

BSYBAC_6

Bacheloroppgave i Sykepleie

Sykepleie til pasienter med Anorexia Nervosa



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

Sandnes, 02.01.23

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

«Mette Dybwad Torstensen mener hun fikk anoreksi etter å ha blitt veid på skolen. Nå overrasker ny studie om unge og vekt» (Stavanger Aftenblad, 2021).

«Sykehuset mener tilbudet må bli bedre» (Stavanger Aftenblad, 2022).

«Finn Skårderud om spiseforstyrrelser: – Må ikke være tynn: Antall unge jenter med spiseforstyrrelser økte dramatisk under pandemien. Ifølge psykiater Finn Skårderud er det mange myter og misforståelser rundt sykdommen». (Stavanger Aftenblad, 2022).

«SYK KONTROLL» (VG, 2022)

«Tilbud mot spiseforstyrrelser står i fare: – Det er hjerteskjærende» (VG, 2022)

“Barn med spiseforstyrrelser sendes hjem: - Foreldre får et umenneskelig ansvar”
(Stavanger Aftenblad, 2022)

“Forskere: Usikkert hva som hjelper for barn og unge med spiseforstyrrelser” (Stavanger Aftenblad, 2022)

“En kommentar ble starten på marerittet for Kristin” (Fædrelandsvennen, 2019)

“En av ti elever på videregående har spiseforstyrrelser” (Dagsavisen, 2022)

“Kutt i psykiatrien: Beklager, du er ikke syk nok” (Dagsavisen, 2022)

“Verdens største tiktoker forteller om spiseforstyrrelsene” (VG, 2022)

“En varslet krise i norsk psykisk helsevern” (Stavanger Aftenblad, 2021)

(Oversikt over nyhetsoverskrifter i perioden 2019-2022)

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Forskningsartikler og medieoppslag viser til at man kan være mer utsatt for å utvikle spiseforstyrrelser i dagens digitaliserte verden. Anorexia Nervosa er en kompleks spiseforstyrrelse som medfører høy dødelighet og fysiske/psykiske plager. Anorexia Nervosa er ifølge litteraturen vanskelig å komme seg ut av i et senere forløp, og vi ønsker derfor å se nærmere på hva en sykepleier kan bidra med i behandlingsfasen.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan sykepleier best kan ivareta pasienter med Anorexia Nervosa i behandlingsfasen.

Metode: Oppgaven baseres på fem kvalitative forskningsartikler, der det er brukt integrativ litteraturoversikt som metode. Vi har i tillegg anvendt relevant teori, forskningsartikler og egne refleksjoner i drøftingen.

Resultat: Forskningsartiklene tyder på at behandlingsfasen for personer med Anorexia Nervosa er kompleks og ressurskrevende, både for helsevesenet og pasientene selv. Noe som gjentas i teori og forskningsartikler er viktigheten av å fange opp tidlige tegn og dermed øke sjansen for bedring. Gode relasjoner kan spille en vesentlig rolle i forhold til triggere/utløsere, behandlingsfasen og perioden etter behandling.

Konklusjon: Behandling av Anorexia Nervosa er en omfattende prosess der hver pasient og helsepersonell har et unikt samspill. Det er viktig at helsepersonell skaper gode relasjoner med pasienter med Anorexia Nervosa. Samt at helsepersonell evner å ta opp temaer ved tidlige tegn på sykdommen. Å bruke seg selv som et verktøy i møte med pasienten vil kunne ha en positiv effekt der tillit bygges. Hva som defineres som “recovery” vil variere, men med god kommunikasjon og gjensidig forståelse vil man enklere kunne sette et felles mål for både pasient og helsepersonell.

Nøkkelord: Spiseforstyrrelse, Anorexia Nervosa, Behandling

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	
1. INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valgt tema.....	2
1.2 Presentasjon av problemstilling	3
1.3 Hensikt	3
1.4 Avgrensning	3
2.0 TEORI	3
2.1 Diagnostiske krav	3
2.2 Veier inn i Anorexia Nervosa.....	3
2.3 Motivasjonens styrke.....	4
2.4 Sykepleierens rolle i møte med pasient	5
2.5 Joyce Travelbee.....	5
2.6 Mentalisering.....	5
3.0 METODE	6
3.1 Valg av metode	6
3.2 Litteratursøk	6
3.3 Analyse.....	8
3.4 Søkeord, databaser og antall treff.....	9
4.0 RESULTAT	10
4.1 Veier til Anorexia Nervosa	10
4.1.1 Utløserer	11
4.1.2 Forsterkere	11

4.2 Pasientens møte med døgnbehandling	12
4.2.1 Den terapeutiske allianse	12
4.2.2 Å gi fra seg kontroll	12
4.3 Pasientens erfaringer i møte med helsepersonell	13
4.3.1 Aksept, vitalitet, utfordring og ekspertise	13
4.4 Komplikasjoner ved langvarig, alvorlig Anorexia Nervosa	14
4.4.1 Døden	14
4.4.2 Grensesetting	14
4.4.3 De sosiale og fysiske konsekvenser	15
4.5 Gjenoppretting av identitet via recovery	15
5.0 DISKUSJON	17
5.1 Metodediskusjon	17
5.2 Kildekritikk	18
5.3 Resultatdiskusjon	18
5.3.1 Recovery i behandlingsfasen	18
5.3.2 Frykt for tidlig kontakt med helsevesenet	19
5.3.3 Pasientenes behov for den terapeutiske alliansen	20
5.3.4 Misoppfatning og dårlige relasjoner i møte med helsevesenet	21
5.3.5 Pasientenes behov for kontroll	21
5.3.6 Familier rammes	22
6.0 KONKLUSJON	23
6.1 Implikasjoner for praksis	24
REFERANSELISTE	25
VEDLEGG 1: LITTERATURMATRISE	28

1. INNLEDNING

Anorexia Nervosa utvikles som oftest i ungdomsårene og kan utløses av en stressfaktor. AN er en lidelse som kan gi et kronisk sykdomsforløp i flere år etter at personen er friskmeldt og ved alvorlige tilfeller kreves det innleggelse på sykehus. Det anses som en sykdom der tidlig død kan inntreffe grunnet komplikasjoner som sult eller selvmord (World Health Organization (WHO), 2022).

Ifølge Norsk Helseinformatikk viser forskning at ca. 75 prosent av ungdommer som har AN blir friske, men det kan opptil flere år. Forløpet har innvirkning på tilfriskningen. Det vil si at desto tidligere AN fanges opp jo forttere kan man bli frisk. Norsk Helseinformatikk viser til faktorer for godt utfall, som kort sykdomsforløp, tidlig behandling, gode familiære relasjoner og pasienter uten alvorlig undervekt (Norsk Helseinformatikk, 2020).

Psykiske lidelser som innebærer symptomer knyttet til mat, vekt og kropp defineres som en "spiseforstyrrelse". For å kunne stille denne diagnosen må det oppfylles flere diagnostiske kriterier og det brukes blant annet klassifiseringssystemet ICD-11 (internasjonal og statistisk klassifisering av sykdommer) (WHO, 2022). For at en sikker diagnose skal kunne stilles må kroppsvekten være under 15% av forventet vekt, samtidig som vekttapet er selvfremkalt ved å enten unngå "fetende" mat, ta avføringsmidler eller diuretika, overdreven trening, fremkalle brekninger eller benytte appetittdepemde midler. Det stilles også krav om en forstyrret kroppoppfatning der vekttap blir en overdreven idé, og pasienten pålegger seg en lav kroppsvekt. Somatiske symptomer kan innebære tap eller forstyrrelser av menstruasjon, eller forsinket menstruasjon om sykdommen oppstår prepubertalt. Forandringer i metabolismen, økt mengde veksthormon og kortisol kan også oppstå (Helsedirektoratet, 2017).

Familier rammes, fremtidsplaner forandres, helsen ødelegges og mange dropper ut av behandling (Skårderud, Sommerfeldt & Robinson, 2020, s. 52-54). Helsearbeidere i primærhelsetjenesten kan oppdage tidlige symptomer og bidra til å forebygge utvikling av spiseforstyrrelser. Økt kunnskap om temaet vil kunne bidra til at flere pasienter kan få en tidlig intervensjon. Ved oppfølging i primærhelsetjenesten vil fokuset være på reduksjon av

symptomer, der vektøkning vil være relevant for pasienter med AN. Det anbefales også at aktivitetsnivået monitoreres og spiseliste føres. Andre tilleggslidelser som angst og depresjon bør også behandles (Helsedirektoratet, 2017).

Folkehelseinstituttet (2016) tar for seg disponerende forhold, utløsende faktorer og vedlikehold av sykdommen. Genetikk kan være en disponerende faktor for AN, men det er et samspill mellom arv og miljø. Personlighet kan være avgjørende og selvbilde kan ha en innflytelse på utviklingen av en spiseforstyrrelse. Familiære forhold, traumer som kan stamme fra overgrep, seksuelt misbruk eller kulturelle forhold kan ha en innvirkning. De utløsende forhold som Folkehelseinstituttet (2016) viser til er tap eller konflikter, mobbing av utseende eller overvekt, tidlig pubertet, presentasjonspress, mye flytting i barndommen eller slanking generelt (Folkehelseinstituttet, 2016)

Folkehelseinstituttet (2016) tar også for seg forhold som vedlikeholder en spiseforstyrrelse. Disse forholdene kan være konflikter i familierelasjoner, psykiske symptomer som kan skyldes feilernæring og lav kroppsvekt. Symptomene oppleves som en styrke for pasienter med spiseforstyrrelser. Dette er på grunn av økt kontrollnivå, mindre indre uro og unnvikelse av negative faktorer. Det er viktig å fange opp sykdommen tidlig for å kunne hjelpe pasienten til å legge grunnlaget for et godt forløp. Mange venter i flere år med å søke hjelp på grunn av et ambivalent forhold til hjelpeapparatet. Økt kompetanse vil sannsynlig øke tryggheten og senke terskelen for å søke hjelp i et tidligere forløp (Folkehelseinstituttet, 2016).

1.1 Bakgrunn for valgt tema

Anorexia Nervosa har en høy dødelighet og medfølger fysiske og psykiske plager som gjør sykdommen svært kompleks. Ifølge Norsk Helseinformatikk (2020) bør personer med AN behandles i tidlig forløp for å bli frisk. Vi har valgt følgende tema, da nyhetsbildet har vist en økning av spiseforstyrrelser blant unge mennesker etter covid-19 pandemien. Ved en økning i samfunnet, øker også behovet for kompetanse blant sykepleiere og annet helsepersonell. Bakgrunnen for denne oppgaven er å få bredere kunnskap ved å se nærmere på forskning innen sykepleie for personer med Anorexia Nervosa i behandlingsfasen.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan sykepleier best kan ivareta pasienter med Anorexia Nervosa i behandlingsfasen?

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan sykepleier best kan ivareta pasienter med Anorexia Nervosa i behandlingsfasen.

1.4 Avgrensning

Vi har valgt å begrense oppgaven til jenter og kvinner i alderen ca. 15-50 år som får behandling ved en psykiatrisk institusjon.

2.0 TEORI

2.1 Diagnostiske krav

Ifølge WHO (2022) nevnes det at det diagnostiske krav for Anorexia Nervosa baseres på en lav kroppsvekt i forhold til høyde, alder og utviklingsstadium hos individet (WHO, 2022). Overdrevne strategier i matsituasjoner som sult, misbruk av avføringsmidler, legemidler, oppkast og overtrening er noe av den unormale atferden hos anorektikeren. Den overdrevne besettelsen av kropp og vekt, sees ved hyppige vektmålinger, speilrefleksjon eller bruk av målebånd. For voksne som får diagnosen ligger BMI mellom 14 kg/m² og 18,5 kg/m² (WHO, 2022).

2.2 Veier inn i Anorexia Nervosa

Spiseforstyrrelsen gjenspeiler hvordan det kroppslige, følelsesmessige og sosiale henger sammen. Ifølge Skårderud et al. (2020) uttrykkes følelser gjennom kroppslige uttrykk. Denne alvorlige lidelsen kan være knyttet til flere lidelser som personlighetsforstyrrelse, tvangslidelser, autismespekteret eller traumer etter overgrep (Skårderud et al., 2020, s. 44). Det fins ulike risiko- og sårbarhetsfaktorer som kan være bakgrunn for å utvikle en spiseforstyrrelse, og ofte er det en kombinasjon av flere. Blant disse finner man psykologisk

sårbarhet, faktorer i familien, sosiokulturelle faktorer, beskyttende faktorer, utløsende og vedlikeholdende faktorer. En sårbarhet kan skape strukturelle og nevrofysiologiske endringer som kan påvirke kognitiv fungering (Helsedirektoratet, 2017).

2.3 Motivasjonens styrke

Når livet til pasienten forandrer seg kan det være nødvendig å tilegne seg nye ferdigheter, få rådgivning, informasjon, veiledning og/eller terapi, ofte en kombinasjon av alle. Det viktigste i denne prosessen er pasientens egne følelser, valg og prioriteringer. Det er deres liv det dreier seg om, som helsepersonell kan åpenhet og nysgjerrighet være en god grunnholdning. At pasienten selv har en motivasjon for endring, spiller også en stor rolle for resultatet.

Motivasjonen kan styrkes om hjelperen er en alliert og bekrefter pasientens motivasjon. Dette kan kartlegges gjennom samtale hvor pasienten er i hovedfokus og kan uttrykke sine ønsker, følelser og tanker (Eide & Eide, 2016, s. 332-337). For å få den informasjonen en trenger kan en benytte utforskende ferdigheter som å stille spørsmål, aktiv lytting, speiling og bekrefte den andre både verbalt og nonverbalt. Dette kan også bidra til selvrefleksjon hos pasienten og en trygghet rundt bevisstgjøring av problemet. Det som er uklart for hjelperen kan også være uklart for pasienten, derfor kan tydeliggjøring være nødvendig for å skape et helhetlig bilde. Å be om hjelp kan være vanskelig for pasientene. Enkelte kan snakke om andre temaer eller ha abstrakte vendinger, mens vedkommende egentlig har andre problemstillinger. Når helsepersonell fanger opp disse hintene og signalene beskrives det som "et gyllent øyeblikk" (Eide & Eide, 2016, s. 266-267).

Det kan bli enklere for en pasient å forholde seg til symptomene om man klarer å skape en forståelse rundt bakgrunnsfaktorer, nåværende symptomer og utløsende faktorer. Å kartlegge dette sammen med pasienten kan bidra til forebygging av et tilbakefall. Når en har alvorlige psykiske lidelser, vil en ofte trenge struktur i hverdagen. Dette bidrar til forutsigbarhet i en sårbar fase av livet. Ønsket er at pasienten skal nå sine mål på den mest hensiktsmessige måten. Målene kan endre seg underveis, men de bør være realistiske. Pasienten har større sannsynlighet for å nå målene sine om helsepersonellet rundt også har troen på å lykkes (Røssberg, 2018, s. 43-44).

2.4 Sykepleierens rolle i møte med pasient

Eide & Eide (2016) tar for seg noen av de ulike rollene sykepleier tar med seg inn i relasjon med pasienten. Første rolle vil være “en fremmed”. Dette er begynnelsen av identifikasjonsfasen, der man skal ta imot den fremmede pasienten med respekt og positiv interesse. Videre går sykepleieren inn i rollen som ressursperson, som gjenspeiler spørsmål som er basert på helse og sunnhet. Fokuset her er pasientens perspektiv på sykdommen. Sykepleieren skal tilstrebe at pasienten får den rette informasjonen om sitt problem eller lidelse. Sykepleier går da inn i rollen som lærer der fokuset er pasientens nåværende situasjon. Når det er etablert, kan en se etter løsninger på eventuelle utfordringer. Etter pasienten har fått innsikt i situasjonen og problemløsninger vil sykepleieren opptre som en veileder. Denne rollen er viktig for at gjensidig tillit skal kunne skapes. Relasjonen baserer seg da på lytting, fremme behov og følelser som er knyttet til utfordringene (Eide & Eide, 2016, s. 131-132).

2.5 Joyce Travelbee

Travelbee beskriver hvordan man kan bruke seg selv som et verktøy i møte med pasienten. At en sykepleier ser det enkelte mennesket som en unik person er noe som trekkes tydelig frem i sykepleieteorien. En grunnleggende verdi i sykepleien er individuell behandling der kommunikasjon og samhandling er sentralt, sammen med empati og sympati (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Hjelmeland, 2016, s. 18). «Terapeutisk bruk av seg selv» er et begrep Travelbee har sentralt i sin sykepleietenkning. Hun sier at man gjennom sykdom og lidelse vil kunne få en personlig vekst og utvikling, da mennesker ofte vil søke etter mening rundt dette temaet (Kristoffersen et al., 2016, s. 28-29).

2.6 Mentalisering

Mentalisering er oppbygd av forståelsen rundt eget sinn som igjen skaper en forståelse av andres sinn. Ved å forstå sitt eget og andres sinn vil dette være med på å unngå konflikter eller fastslå ideer om oss selv og andre. Det vil si å ha evnen til å se seg selv fra utsiden og andre fra innsiden. Dette handler om den mellommenneskelige kommunikasjonen (Skårderud & Sommerfeldt, 2018, s. 112).

Ifølge Skårderud et al. (2020) vil genuin interesse, nysgjerrighet og åpenhet være essensen i mentaliseringsbasert tilnærming. En trygg tilknytning er å gi respons i den terapeutiske relasjonen og defineres som en forlengelse av en tilknytningsreaksjon (Skårderud et al., 2020, s. 89). Ifølge forfatterne Skårderud og Sommerfeldt (2018) er spiseforstyrrelse et uttrykk for mentaliseringsvikt. Misforståelser og avvising er relatert til svekket mentalisering som kan føre til at man mistolker andre. Dette kan skape dårlige følelser som avvising, tilbaketrekning, fiendtlighet eller overbeskyttelse (Skårderud & Sommerfeldt, 2018, s. 111).

3.0 METODE

3.1 Valg av metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metode» (Dalland, 2015, s. 111).

Metode er et redskap som vi bruker for å samle inn den dataen vi trenger som er ønskelig til undersøkelsen (Dalland, 2015, s. 112). Denne oppgaven er bygd på en systematisk litteraturoversikt. Det defineres som en oppsummering av relevant forskning, samt eksisterende kunnskap. I den systematiske prosessen er det viktig å identifisere, være kritisk og analysere valgt litteratur for å oppnå et bra sammenfattet resultat (Thidemann, 2020, s. 79).

Oppgaven er basert på fagfelleurderte forskningsartikler og faglitteratur som er relevant for valgt tema. Det finnes metodetilnærminger som er kvantitativ eller kvalitativ. Kvantitativ metode er basert på harde data og målbare enheter. Kvalitativ data er basert på menneskets egenskaper via følelser, meninger og opplevelser (Dalland, 2015, s. 112-113).

3.2 Litteratursøk

For å finne relevante artikler søkte vi i ulike databaser for helsefag (se tabell 2). I søkeprosessen var fokuset å finne de nyeste artiklene med temaet "Anorexia Nervosa". Vi fant forskningsartikler publisert innenfor de siste ti årene og relevant for problemstillingen.

Forskningsartiklene var bygget på dybdeintervju med pasienter med AN og hadde mye det samme fokuset, bare fra ulike synspunkt.

I litteratursøk ble databasen ORIA, sveMed+, Pubmed og Wiley Online Library brukt, majoriteten av forskningsartiklene kommer fra ORIA. Søkeordene beskrives i tabell for søkelogg (se tabell 2). Søket ble avgrenset til fagfelleverderte forskningsartikler med begrenset årstall for å få frem nyere forskning. Søket forholder seg til en tidsperiode på ti år, fra 2012 til 2022. For å komme frem til de relevante artiklene brukte vi IMRaD- strukturen, som ga oss en pekepinn på om vi hadde funnet vitenskapelige artikler eller ikke. IMRaD står for Introduksjon, Metode, Resultat og (and) Diskusjon, og er oppbygningen til de fleste forskningsartiklene (Dalland, 2015, s. 79).

Tabell 1: oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriteriene

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Tidsperiode: forskningsartiklene er skrevet i 2012-2022	Forskningsartikler ikke eldre enn 10 år
Språk: Engelsk, Norsk	Andre språk enn engelsk og norsk
IMRaD-struktur	Ikke skrevet i IMRaD-struktur
Relevant for problemstillingen	Ikke relevant for problemstilling
Fagfelleverdert/ Peer reviewed	Ikke fagfelleverdert eller peer reviewed

3.3 Analyse

Via analyse nevner Friberg (2017) hvordan man kan skape en ny helhet ved å gjøre det til deler som settes sammen til en ny helhet. For å skape en oversikt og forståelse, valgte vi å lese gjennom det flere ganger. Vi lagde en oversiktstabell (se vedlegg) for å få et helhetlig bilde av funnene fra forskningsartiklene, der vi også fikk tydeliggjort likheter og ulikheter som var relevant for vårt analysearbeid (Friberg, 2017, s. 135-137). Vi var også bevisst på å bruke forskningsartikler som omhandlet samme type brukergruppe med lignende kultur som Norge.

3.4 Søkeord, databaser og antall treff

Tabell 2: Oversikt over søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensinger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
26/10 2022	sveMed+	Anorexia Nervosa	År: 2012-2022 Qualitative Peer reviewed	68	6	2	
26/10	Oria	Anorexia Nervosa	År: 2012-2022 Qualitative Peer reviewed		4	2	1
27/10	Oria	Sykepleie, spiseforstyrrelse	År: 2021-2022 Fagfelleverdert tidsskrift	2	1	1	
31/10	Oria	Anorexia	År 2013-2022 Fagfelleverdert tidsskrift	36	2	1	1
1/11	Wiley online library	Behandling, Anorexia	År 2012-2022 Peer reviewed				
1/11	Oria	Anorexia	År 2012-2014 Fagfelleverdert engelsk	23068	2	1	1
1/11	Wiley online library	Treatment, Anorexia	År 2013-2022 International journal of eating disorders	1197	2	1	1
1/11	Oria	Treatment in Anorexia nervosa	År: 2013-2022 Fagfelleverdert tidsskrift	5118	3	2	1
1/11	Oria	Anorexia, nursing	År: 2013-2022 Fagfelleverdert tidsskrift	3796	2	1	

4.0 RESULTAT

I denne delen av oppgaven presenteres funn av forskningsartiklene i fem hovedkategorier og åtte underkategorier for å besvare problemstillingen: «*Hvordan sykepleier best kan ivareta pasienter med Anorexia Nervosa i behandlingsfasen?*».

Hovedkategori	Underkategori
Veier til Anorexia Nervosa	Utløserer Forsterkere
Pasientens møte med døgntilrettelagt behandling	Den terapeutiske allianse Å gi fra seg kontroll
Pasientens erfaringer i møte med terapeuten	Aksept, vitalitet, utfordring og ekspertise
Komplikasjoner ved langvarig, alvorlig Anorexia Nervosa	Døden Grensesetting De sosiale og fysiske konsekvenser
Gjenoppretting av identitet via recovery	

4.1 Veier til Anorexia Nervosa

Funn fra studien til Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Skårderud, F., & Holte, A. (2017) kan tyde på at pasienters oppfatning av egen sykdom kan ha innvirkning på valg av helsetjenester og behandlingsplaner. Det ble forsøkt å finne felles komponenter i fortellinger fra 36 deltakere som alle var voksne kvinner. De hadde til felles at alle hadde blitt behandlet for AN ved ulike institusjoner i Norge i løpet av de to siste årene (Gulliksen et al., 2017, s. 846-855).

Fire kategorier blir nevnt, uten nærmere utdypning. “*The Avoidant*”, “*The Achiever*”, “*The Transformer*” og “*The Punisher*” (Gulliksen et al., 2017, s. 846). Disse blir beskrevet som en

måte å kartlegge variasjonen til deltakernes personlighet når det gjelder forløp, trigger, autonomi og forsterkere. Forløpene besto mye av perfektjonisme, lav selvtillit, rollemodell-tilhørighet og kognitive/kroppslige utfordringer. Sitatene fra to av deltakerne får frem dette: *“All of the adults in my childhood were on diets”,* og *“I have never been satisfied with things being sort of ‘halfway’. They should be perfect.”* (Gulliksen et al., 2017, s. 851).

4.1.1 Utløsere

Utløsere, eller “trigger”, kan være både interne og eksterne for pasientene. Interne trigger som nevnes er pubertet, vektøkning, intensiv trening og følelsen av manglende suksess (Gulliksen et al., 2017, s. 852). *“I matured early, which I just couldn’t handle”,* kommenterte en av kvinnene (Gulliksen et al., 2017, s. 852). Eksterne trigger stammet fra kvinnenes omgivelser, der nevnes negative kommentarer om vekt eller kroppen, samlivsbrudd, skilsmisse av foreldre, dødsfall, voldtekt eller familiekonflikt (Gulliksen et al., 2017, s.852). En av deltakerne belyser dette: *“A good friend of mine came up from behind and said – Damn, you’ve really gained weight!”* (Gulliksen et al., 2017, s. 852).

4.1.2 Forsterkere

Funn fra studien til Gulliksen et al. (2017) viser at de eksterne forsterkerne handlet om hva andre mennesker gjorde med deltakernes indre tenkning. Det kunne blant annet dreie seg om positive kommentarer på vekttap, eller mer forståelse fra andre slik at forventninger til deltakeren ble redusert (Gulliksen et al. 2017, s. 853). En av kvinnene beskriver dette: *“Suddenly, people were more understanding, and no longer expected me to do my very best”* (Gulliksen et al., 2017, s. 853).

De innvendige forsterkningene ble tolket som noe kvinnene gjorde mot seg selv, der prestasjon, autonomi, ensomhet, engstelse og følelsen av trøst var noe de kjente på (Gulliksen et al., 2017, s. 852). Noen av kommentarene fra deltakerne var: *“Losing weight was something I could really manage”, “To abstain from eating was something that was entirely my own decision, something that was totally my own”, “Suddenly it was me and my eating disorder”* og *“When I don’t eat, it comforts me in a way”* (Gulliksen et al., 2017, s. 852).

Studien til Gulliksen et al. (2017) viser også at uansett om en hadde en unnvikende personlighet (The Avoidant), et ønske om vellykkethet (The Achiever), en følelse av å være mislykket (The Transformer) eller selvhat (The Punisher), var fellesnevneren “mestringsfølelse” ved begrenset inntak av mat (Gulliksen et al., 2017, s. 852-855).

4.2 Pasientens møte med døgnbehandling

4.2.1 Den terapeutiske allianse

Studien til Zugai, J., Stein-Parbury, J. & Roche, M. (2013) viser til at det å etablere en god terapeutisk allianse vil gi vektøkning og bidra til et positivt opphold ved innleggelse (Zugai et al., 2013, s. 2021). Funn fra studien gjenspeiler viktigheten av å gi fra seg kontrollen på spising og trening i tilfriskningsfasen. Ved innleggelse brukte sykepleiere strenge regler for å sikre at pasienten overholdt spise- og treningsmønsteret. Sykepleiere brukte tilsyn og overvåkning for å passe på at pasienten overholdt rutinene (Zugai et al., 2013, s. 2024).

Ytterlige funn viser at en terapeutisk allianse ble etablert da sykepleieren var snill men rigid på en omsorgsfull måte. Pasientene fra studien hadde en tendens til å favorisere sykepleiere som bidro til et godt miljø i avdelingen og bedret oppholdet (Zugai et al., 2013, s. 2025). Noe følgende sitat sier noe om: *“A strong sense of rapport was important for maintaining a positive relationship. Some of them were like older sisters or like mother kind of ones that made you feel more at home”.* (Bianca, aged 15) (Zugai et al., 2013, s. 2025).

Studien viser også negative sider i møte med sykepleiere. En deltaker ble tvunget til å drikke opp en næringsdrikk. Deltakeren opplevde det som traumatisk og mente det var en unødvendig handling. Respondentene fra studien rapporterte at det var vanskelig å få en god relasjon til sykepleiere som kun var rigide (Zugai et al., 2013, s. 2026).

4.2.2 Å gi fra seg kontroll

Funn fra studien til Zugai et al. (2013) viser at for å sikre vektøkning måtte pasienten gi fra seg kontrollen. Det var viktig for tilfriskningsprosessen at pasienten overholdt etablerte regler. Respondentene i studien rapporterte at det å ikke ha kontroll var den beste delen av

behandlingen. Å forholde seg til strenge regler under innleggelsen, var noe de ikke forstod viktigheten av før i ettertid. Noen av reglene studien viser til var forbud mot å snakke med de andre pasientene om kosthold og trening. Regelbrudd førte til mindre trening, færre goder og strengere oppfølging under måltid (Zugai et al., 2013, s. 2026).

4.3 Pasientens erfaringer i møte med helsepersonell

I studien til Gulliksen, K. S., Espeset, E. M. S., Nordbø, R. H. S., Skårderud, F., Geller, J. & Holte, A. (2012) uttrykket deltakerne at en terapeut burde være forståelsesfull og støttende i behandling for å etablere positive erfaringer. Hovedkonstruksjonene det var fokus på i studien var aksept, vitalitet, utfordring og ekspertise. Disse var delt inn i underkonstruksjoner basert på positive og negative egenskaper (Gulliksen et al., 2012, s. 934).

4.3.1 Aksept, vitalitet, utfordring og ekspertise

Aksept var delt inn i positive underkonstruksjoner som generøsitet, respekt og tålmodighet. Ved å bli møtt med disse egenskapene følte deltakerne i studien seg ivaretatt, og fikk en opplevelse av trygghet og likeverd (Gulliksen et al., 2012, s. 935). En deltaker sier noe om dette:

The difference between a good and a bad therapist is about those who are not just sitting there, taking notes, and kind of just uses things they have read about, theory—because every person is different, and it's important that they get to know you so that the therapist and the patient are kind of equal in the relationship. I have felt a great difference when it comes to that. (Gulliksen et al., 2012, s. 935).

Funn fra studien viser at de negative egenskapene deltakeren ble møtt med, var ignorering og fordommer. Grunnen til dette var at deltakerne ikke ble møtt med omsorg og medfølelse. Deltakerne følte seg avvist og at de kun var en diagnose (Gulliksen et al., 2012, s. 935). Noe følgende sitat beskriver:

I had a really bad experience with a therapist who was treating me by the book. She was like, "Oh yes. You are supposed to have a difficult relationship to your father" and things like that. And I experienced that as very closed-minded. I didn't feel accepted at all, as a person. I felt like a diagnosis, nothing else. That was very unpleasant. (Gulliksen et al., 2012, s. 935).

Vitaliteten terapeuten viste gjennom positive egenskaper var humor og aktiv interesse. Ifølge deltakerne hjalp det at terapeuten så deres personlige egenskaper, samtidig som det ble dannet en avslappet relasjon gjennom humor (Gulliksen et al., 2012, s. 936).

Funn fra studien til Gulliksen et al. (2012) tyder på at den negative egenskapen "passivitet" gjenspeilte at terapeuten ikke var interessert eller engasjert. Dette medførte at pasienten følte seg ensom i møte med terapeuten (Gulliksen et al., 2012, s. 936). Deltakerne i studien mente også at sympati kunne være med på å forsterke spiseforstyrrelsen (Gulliksen et al., 2012, s. 937). Ekspertise ble derimot sett på som en positiv egenskap. Dette var på grunn av at selvsikkerhet og faglig kunnskap hos terapeuten, hjalp pasienten til å forstå egen sykdom og føle trygghet (Gulliksen et al., 2012, s. 938). Et utdrag fra en deltaker som beskriver opplevelsen av den positive egenskapen «fokus på ressurser»:

I believe that many anorectics and many eating disordered people need a lot of repeated confirmation that they can manage to master things. And what I have experienced as one of the best things about this therapist is that he treats me like someone, even though he sees that I have a disturbance, he treats me like a person who is able to achieve things in life, who can manage to get rid of this. (Gulliksen et al., 2012, s. 937).

4.4 Komplikasjoner ved langvarig, alvorlig Anorexia Nervosa

4.4.1 Døden

I artikkelen *Severe and Enduring Anorexia Nervosa (SEED-AN): A Qualitative Study of Patients with 20+ Years of Anorexia Nervosa* av Robinson, P. H., Kukucska, R., Guidetti, G., & Leavey, G. (2015) blir det nevnt noen hovedtema som er basert på det fysiske, psykiske og sosiale, samt positive erfaringer i behandling. Studien viser til at dødeligheten var høyere blant pasienter som hadde hatt AN i flere år. Kombinasjoner av fysiske og psykiske lidelser kan være vanskelig å behandle, og kan med den bakgrunn resultere i dødsfall (Robinson et al., 2015, s. 320). Flere av respondentene fra studien hadde både hatt selvmordstanker og forsonet seg med døden. Ytterlige funn tyder på at depresjon og selvmordstanker var vanlige følger for pasienter med AN (Robinson et al., 2015, s. 320-321).

4.4.2 Grensesetting

Funn fra studien viser at pasientene i behandling ønsket at kontakten med helsevesenet, i etterkant av en utskrivelse, skulle være basert på regelmessighet og pålitelighet. Pasientene ønsket en behandler som utøvde grensesetting, men samtidig beholde

egen autonomi under frivillig innleggelse. Det ble også nevnt i studien at deltakerne verdsatte de strenge reglene på døgnavdeling ved innleggelse (Robinson et al., 2015, s. 323).

4.4.3 De sosiale og fysiske konsekvenser

I studien til Robinson et al. (2015) hadde deltakerne en gjennomsnittsalder på 50 år. Funn fra studien viste at varigheten på sykdommen var 32,1 år og BMI var 15,7 i snitt (Robinson et al., 2015, s. 320). I studien presenteres pasientenes anamnese, der deres egenskaper også beskrives. Ytterlige funn viser at deltakerne hadde flere døgninnleggelser eller oppfølging av psykiater/sykepleier ved psykoterapibehandling. De hadde lite kontakt med familie, få nære venner og flesteparten bodde alene. Studiene til Robinson et al. (2015) viser til at det å spise i grupper påvirket deltakernes sosiale situasjoner. Deltakerne deltok derfor mindre på sosiale sammenkomster og ble mer isolerte (Robinson et al., 2015, s. 321). Flertallet hadde også ulike somatiske sykdommer som osteoporose, anemi, hyperkalemi og hyponatremi, samt følger som hukommelsessvikt, dårlig konsentrasjon, fare for selvskading, angst og tvangslidelser (Robinson et al., 2015, s. 319-320).

4.5 Gjenoppretting av identitet via recovery

Deltakerne i Janet E. Conti (2018) sin studie definerte “recovery” som fravær av sykdom og var derfor usikre på om det var mulig for dem. Flesteparten følte at forskeren, som ledet studien, antok at “recovery” ville være å gå tilbake til livet slik det var før AN, mens deltakerne prøvde å finne sin egen definisjon. Målet var å få dem til å bruke egne ord og metaforer for å beskrive sin reise, men under ulike kontekster valgt av forskeren (Conti, 2018, s. 83). En deltaker definerer “recovery” som: *“Recovery isn't so much about the disease process, or recovering from it, it's about recovering yourself; it's about reclaiming your place in the world”*. (Avalon). (Conti, 2018, s. 83). En annen deltaker beskriver: *“Well I don't know what recovery is. ... Does it mean that you never think about your body the way that you did about it when you were anorexic? What's the point at recovery?”* (Sally) (Conti, 2018, s.77).

I løpet av 10års-perioden til intervjuene opplevde forskeren at kvinnene hadde et skiftende forhold til AN, der verdiene deres ble formet over tid gjennom erfaringer. Å snakke om ordet

«recovery» var utfordrende for flere av dem, og noen nektet tidvis å snakke om det, selv om det var nødvendig for å kunne skildre endringene deres over tid. 20 av de 21 kvinnene mente at bedring var umulig å oppnå, eller at det var med på å undergrave kompleksiteten til deres levde opplevelser og aldri ville forsvinne fra livene deres (Conti, 2018, s. 76-83). Den siste kvinnen ble spurt etter 10 år om hun hadde blitt frisk fra AN og svarte: *“Oh, for sure, absolutely. Like, I’m like everybody else, I wouldn’t mind losing a bit of weight, but I haven’t got the wherewithal to go on a diet or do, do some exercise or whatever. ... I just got back to normal”*. (Lorraine). (Conti, 2018, s.76).

Studien ble gjort i Australia hvor en slank kropp er et verdsatt kroppsideal. Lorraines uttalelse er altså ikke unik i den australske kulturen beskrives det (Conti, 2018, s. 76). Hvordan “recovery” tolkes kommer an på hvem som definerer det, og flere av kvinnene mente at AN aldri ville bli helt borte. Forskeren beskriver det som en redusert personlig handlekraft der en ikke er i stand til å se sin egen kapasitet til å overvinne AN. Noen av deltakerne så på det som en trøst å erkjenne at de kanskje aldri kom til å overvinne sykdommen og noen nevner også at det hjalp å være åpen om det (Conti, 2018, s. 85). *“It’s part of me, always will be part of me. ... I don’t feel that I can forget, I can’t ever recover if I can’t forget, but it’s pushed in the background”*. (Kelly) (Conti, 2018, s. 85).

“En gang anorektisk, alltid anorektisk”. Det skiller seg fra “tørrlagt alkoholiker” da man ikke kan unngå å spise slik man kan avstå fra alkohol, beskriver en av kvinnene. Ved å fokusere på avhengighetsperspektivet ved spisevegring, vil man kunne skape bevissthet rundt triggerer og dermed minimere skaden. Det kan også skape en selvforståelse der man ikke glemmer, men husker. Flere av kvinnene nevner at de hedrer sin egen vekst og forbindelsen de har fått til sine verdier. De gjorde krav på stemmen sin, og tok tilbake identiteten sin, ved å sette egne ord på reisen sin (Conti, 2018, s. 85).

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

Oppgaven er basert på relevante forskningsartikler, faglitteratur og sykepleieteori som belyste valgt tema og problemstilling. Når tilgjengelig kunnskap samles på samme plass, ble styrken at vi ikke trengte deltakere eller intervjuer for å besvare oppgaven (Friberg, 2017).

Vårt fokus på pasientperspektiv og kvalitativ tilnærming motiverte søket etter relevante artikler om AN i behandlingsfasen. Vi brukte universitetsdatabasen ORIA til de fleste søk. Det ble også gjort søk i andre databaser som beskrives i metodekapittelet. Vi valgte å avgrense søket til fagfellevurderte forskningsartikler i tidsrommet 2012 til 2022 for å finne artikler som best gjenspeiler dagens samfunn. Vi tok for oss forskningsartikler med dybdeintervju og IMRaD-struktur, da det ga oss en pekepinn om det var en vitenskapelig artikkel eller ikke. Søkeord som ble brukt var Anorexia Nervosa, spiseforstyrrelser, sykepleie og behandling.

Vi valgte å bruke fem forskningsartikler som var skrevet på engelsk. Dette for å få bredere forståelse og et kvalitetssikret svar, men i ettertid ser vi at flere forskningsartikler kunne økt det ytterligere. Vi oversatte forskningsartiklene til norsk for å gjøre dem lettlest og enklere å tolke, men det kan også ha bidratt til at enkelte ord eller nyanser har gått tapt. Ordet “recovery” lot seg ikke oversette, så vi valgte å beholde det på engelsk. Artiklene vi fant gav oss en bedre forståelse fra et pasientperspektiv og hvordan forløp, behandling og livet med AN opplevdes for pasientene.

Fordelen med kvalitativ metode var at det gav oss en dybdekunnskap fra et pasientperspektiv der ulike erfaringer og personligheter blir presentert. Kvalitative studier vil dog fokusere på personlige uttalelser, noe som gjør det utfordrende å trekke generaliserte slutninger og sette det i en større sammenheng. Ved å bruke kvantitativ metode kunne vi oppnådd en større og mer generell oversikt.

5.2 Kildekritikk

I starten tenkte vi å ha fokus på både menn, barn og kvinner som hadde Anorexia Nervosa, men det ble utfordrende å gjennomføre. I en av forskningsartiklene ble både kvinner og menn invitert til intervjuer, men det var kun kvinner som dukket opp. De fleste artiklene vi fant omhandlet derfor jenter og kvinner, derfor valgte vi å fokusere på det i oppgaven. Vi brukte én forskningsartikkel basert på yngre jenter, da den belyser det vi ønsket å få frem i besvarelsen av problemstillingen. Vi ønsket å bruke ny forskning, men fant lite. De vi fant hadde ofte de samme forfatterne og den ene artikkelen belyste at det var nødvendig med mer forskning. Etter vi startet med oppgaven har vi sett en økning i media rundt temaet, der temaet er at dette nå forskes mer på.

5.3 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan en sykepleier best kan ivareta pasienter med Anorexia Nervosa i behandlingsfasen. I dette kapittelet vil vi drøfte ulike sider ved hjelp av erfaringer fra praksis, teori, faglitteratur og forskningsartikler.

5.3.1 Recovery i behandlingsfasen

I studien til Conti (2018) nevnes det at flere av deltakerne ble opprørt av å snakke om “recovery”. Målet var å få deltakerne til å snakke fritt, men i studien beskrives det at forskeren selv valgte hvilke temaer som skulle snakkes om. Noen av svarene kan kanskje være et resultat av forskerens egen agenda eller av ledende spørsmål. Flere av deltakerne prøver også å definere “recovery”. Forskeren beskriver det som fravær av sykdom, mens deltakerne beskriver det mer som “så friske de klarer å bli med eller uten AN” og legger vekt på at det er helt greit (Gulliksen et al., 2017 s.85).

Ifølge Helsedirektoratet (2017) beskrives det at hvem som blir henvist videre til spesialisthelsetjenesten avhenger av hvor mye kunnskap fastlegen har om temaet og om tidlige symptomer blir fanget opp (Helsedirektoratet, 2017). Den tidlige fasen kan være sårbar og veldig viktig, så i dagens travle verden stiller vi spørsmål til om helsevesenet har nok tid til hver pasient til å fange opp de subtile symptomene i startfasen? Vi har i løpet av

praksisperiodene erfart tidspress og delegering av oppgaver. Utfallet av AN kan derfor være et resultat av hvem man treffer på, og hvilken kunnskap de har og hvilket tidspress de er under.

I Eide & Eide (2016) beskrives det at en empatisk og støttende hjelper kan ha en betydning for resultatet. At personligheten til den som skal bidra til tilfriskningen kan spille en så stor rolle anser vi som sårbart. Alle er ulike individer med egne erfaringer, følelser, tanker og dagsform (Eide & Eide, 2016, s. 335). Videre skrives det at sykepleiere kan bruke seg selv som et verktøy ved å initiere samtaler for å oppdage tidlige tegn (Eide & Eide, 2016, s.10). Det å ta initiativ til “de vanskelige spørsmålene” kan være utfordrende for mange. En må ha utforskende ferdigheter og tørre å stille spørsmål. Siden tidlig kartlegging kan bidra til forebygging, tenker vi at det legges et stort ansvar på sykepleierne. Som en nyutdannet sykepleier vil en kanskje ikke være like rutinert på hvilke spørsmål en kan stille, noe som kan resultere i at tidlige tegn på AN ikke blir fanget opp.

5.3.2 Frykt for tidlig kontakt med helsevesenet

Forskning viser at diagnosen Anorexia Nervosa stilles ved å oppfylle krav som lav kroppsvekt, unormal adferd og frykt for vektøkning. Det beskrives i ICD-11 at personer med AN bruker strategier som å sulte seg, misbruke avføringsmidler eller kaste opp, samtidig som de har en besettelse av kropp og vekt. Flere unge venter med å søke hjelp på grunn av ambivalente forhold (Folkehelseinstituttet, 2016). Kan de være redd for å få en diagnose? Diagnosen er en veileder for pleier, som vil kunne gi den rette behandlingen. I studien til Gulliksen et al. (2012) uttrykker en av deltakerne at hun følte seg som en diagnose og ingenting annet. Hun ble møtt med fordommer og ignorering av terapeuten (Gulliksen et al., 2012, s. 935). Vi tenker at en diagnose ikke er en definisjon på hvem man er, men et hjelpemiddel for helsevesenet. Vi mener også det er viktig å få en god relasjon og å se hele pasienten, som igjen skaper trygghet og tillit. Basert på egne erfaringer fra praksis kan det være nyttig å være rigid på en omsorgsfull måte i måltidsituasjonene for å oppnå vektøkning. Pasienter opplever måltidsituasjonene som svært krevende, der angsten kan bli dominerende.

5.3.3 Pasientenes behov for den terapeutiske alliansen

Ifølge studien til Zugia et al. (2013) vil den terapeutiske alliansen mellom pasient og helsepersonell ha innflytelse på vektoppgang og et positivt opphold ved innleggelse. Ifølge Eide & Eide (2016) er det lagt vekt på de ulike rollene sykepleierne har for å danne en god relasjon. Den første fasen er å vinne respekt og vise interesse overfor pasienten, som er viktig i startfasen. Funn fra studien til Gulliksen et al. (2012) viser at pasientene følte seg ivarettatt, trygg og likeverdig da terapeuten viste respekt, generøsitet og tålmodighet (Gulliksen et al., 2012, s. 935).

Å være en aktiv lytter og ha oppfølgingsspørsmål, vil vise pasienten at man er interessert. Åpenhet kan gi pasienten en mulighet til å få tillit i en tidlig fase. Det kan også være viktig å vise at man som sykepleier er en ressursperson som viser kunnskap rundt sykdommen AN. Dette kan skape en god innsikt sammen med pasienten (Eide & Eide, 2016, s. 266-267). Studien til Gulliksen et al. (2012) viste at ekspertise som ble brukt av terapeuten, gav en positiv opplevelse for pasienten. Dette på grunn av terapeutens faglige kunnskap og selvsikkerhet, som igjen ga en forståelse av egen sykdom og trygghet i relasjonen (Gulliksen et al., 2018, s. 938).

Skårderud & Sommerfeldt (2018) skriver at spiseforstyrrelse kan være et uttrykk for mentaliseringssvikt (Skårderud & Sommerfeldt, 2018, s. 111). Mentalisering vil ifølge Skårderud og Sommerfeldt (2018) hjelpe på å forstå eget sinn, som igjen kan bidra til å forstå andres. I en behandlingsfase vil det derfor være viktig at sykepleier har en åpen dialog med pasienten for å øke forståelsen. Et eksempel på dette kan være en pasient med AN som føler seg overvektig, men har en BMI på 15kg/m². Normalverdien er 18,5-24,9 kg/m² (Folkehelseinstituttet, 2015). Pasienten har da fastslått denne forestillingen om seg selv. Som sykepleier ville vi speile henne for å gi en forståelse av at det ikke høres realistisk ut. Å speile vil si å gjengi det pasienten sier, som kan være med på å se seg selv fra utsiden. Aktiv lytting, speiling og stille spørsmål være med å bidra til at pasienten reflekterer, og føler en trygghet rundt bevisstgjøringen av problemet (Eide & Eide, 2016, s. 266-267).

5.3.4 Misoppfatning og dårlige relasjoner i møte med helsevesenet

Ifølge Skårderud & Sommerfeldt (2018) relateres mentaliseringsvikt til misforståelser og følelsen av avvising (Skårderud & Sommerfeldt, 2018, s. 111). Dette kan føre til at pasienter med AN som mistolker eller føler seg avvist, kan få en overbeskyttende tilnærming i møte med sykepleieren. Studien til Zugia et al. (2013) tyder på at pasientene ikke likte for strenge sykepleiere. Det ble også pekt på at en pasient ble tvunget til å drikke opp en næringsdrikk og at dette var en unødvendig straffende handling (Zugia et al., 2013, s. 2026). Dette opplever vi som et etisk dilemma, da vi har erfart lignende situasjoner fra praksis.

Vi kan forstå at det å gi fra seg kontrollen kan være utfordrende, spesielt om man får følelsen av at noen “tvinger” i deg mat og drikke. Pasienten kan føle seg overtrampet, mindreverdige og verken sett eller hørt. Vi mener det er viktig å ha den gode relasjonen, så man kan stå i disse situasjonene uten at det blir misforstått eller gir følelsen av tvang. I studien til Gulliksen et al. (2012) hevder deltakerne at det å oppleve negative relasjoner med helsepersonell, fikk dem til å føle seg ensomme, verdiløse og lite respektert. Dette førte til at de gjorde seg sykere enn de egentlig var, for å bli tatt på alvor (Gulliksen et al., 2012, s. 934). Vi tenker dette kan være et rop om å bli sett og hørt, da pasienten føler seg mistolket/avvist og gjør seg mer synlig gjennom økt sykeliggjøring.

Det å gjøre seg mer sykelig enn man er, mener vi kan ha en sammenheng med en “abnormal” personlighet, der utløsende faktor kan være sårbarhet. Ifølge Helsedirektoratet (2017) kan en sårbarhet knyttes til strukturelle og nevrofysiologiske endringer, som kan påvirke den kognitive fungeringen (Helsedirektoratet, 2017).

5.3.5 Pasientenes behov for kontroll

FHI (2016) skriver at psykiske symptomer gir en økt kontroll som minsker indre uro og unnvikelse av negative faktorer (FHI, 2016). Deltakerne i studien til Gulliksen et al. (2012) mente at sympati kunne være med på å forsterke spiseforstyrrelsen (Gulliksen et al., 2012, s. 937). Hvorfor kan det å vise sympati forsterke en spiseforstyrrelse? Er dette på grunn av at pasienten har behov for strenge regler og tap av kontroll i behandlingsfasen?

Kan det være at det å vise medfølelse og egne følelser skaper usikkerhet rundt sykepleieren? Kanskje pasienter med AN trenger en hjelper som viser mer empati og forholder seg

profesjonell ved å ikke bli for emosjonelt involvert. Ut fra erfaringer fra praksis har det blitt observert at pasienter med en AN får en bedre relasjon til helsepersonell som er strenge på en omsorgsfull måte. Studiene til Robinson et al. (2015) ble det nevnt at en deltaker satte pris på de strenge reglene ved innleggelse.

5.3.6 Familier rammes

Ifølge Folkehelseinstituttet (2016) kan psykiske symptomer grunnet feilernæring og lav kroppsvekt utløse konflikter i familien. Funn fra studien til Robinson et al. (2015) viser at deltakerne deltok mindre på sosiale sammenkomster enn før, der grunnen til dette var vanskeligheten rundt måltidene. Noen av deltakerne hadde lite kontakt med familie og venner (Robinson et al., 2015, s. 319-320). Fra erfaring fra praksis kan sosiale måltidsituasjoner for personer med AN være svært utfordrende og økte symptomer. Spesielt rundt høytider, for eksempel jul, da hovedfokuset er mat. Økte symptomer i den grad at pasienter ikke ønsker å spise, har mye tankekjør og angst, som resulterer i isolasjon og økt medisinendring.

Skårderud et al. (2020) skriver at familier rammes og fremtidsplaner ikke blir som planlagt (Skårderud et al., 2020, s. 52). Vi tenker at sykepleier som en ressurs kan gi råd og veiledning til pårørende og pasienter, for å skape en åpen dialog som tilrettelegger for økt forståelse rundt sosiale sammenkomster. I rollen som "ressursperson" vil fokuset være å gi rett informasjon rundt lidelsen (Eide & Eide, 2016, s. 131). Hver pasient er unik, og Travelbee beskriver også hvordan man kan bruke seg selv som et verktøy der individuell behandling trekkes frem (Kristoffersen et al., 2016, s. 28-29). Vi tenker at for å gi best mulig pleie, må vi se pasienten der de er og tilpasse oss ulikheter.

Teori viser til at tidlig død kan forekomme på grunn av komplikasjoner som sult eller selvmord (WHO, 2022). Studiene til Robinson et al. (2015) tar også for seg temaet døden og viser til at kombinasjonen mellom psykiske og fysiske lidelser kan være vanskelig å behandle (Robinson et al., 2015, s. 320-321). Ved dødsfall rammes familier og fremtidsplaner endres, og vi tenker dette kan ha en innvirkning på samfunnet som en helhet.

6.0 KONKLUSJON

Under arbeidet med oppgaven har vi sett at behandling av AN er en omfattende prosess, der hver pasient og pleier er unik. Funn fra studiene tyder på at det er viktig at helsepersonell skaper gode relasjoner og tør å stille spørsmål ved tidlige tegn. Å bruke seg selv som et verktøy i møte med pasienten vil kunne ha en positiv effekt der tillit bygges. Hva som defineres som “frisk” vil variere, men med god kommunikasjon og gjensidig forståelse vil man enklere kunne sette felles mål. Strengt regler og reduksjon av pasientens kontroll ved innleggelsen var en del av tilfriskningsfasen. Vi mener at strenge regler gjennom trygge rammer og omsorg vil kunne tilrettelegge for en felles kontroll av situasjonen der felles mål vil kunne oppnås.

Vi har kommet frem til at pasienter med AN, som har hatt lidelsen i mer enn 10 år, har et ambivalent forhold til sykdommen. En del av pasienten ønsker å overvinne sykdommen og bli frisk, mens en annen del kan føle på en trygghet ved å holde igjen. Ved en langvarig AN kan komplikasjonene bli svært alvorlige og i verstefall ende med varige skader på kroppen eller død. Det kan bidra til tap av nære relasjoner og isolasjon, som igjen kan skape enda større behov for å søke trygghet i AN.

Å bli møtt av en terapeut med egenskapene respekt, tålmodighet, forståelse og støtte vil etablere et positivt opphold ved innleggelse. Det viste seg også at humor og en avslappet tilnærming var viktig for pasientene.

Vi konkluderer med at en god terapeutisk relasjon bidrar til en positiv innleggelse og kan resultere i vektøkning, som vil være en del av målet for de fleste. Å møte på negative sykepleiere fikk pasientene til å føle på et tap av identitet, der innleggelsen i seg selv kunne bli en forsterker til AN. Ulike veier inn i AN viste at “mestringsfølelse” var fellesnevneren ved begrenset inntak av mat.

6.1 Implikasjoner for praksis

I vår besvarelse har vi funnet ut at AN bør fanges opp i et tidlig forløp. Da kan vi sykepleiere bidra til å forebygge tidlig i behandlingsfasen. Å forebygge tidlig i behandlingsfasen ser ut til å hjelpe personer med AN ut av sykdommen.

Funn vi har gjort viser at mentaliseringsbasert tilnærming kan hjelpe med å danne en trygg tilknytning mellom helsepersonell og pasient gjennom genuin interesse, nysgjerrighet og åpenhet.

Vi mener at empati og regler ved innleggelse er nødvendig for at pasienter innlagt ved psykiatrisk avdeling klarer å oppnå målene som er satt. Resultat fra funn viser at gode relasjoner mellom pasient og hjelper kan bidra med vektøkning og et positivt behandlingsopphold for pasienter med AN.

Ulike kommunikasjonsferdigheter kan bidra til å skape en terapeutisk allianse, trygghet og tillit ved å ha tålmodighet og være støttende i behandlingsfasen. Gjensidig respekt og forståelse kan bidra til færre misforståelser og negative relasjoner. Speiling av pasienten kan også bidra til selvrefleksjon og økt sykdomsinnsikt.

Kunnskap om AN gir sykepleiere en økt kompetanse, og vi mener dette er et viktig tema som burde hatt større fokus i både praksis og teori. Dette for å fange opp AN i tidlig forløp og unngå mange innleggelser, samt forhindre alvorlige fysiske og psykiske lidelser, og i verste fall død.

REFERANSELISTE

Conti, J. E. (2018). Recovering Identity from Anorexia Nervosa: Women's Constructions of Their Experiences of Recovery from Anorexia Nervosa Over 10 Years. *Journal of Constructivist Psychology*, 31(1), 72-94.

<https://doi.org/10.1080/10720537.2016.1251366>

Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2016). "Kommunikasjon I relasjoner" (2. Utg., 9. opplag). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Folkehelseinstituttet. (2016, 01. Januar). *Fakta om spiseforstyrrelser- anoreksi, bulimi og overspising*: FHI. Hentet 02.01.23 fra

<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/spiseforstyrrelser2/>

Folkehelseinstituttet. (2015, 01. Mars). Kroppsmasseindeks (KMI) og helse: FHI. Hentet 02.01.23 fra <https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-kmi-og-helse/>

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I. F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3.utg., s. 141-153). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017). Att bidra til evidensbasert omvårdnad med grunn i analys av kvalitativ forskning, I. F. Friberg (Red) *Dags för Uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3.utg., s. 129-138). Studentlitteratur.

Gulliksen, K. S., Espeset, E. M. S., Nordbø, R. H. S., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2012). Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 45(8), s. 932-941.
<https://doi.org/10.1002/eat.22033>

Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Skårderud, F., & Holte, A. (2017). Four Pathways to Anorexia Nervosa: Patients' Perspective on the Emergence of AN. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(4), s. 846-858. <https://doi.org/10.1002/cpp.2050>

Helsedirektoratet. (2017, April). *Om spiseforstyrrelser. Definisjon og diagnostiske kriterier*. Hentet 02.01.23 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser/definisjon-og-diagnostiske-kriterier>)

N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E. Skaug, G. H. Grimsbø (red.). (2016). *Grunnleggende sykepleie* (Bind 3, 3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk helseinformatikk. (2020, 07. Oktober). *Prognosen ved anoreksi*: NHI. Hentet 02.01.23 fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/anoreksi/anoreksi-prognose/>

Robinson, P. H., Kukucska, R., Guidetti, G., & Leavey, G. (2015). Severe and Enduring Anorexia Nervosa (SEED-AN): A Qualitative Study of Patients with 20+ Years of Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 23(4), s. 318-326. <https://doi.org/10.1002/erv.2367>

Røssberg, J. I. (2018). Postatmosfæren. A. K. Aasland (RED.). (2018). *Hvem er du?* (2. Utg. s. 36-48). Hertervig Forlag.

Skårderud, F., Sommerfeldt, B. & Robinson, P. (2020). *SULT*. Gyldendal.

Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2018). Mentaliseringsbasert terapi. Kennair, L. E. O. & Hagen, R. (Red.), *Psykoterapi: Tilnærminger og metode* (Utg. 3, s. 111-127). Gyldendal Norsk Forlag.

Thidemann, I-J. (2020) Bacheloroppgaveskriving for sykepleierstudenter: *Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg.). Universitetsforlaget.

World Health Organization. (2022, februar). *ICD-11 for dødelighets- og sykkelighetsstatistikk*: WHO. Hentet 02.01.23 fra <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/263852475>

Zugai, J., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), s. 2020-2029. <https://doi.org/10.1111/jocn.12182>

VEDLEGG 1: LITTERATURMATRISE

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode	Resultat
Artikkel 1: Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Skårderud, F., & Holte, A. (2017). Four Pathways to Anorexia Nervosa: Patients' Perspective on the Emergence of AN	Anorexia Nervosa	Hensikten med studien var å finne ut forskjellige veier inn i AN. Studiene tar utgangspunkt i pasientens oppfatning av sin sykdom og pasientens utnyttelse av helsetjenesten og deres erfaringer av behandlingsplaner.	Pasient	Semi-åpne kvalitative intervju, tatt opptak, transkribert og analysert ved bruk av grounded theory-teknikk. Deltakere var 36 kvinner i alder av 18-51 år. Deltakerene hadde fått behandling i 2 år ved fem forskjellige instutisjoner i Norge.	Studienes resultat viser at det å etablere den terapeutiske allianse med AN-pasienter var vanskelig. Resultatene viser at det fellesnevneren for deltakeren ga et forsøk på å mestre livets utfordringer. De fire forskjellige typene inn i AN viste at det måtte flere forskjellige psykologiske dynamikker til i møte med terapeuten, og bruk av forskjellige diagnostiske verktøy måtte til.
Artikkel 2: Gulliksen, K. S., Espeset, E. M. S., Nordbø, R. H. S., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2012). Preferred therapist	Anorexia nervosa	Målet med studiene er å identifisere og beskrive personlighet, holdningsmessige og atferdsmessige	Pasient	Dybdeintervju av 38 kvinner med AN I alder av 18-51 år. Intervjuet ble tatt opp på bånd, transkribert og analysert ved hjelp	Funn fra studien resulterte at behandlingen av AN-pasienter i behandling krevde terapeuter som hadde et komplekst sett av atferd når de samhandlet med

characteristics in treatment of anorexia nervosa: The patient's perspective.		ge egenskaper, som pasienter som lider av AN sier at de foretrekker hos sine terapeuter.		av programmet QSR-NVivo7. Kvalitativ tilnærming.	pasienten. Resultatet viste også at de negative og positive terapeutegenskapene var nyttig med tanke på pasientene som slet med utviklingen av terapeutiske allianse, og fremtidig arbeid av undersøkelser som omhandlet terapeutens egenskaper var nødvendig.
Artikkel 3: Janet E. Conti. (2016). Recovering identity from anorexia nervosa: women's constructions of their experiences of recovery from anorexia nervosa over 10 years	Anorexia nervosa	Målet med studien var å undersøke hvordan kvinner forhandlet frem sin identitet etter 10 år med AN.	Pasient	Dybdeintervju av 21 kvinner i alderen 19-44 år. Intervjuene foregikk i tre omganger over en 10års periode. Kvalitativ tilnærming.	Gjennom intervjuene i studien kom det frem at kvinnene hadde en egen definisjon på hva "bedring" var, der mye av å finne sin egen identitet var å sette egne ord på ting.
Artikkel 4: Robinson, P. H., Kukucska, R., Guidetti, G., & Leavey, G. (2015). Severe	Anorexia nervosa	Målet med studien var å undersøke de psykologiske og sosiale	Pasient	Dybdeintervju av kvinner og menn ved en gjennomsnittsalder på 50 år. Dybdeintervjuene	Resultatet viser hvilke konsekvenser deltakerne i studien hadde utviklet gjennom et langt sykdomsforløp.

and Enduring Anorexia Nervosa (SEED-AN): A Qualitative Study of Patients with 20+ Years of Anorexia Nervosa.		konsekvensene av å leve med AN over lengre tid.		ble gjennomført med pasienter fra eksisterende poliklinikker og døgnbasert avdelinger ved en stor spiseforstyrrelse tjeneste i Nord-London. Kvalitativ tilnærming.	
Artikkel 5: Zugai, J., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective	Anorexia nervosa	Målet med denne studien var å etablere hvordan sykepleiere skulle sikre vektøkning og en positiv døgnopplevelse for behandling av ungdom med AN.	Pasient	Kvalitativ tilnærming. Tematisk analysemetodikk ble brukt. Basert på Semistrukturerte intervju. Deltakerne Anonymisert.	Resultatet viste at kvaliteten på relasjon mellom deltakerne og sykepleiere hadde en innvirkning på både vektøkning og pasientens positive opplevelse av døgnopphold. Deltakerne i studien verdsatte de sykepleieren som skapte et produktivt og komfortabelt miljø.