinator «Raskere tilbake»

Personvernombud
51 51 36 75 / 46937039
Helse Stavanger HF
www.sus.no

Lagringsplass fra SUS

Fra: Rørtveit, Kristine
Sendt: 5. februar 2013 10:41
Til: Kundesenteret, Helse Vest IKT
Emne: is: SV: Sak 593854 Opprettelse av lagringsområde ifm forskningsprosjekt godkjent

Hei,
Prosjektmedarbeider og masterstudent Anna Maria Sikveland må ha tilgang til lagringsområdet da det er hun som gjennomfører prosjektet.
Hennes mailadresse er: annamaria6905@hotmail.com
Mvh
Kristine Rørtveit

Fra: Kundesenteret, Helse Vest IKT
Sendt: 5. februar 2013 09:42
Til: Rørtveit, Kristine
Kopi: Postboks, HST, Forskningsavdelingen
Emne: Sak 593854 Opprettelse av lagringsområde ifm forskningsprosjekt godkjent

Prosjektleder

Du får denne e-post tilsendt da du har søkt om oppretting av sentralt lagringsområde for database og er oppført som prosjektleder for forskningsprosjektet/kvalitetsregisteret med tittel:

Sykepleierrelasjon og behandling til pasienter med anorexi ID1s1A13

Sentralt lagringsområde

Det er nå opprettet et eget område/mappe for lagring av data i prosjektet som ikke er personidentifiserbare, under

\\ihelse.net\Forskning\ IDMA13

Den personidentifiserbare informasjonen skal altså skilles fra de øvrige data og erstattes med en koblingsnøkkel (for eksempel et pasientnummer). Den personidentifiserbare informasjonen samt koblingsnøkkelen lagres separat på eget område, som forklart i neste avsnitt.

Lagring av personopplysninger og andre sensitive data i prosjektet skal, med mindre noe annet er godkjent, heller ikke lagres utenfor dette området da dette kan komme i konflikt med gjeldende regelverk. (Dette inkluderer lagring på bærbar pc, fellesområde til avdeling og bruk av diverse hjemmeområder.) Det skal heller ikke lagres informasjon vedrørende andre prosjekter på dette området. Hvert prosjekt skal ha sitt eget nummer og ingen prosjekter skal blandes. NB!

Området/mappen er kun tilgjengelig for medlemmer av prosjektets tilgangsgruppe som definert i adresseboken i Outlook (se punkt "Felles tilgangsgruppe").

Koblingsnøkkel

Det er opprettet et separat område for oppbevaring av koblingsnøkkel under

\\ihelse.net\ foretak\ hst\HST-forskning\ Forskning Nøkler\ IDMA13 Nøkkel

Koblingsnøkkel skal ikke lagres noe annet sted. Prosjektleder kan ikke endre tilgangsrettigheter til Denne mappen direkte selv. For å legge til flere må prosjektleder ta kontakt med Helse Vest IKT AS skriftlig (kundesenteret@helse-vest-ikt.no e-post regnes her også som skriftlig).

Felles tilgangsgruppe

Det er nå også opprettet en egen tilgangsgruppe i Outlook for forskningsprosjektet, med navn:

Forskning, HST, Stavanger DPS, IDMA13

Du er i rolle som prosjektleder for prosjektet satt som eier/administrator av denne gruppen.

Dermed kan du legge til og fjerne medlemmer (prosjektmedarbeidere) i tilgangsgruppen, som

også er en e-postgruppe. Veiledning dl vedlikehold/administrering av disse kan en få ved å ta kontakt med Helse Vest IKT eller se [hnp://ks/sporsmal-og-svar/35-e-post/51-hvordan-redigere-en-epostliste-man-er-eier-av](http://ks/sporsmal-og-svar/35-e-post/51-hvordan-redigere-en-epostliste-man-er-eier-av)

Medlemslisten til denne gruppen kan heretter ikke endres fra Helse Vest IKT AS sin side uten skriftlig beskjed fra eier/administrator. E-postmelding fra eier/administrator regnes i dette tilfellet også som skriftlig melding.

Prosjektslutt

Ved arets slutt får Helse Vest IKT sluttmelding fra Forskningsavdelingen/Personvernombudet ved SLS for alle utgåtte forskningsprosjekter. Disse blir gjennomgått med resultat av fjerning av felles tilgangsgruppe og stenging av tilgang til koblingsnøkkel for disse prosjektene.

1-lar du noen spørsmål rundt dette, ta kontakt med Margot Viste (tlf 3770) i Forskningsavdelingen (forskning@sus.no) eller Personvernombud Irene Mathisen (tlf 3675)

(personvernombudet@sus.no)