



Den terapeutiske alliansen mellom sykepleier og unge jenter med anoreksi

Kandidatnummer: 310
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 10 523
Dato:14.04.16



Tittel: Den terapeutiske alliansen mellom sykepleier og unge jenter med anoreksi

ABSTRAKT

Problemstilling:

”Hvordan kan sykepleier bidra til å skape og opprettholde den terapeutiske alliansen med unge jenter med anorexia nervosa i institusjon”.

Metode:

Litteraturstudie, der forskning og litteratur er anvendt for å belyse problemstillingen. Databasen Cinahl er anvendt i søkeprosessen.

Teoretisk perspektiv:

Hilegard Peplau's sykepleieteori er valgt, på bakgrunn av hennes idé om at mellommenneskelig interaksjon mellom pasient og sykepleier er essensielt i sykepleien. Det er også anvendt forskning, pensumlitteratur og annen litteratur om anoreksi og den terapeutiske alliansen.

Drøfting:

Fremgangsmåten vil være å se på ulike temaer som er presentert igjennom oppgaven, og hvordan dette kan relateres som viktig i henhold til problemstillingen. Det drøftes rundt viktigheten av forståelse for pasientens perspektiv og hvorvidt sykepleierens kompetanse påvirker relasjonen. Deretter blir det drøftet rundt effekt av sykepleietilnærminger og perspektiver i vektoppgangen. Til slutt blir det drøftet rundt etiske og juridiske aspekter når pasienten motsetter seg behandling, og hvordan dette kan påvirke den terapeutiske alliansen.

Konklusjon:

Ved å få en innsikt i pasientens perspektiv, kan helsepersonell bedre møte pasientens behov, og styrke den terapeutiske alliansen. Pasienter opplever en svekket terapeutisk allianse ved sterkt strikt tilnærming, mangel på kompetanse, samt uoverensstemmelser i sykepleietilnærminger. Det vises positivitet ved implementering av strenge regler, slik at pasienten kunne slippe kontrollen over mat og trening. Det kom også frem at et rigid behandlingsforløp kan gjøre sykepleierne i dårligere stand til utførelse av individuell omsorgsfull sykepleie. Makt ved tvangsbehandling har ofte et negativt utfall for relasjonen. Dermed er det essensielt at sykepleieren ikke gir inntrykk for at dette er en straff grunnet dårlig samarbeidsvilje.

Nøkkelord: Anorexia nervosa, adolescent, professional- patient relations, nursing care

”Jeg tenker at jeg egentlig vil bli frisk, og jeg vil jo ha et liv. Man har ikke noe liv når en bare eksisterer, føler jeg. Men jeg vil ikke opp i vekt” – Gudrun.
(Folkehelseinstituttet, 2009).

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	1
1.3 Avgrensninger	2
1.4 Begrepsavklaring.....	2
1.5 Formålet med oppgaven.....	3
1.6 Oppgavens disposisjon.....	3
2. Metode.....	4
2.1 Metodebeskrivelse.....	4
2.2 Litteraturstudie	4
2.3 Søkeprosessen	4
2.4 Kildekritikk	6
2.4.1 Bøker og offentlige publikasjoner.....	6
2.4.2 Artikler	7
3. Sykepleieteori.....	11
3.1 Hildegard Peplau´s relasjonsteori.....	11
3.2 Peplaus faser i sykepleie- pasient forholdet	11
3.3 Peplaus sykepleieroller i relasjon med pasienten.....	13
3.4 Den terapeutiske sykepleier-pasient- relasjonen	14
4. Om Anoreksi	15
4.1 Kjennetegn.....	15
4.2 Årsaker	15
4.3 Fysiske konsekvenser	16
4.4 Psykiske og sosiale konsekvenser	17
4.5 Behandling	17
4.6 Sykepleiefaglige utfordringer med hensyn til pasienter med anoreksi	18
4.7 Pasientens innenfra-perspektiv.....	19
4.7.1 Pasienters opplevelse av anoreksi som venn.....	19
4.7.2 Pasienters opplevelse av anoreksi som fiende.....	20
4.7.3 Pasienters opplevelse av behandling og helsepersonell	21
4.8 Etske og juridiske aspekter.....	22
5. Drøfting	24
5.1 Forståelse av pasientens perspektiv.....	24
5.2 Sykepleierens kompetanse og utfordringer i behandlingsforløpet.....	26
5.3 Sykepleierens tilnærminger.....	27
5.4 Vektøkning	30
5.5 Når pasienten motsetter seg behandling: Etske og juridiske aspekter	31
6. Konklusjon	33

Litteraturliste 34

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Diagnosen *Anorexia Nervosa* har de siste 30 årene blitt mer synlig enn noen gang (Abraham, 2008, s. 102). Som samfunn er vi svært opptatt av kropp, trening, utseende og sunnhet, og slike holdninger kan legge grunnlag og opprettholde spiseforstyrrelsene (Hummelvoll, 2012, s. 316). Folkehelseinstituttet (2009, s. 4) rapporterer at prevalensen av anoreksi blant norske kvinner mellom 15 og 40 år er 2700, hvorav 1400 sykdomsutfall forekommer før fylte 18 år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002-2003, s. 14). Insidensen er mellom 10 og 40 tilfeller per 100.000 kvinner/år og har vært relativt stabilt de siste 25 årene (Statens helsetilsyn, 2000, s. 21-22). Spiseforstyrrelser har tidligere vært en psykisk lidelse som har vært noe usynlig i hverdagen. På nittitallet endret dette seg da lidelsen fikk mer fokus i media fordi mennesker med egne erfaringer sto frem. I tillegg ble det mer normalt å undervise om temaet på skolene (Røer, 2009, ss. 17-18). Allikevel er det kun 30 % av pasienter med anoreksi som går til behandling (Statens helsetilsyn, 2000, s. 21-22).

Psykisk helse har fra studiestart vært et spesielt interessant tema for meg. Som en psykiske lidelse som tar liv både grunnet somatiske og psykiske årsaker, er *Anorexia Nervosa* en spesielt viktig psykisk lidelse å fokusere på. Av den grunn har jeg valgt å fordype meg i temaet (Statens helsetilsyn, 2000, s. 24).

1.2 Presentasjon av problemstilling

”Hvordan kan sykepleier bidra til å skape og opprettholde den terapeutiske alliansen i arbeidet med unge jenter med anorexia nervosa i institusjon”.

En god arbeidsallianse kan være utfordrende å etablere, da pasienter med anoreksi ofte ikke innser sykdommen, og dermed ikke ser behov for behandling. Denne alliansen mellom sykepleier og pasient basert på trygghet og tillit er et viktig tiltak, og er essensielt for pasientens utbytte av behandlingen (Hummelvoll, 2012, s. 321-332).

1.3 Avgrensninger

Denne oppgaven fokuserer på unge jenter fra 13- 18 år i institusjon. Institusjon er valgt fokus da sykepleieren i en innleggelsessetting kan gi veiledning og omsorg gjennom hele døgnet, noe som er viktig i forbindelse med etablering av den terapeutiske alliansen (Ramjan & Gill, s. 24). Anoreksi er en sykdom som kan ramme både kvinner og menn i ulike aldersgrupper. Da sykdommen ofte utarter seg forskjellig blant jenter og gutter, er denne oppgaven begrenset til å kun omhandle jenter (Abraham, 2008, s. 109). Det er også godt dokumentert om barn med anoreksi (early onset anorexia), imidlertid er ungdom valgt til denne oppgaven på bakgrunn av at dette er aldersgruppen med høyst forekomst (Abraham, 2008, s. 103). En viktig samarbeidspartner og effektiv tilnærming i behandling av anoreksi er pårørende (Skårderud, 2013, s. 170). En annen essensiell del av behandlingen er tverrfaglig samarbeid (Hummelvoll, 2012, s. 319). På tross av den viktige funksjonen de pårørende og det tverrfaglige samarbeidet har i behandlingsforløpet, er de ekskludert til fordel for å kun fokusere på den terapeutiske alliansen mellom pasient og sykepleier.

1.4 Begrepsavklaring

Anorexia nervosa er en spiseforstyrrelse som kjennetegnes ved vegring for vektoppgang og et forstyrret kroppsbilde, selv ved undervekt. Anoreksi kategoriseres som motstand ved opprettholdelse av en normal vekt som står til alder og høyde og vekttap på minimum 15 % under forventet, der hun/han benekter alvorligheten ved vektnedgangen. Hos jenter vil også menstruasjonen være fraværende (Skårderud, 2013, s. 14; Hummelvoll, 2012, s. 310).

Terapeutisk allianse er et betinget positivt samarbeid mellom terapeuten og pasienten, som involverer utvikling av et emosjonelt bånd, som samstemmer med behandlingsmålet og bidrar til en positiv forandring for pasienten (Bordin, 1979, refert i Zaitsoff, Pullmer, Cyr, & Aime, 2014).

Å Bidra: Yte sin hjelp, medvirke, gjøre sitt, delta (Ordnett.no, 2016).

1.5 Formålet med oppgaven

Formålet med oppgaven er å øke kunnskapsnivået mitt innen sykdommen anoreksi, da dette er en retning jeg ønsker å gå ved fullført studiet. Fordypning i hvordan sykepleier best mulig kan skape og opprettholde en terapeutisk, gjensidig relasjon med pasienter med anoreksi, mener jeg kan være essensiell kunnskap å ha med seg videre. Gjennom teori, forskning og sykepleier- pasient - erfaringer kan denne litteraturstudien gi meg økt kompetanse på temaet og sykepleierens funksjon.

1.6 Oppgavens disposisjon

Videre i oppgaven blir det gjort rede for valg og fremgang av metode, der det blir opplistet databaser, søkeord og treff. Det blir også gjort en kildekritisk gjennomgang, som belyser artikler og faglitteratur som er anvendt i oppgaven. Bakgrunns- teori om anoreksi blir presentert, samt bruk av sykepleieteoretiker for å vektlegge sykepleieperspektivet i oppgaven. Videre blir teorien fra oppgaven anvendt i en drøftingsdel for å besvare problemstillingen. Drøftingen etterfølges av en konklusjon.

2. Metode

2.1 Metodebeskrivelse

Metoden som er anvendt i denne oppgaven er en litteraturstudie, som baseres på skriftlige kilder og hvordan disse er vurdert ved kildekritikk. Problemstillingen og temaet som blir valgt i den litterære oppgaven kan enten baseres på tidligere erfaring, eller interesse for teamet gjennom pensum og annen litteratur (Dalland, 2012, s. 223).

2.2 Litteraturstudie

For å finne faglitteratur til oppgaven er søketjenesten Oria brukt, hvor følgende søkeord er anvendt: anorexia nervosa og spiseforstyrrelser. Søket ble begrenset med publikasjoner de siste 10 årene, slik at informasjonen om temaet er oppdatert. Biblioteket bisto med flere bøker som ble vurdert som relevante. Samtidig ble også tre bøker som har vært pensum gjennom sykepleiestudiet anvendt. For å finne bøker som omhandler sykepleieteori og Hildegard Peplau, søkte jeg på forfatterens navn i Oria, da jeg fra tidligere har lest om Peplau's teori i en pensumbok. Det ble også søkt på ordet "sykepleieteori", og resultatet ble valg av 3 bøker. Den ene boken er skrevet av Hiledegard Peplau, mens den andre boken er basert på teoretikerens arbeid. Det har også blitt anvendt en tredje bok for definisjon på sykepleieteori. De ulike kildene gir et reflektert syn på temaet, noen kilder er anvendt i større grad enn andre. Kilder som er anvendt for å fremheve Etikk og lover, er en pensumbok om etikk i sykepleien samt lovdata.no. For å finne offentlige dokumenter ble det søkt gjennom folkehelseinstituttet og helsedirektoratet. Utgivelse av Folkehelseinstituttet om erfaringer av personer med anoreksi ble funnet, samt en utgivelse av Statens helsetilsyn, omhandlende retningslinjer i behandlingen av pasienter med anoreksi.

2.3 Søkeprosessen

Databasen CINAHL er anvendt i søk, da dette er databasen jeg har mest erfaring med fra tidligere oppgaver. Referansedatabasen er dessuten internasjonal og er egnet for sykepleie og helsefag (LDH, 2016). Jeg ønsket å finne vitenskapelig artikler som er fagfellevurderte (peer review), da disse artiklene gjennomgår strengere vurdering og blir godkjent av fagkyndige.

Noen fagartikler er også aktuelle, da de har oppdatert informasjon innenfor fagområdet (Dalland, 2012, s. 78).

For å finne artikler som omhandlet anoreksi og den terapeutiske allianse, søkte jeg med MeSH ord som kunne være relevante, og anvendte disse i flere varianter.

- Søk1: Anorexia nervosa OR anorexia AND professional- patient relations. Begrenset søket med aldersgruppen 13-18 år, samt års ramme på 10 år. Dette søket ga 18 treff. Her fant jeg artikkelen "Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective" (2013) som nr. 1 av resultatene og artikkelen "The Role of the Therapeutic Alliance in Eating Disorder Treatment Outcomes: A Systematic Review" (2015) som nr. 3. Nr. 8 på resultatlista ble artikkelen "An Inpatient Program for Adolescents with Anorexia Experienced as a Metaphoric Prison" (2012) funnet.
- Søk2: Anorexia nervosa OR anorexia AND nursing care AND trust. Dette søket ga kun 3 treff, men fant artikkelen "Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa" (2004), som den første på resultatlista.

For å finne artikler som omhandlet fakta om anoreksi generelt samt sykepleierroller eller sykepleietiltak i forhold til pasientgruppen, ble søkeord anvendt slik:

- Søk1: Anorexia nervosa AND eating disorders AND nursing role, og begrenset søket med publikasjoner de siste 10 årene. Søket ga 8 treff. Artikkelen "An overview of anorexia nervosa, bulimia and binge eating disorder" (2014) ble da funnet som nr. 2 på lista.
- Søk2: For å få opp mer generell informasjon søkte jeg slik: Eating disorder AND adolescence og spesifiserte søket til kvinner, aldersgruppe 13-18, samt en års ramme på 5 år, for å få den ferskeste informasjonen innenfor temaet. Søket ga 849 treff, men fant artikkelen "Understanding eating disorders in young people" (2014) som nr. 3 av resultatene.
- Søk3: Jeg ønsket å finne en artikkel som omhandlet sykepleietiltak i forhold til denne pasientgruppen. Søket ble slik: Nursing role OR nursing interventions AND anorexia nervosa AND adolescence, og spesifiserte søket til utgivelses de siste 10 årene. Da ble det funnet artikkelen "Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions" (2011), som nr. 4 av 11 resultater.

Artikler som beskriver etiske dilemmaer som kan oppstå ved behandling av anoreksi, forsøkte jeg å finne ved å anvende flere søkeord og ulike kombinasjoner. Jeg forsøkte å kombinere MeSH ord som ”treatment refusal”, ”ethics” og ”anorexia nervosa”. Det var noe krevende å finne en fulltekst artikkel som jeg mente var relevant, og la dermed til søkeordet ”forced treatment”, og eliminerte ”ethics”. Da fant jeg til slutt en artikkel som heter ”Treatment of Anorexia Nervosa against the Patient’s Will: Ethical Considerations” (2011). Søket så slik ut: Anorexia nervosa AND treatment refusal OR forced treatment. Jeg avgrenset med publisering innen 10 år, og fikk da 21 treff. Artikkelen jeg valgte var nr. 13 av resultatene.

2.4 Kildekritikk

2.4.1 Bøker og offentlige publikasjoner

For å oppnå et reflektert perspektiv og få frem varierte aspekter av sykdommen anoreksi, er det benyttet 6 forskjellige bøker i oppgaven. Til tross for dette utgangspunktet er mye av informasjonen funnet i Finn Skårderud sine verk. Skårderud har teoretisk kunnskap og kliniske erfaringer med spiseforstyrrelser, han er overlege ved Regional avdeling for spiseforstyrrelser ved Oslo universitetssykehus, og har skrevet pensumlitteratur om temaet (Skårderud et al., 2010; Skårderud, 2013). Det har også blitt anvendt skjønnlitteratur av Kristine Getz, som et virkemiddel for å formidle personers egne erfaringer med anoreksi. Denne romanen har også etterord av Skårderud.

Ny oppdatert informasjon om insidens av anoreksi var noe vanskelig å finne, og pensumbøker refererte til både Helsedepartementet (2002-2003) samt Statens helsetilsyn (2000). Derfor er disse kildene anvendt, da jeg ikke kunne finne nyere informasjon.

” Alvorlige spiseforstyrrelser: retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten” av Statens helsetilsyn fra 2000 er blitt anvendt i oppgaven. Denne er noe gammel og ønsket derfor å anvende den reviderte utgaven som var forventet ferdig i 2015/16. Dog var denne ikke utgitt ved oppgavens ferdigstilling (Helsedirektoratet, 2015).

I sykepleieteoridelen har Peplau's bok fra 1988, om mellommenneskelige relasjoner blitt anvendt, samt boken *Interpersonal Theory in Nursing Practice: Selected works of Hildegard E. Peplau* fra 1989. Redaktørene Anita W. O'Toole og Sheila R. Welt har mastergrad i psykiatrisk sykepleie. Boken er basert på Peplau's verk, men det er viktig å presisere at denne teorien er sett fra O'Toole & Welt's perspektiv- noe som er en svakhet med kilden. Samtidig presiseres det at redaktørene selv har valgt ut det de opplever som Peplau's beste verk (O'Toole & Welt, 1989, s. x).

2.4.2 Artikler

"The Role of the Therapeutic Alliance in Eating Disorder Treatment Outcomes: A Systematic Review" 2015

Forfattere: Shannon Zaitsoff, Rachelle Pullmer, Maeve Cyr & Hilary Aime

Teksten sier noe om hvilken rolle den terapeutiske alliansen kan ha for behandlingsresultatet av spiseforstyrrelser. Dette er en systematisk oversikt av 19 artikler som omhandler den terapeutiske alliansen, og studien er spesifisert temaet som omhandler min oppgave. Jeg mener da den er relevant for problemstillingen. Det som trekker ned, er at artikkelen ikke er skrevet i et sykepleie tidsskrift, men i *Eating disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, et tidsskrift jeg ikke er kjent med fra tidligere. Dog er Tidsskriftet rettet mot spiseforstyrrelser, og kan derfor ha overføringsverdi til min oppgave.

Artikkelen er fra 2015, noe som gjør den ganske ny og aktuell.

"An overview of anorexia nervosa, bulimia and binge eating disorder" 2014

Forfatter: Seye Obadina

Denne artikkelen virket relevant for min oppgave, da den fokuserer på spiseforstyrrelsens forekomst, årsaker og kjennetegn, samt hvordan helsesøstre kan identifisere spiseforstyrrelser. Disse faktaene er hensiktsmessig å ha som bakgrunnsinformasjon i min oppgave.

Dette er en fagartikkel, da den ikke innfrir kravene i en forskningsartikkel, som metode, funn og resultater (Dalland, 2012, s. 78). Svake sider ved artikkelen, er at den basers på tidligere litteratur, og informasjonen vil ikke da komme rett fra primærkilden. Selv om både forfatteren og tidsskriftet *British journal of School Nursing* omhandler helsesøstre, er helsesøstre også

sykepleiere i bunn. Informasjon i artikkelen stemmer dessuten overens med pensumlitteratur jeg har anvendt. Dermed mener jeg denne kan ha en overføringsverdi til min oppgave. Artikkelen er fra 2014, noe som gjør at innholdet høyst kan være aktuell.

"Understanding eating disorders in young people" 2014

Forfatter: Maddie Burton

Artikkelen virker relevant for min oppgave da den fokuserer på spiseforstyrrelser hos unge mennesker, og sykepleierens rolle i å identifisere symptomer og behandling.

Dette er en fagartikkel utgitt i 2014 og er presentert i Britiske, Practice Nursing. I artikkelen er det informasjon om at forfatteren er senior lektor og psykiatrisk sykepleier, som spesialiserte seg på barn og unge. Artikkelen inneholder informasjon som kan være viktig å integrere i bakgrunnskunnskapen om anoreksi, samtidig som den har en sykepleiefaglig relevans og fokus på målgruppen som er ungdom.

"Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective" 2013

Forfattere: Joel Zugai, Jane Stein-Parbury & Michael Roche

Jeg ble interessert i denne artikkelen da formålet var å undersøke hvordan sykepleiere, gjennom et pasientperspektiv, kan bidra til en positiv opplevelse av behandling og sikre vektøkning hos pasienter med anoreksi. På bakgrunn av min problemstilling, der sykepleieren skal bidra til en terapeutisk allianse, er det hensiktsmessig å vite hvilke opplevelser pasienter med anoreksi har når det gjelder sykepleierens tilnærminger.

Dette er en kvalitativ forskningsartikkel der semistrukturerte intervjuer er anvendt. Kvalitativ forskningsintervju er anvendt for å få frem intervjupersonenes erfaring og forstå dem sett fra deres perspektiv (Kvale & Brinkmann referert i Dalland, 2015). Pasienters perspektiv er et fokus i min oppgave, og tidsskriftet Journal of Clinical Nursing er også kjent for meg fra tidligere. Grunnet sykepleie-relevans og innhold mener jeg denne artikkelen er aktuelt å bruke. Artikkelen er fra Australia og er publisert i 2013.

"An Inpatient Program for Adolescents with Anorexia Experienced as a Metaphoric Prison"

2012

Forfattere: Lucie Michelle Ramjan & Betty I. Gill

Da jeg så tittelen på denne artikkelen, var jeg usikker på hva teksten inneholdt. Et av søkeordene jeg anvendte for dette søket var ”professional- patient relations”, og jeg tenkte dermed at jeg måtte undersøke innholdet. Dette er en kvalitativ forskningsstudie med dybdeintervjuer som metode, og tar for seg både pasienter og sykepleieres perspektiv, samt deres relasjon under en type innleggelsesopplegg for anorektiske pasienter. Dermed vurderte jeg denne artikkelen som relevant for min problemstilling. Tidsskriftet American Journal of Nursing er kjent for meg, dessuten er hovedforfatteren forsker og senior lektor på the School of Nursing and Midwifery i Western Sidney (Ramjan, 2012). Dette viser at artikkelen har et klart sykepleiefokus.

“Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions” 2011

Forfattere: René Bakker, Berno van Meijel, Laura Beukers, Joyce van Ommen, Esther Meerwijk & Annemarie Elburg

Dette er en kvalitativ forskningsartikkel med dybdeintervju som metode. Formålet med studien var å undersøke hvilke sykepleietilnærminger som viser seg å være gunstige i forbindelse med vektøkning hos unge personer med anoreksi. Artikkelen er utgitt i tidsskriftet Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, og alle forfatterne har psykisk helse eller spiseforstyrrelser som hovedfelt (Bakker, Van Meijel, Beukers, Van Ommen, Meerwijk & Elburg, 2011, s. 16). Det som trekker litt ned, er artikkelens mangel på fokus på den terapeutiske allianse mellom sykepleier og pasient. Dog er det aktuelt å ha med informasjon om sykepleietiltak og tilnærminger som har hatt positiv effekt på pasienter med anoreksi. På bakgrunn av dette og fokuset på ungdom, mener jeg derfor artikkelen er overførbar til min oppgave.

“Treatment of Anorexia Nervosa against the Patient's Will: Ethical Considerations” 2011

Forfatter: Thomas J. Silber

Svake sider ved artikkelen er at den ikke har et klart sykepleiefokus og at innholdet ikke direkte knyttes til problemstillingen. Dog handler artikkelen om etikken i forbindelse med tvangsbehandling hos pasienter med anoreksi. Etikken og lover i forbindelse med behandling

er essensielt å si noe om i min oppgave, da tvangsbehandling kan påvirke den terapeutiske alliansen (Silber 2011, s. 283). Det er også positivt at tidsskriftet Adolescent Medicine, fokuserer på ungdom.

"Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa"
2004

Forfatter: Lucie Michelle Ramjan

Dette er en forskningsartikkel som anvender semistrukturert intervju for å belyse sykepleieperspektiver. Svake sider ved denne artikkelen er at den er fra 2004, og at det dermed kan være nyere forskning innenfor dette temaet. Det har også blitt benyttet en nyere artikkel i oppgaven med samme forfatter. Forskjellen med denne artikkelen er at den tar for seg sykepleieres kompetansemangel på psykisk helse og mangel på erfaring med anoreksi. På bakgrunn av dette er anvendes artikkelen, da den kan gi godt grunnlag for drøfting om viktighet av kompetanse.

Artikler som godt beskriver pasientenes opplevelse av vanskeligheter i behandling er allerede funnet, men manglet noe informasjon om hvordan sykepleiere med mindre kompetanse på feltet oppfattet hindringer i relasjonsbyggingen. Artikkelen er publisert i Journal of Advanced Nursing og som tidligere nevnt, er forfatteren forsker og skrevet om den terapeutiske relasjonen i senere tid også.

3. Sykepleieteori

Sykepleieteori er i følge Kirkevold definert som ”Et skriftlig utsagn som beskriver sykepleiefagets karakter og ansvarsområde enten generelt eller innenfor et delområde av sykepleiepraksis” (Kirkevold, 2001, s. 65).

3.1 Hildegard Peplau´s relasjonsteori

Hildegard Peplau introduserte sin mellommenneskelige relasjonsteori i 1952, og har siden hatt en kolossal innflytelse innen feltet. O’Toole & Welt (1989, s. xv) påstår at sykepleie aldri har vært det samme siden.

I følge Peplau er ordet ”sykepleie” et symbol. Hun mener ordet beskriver en større helhet og noe mer kokret enn bare bokstavene. Peplau mener sykepleie er relasjonen mellom et individ som trenger helseassistanse og en sykepleier som er spesialisert til å identifisere og respondere på pasientens behov for hjelp. Da sykepleie ledsager pasienten til å ta i bruk verktøy for å håndtere problemer, er sykepleiefunksjonen i yrket både veiledende og terapeutisk. Valg av Peplau´s sykepleieteori i oppgaven begrunnes på bakgrunn av hennes idé om at den mellommenneskelige interaksjonen mellom pasient og sykepleier er essensiell for utfallet av sykepleien (Peplau, 1988, s. 4-8). Peplau presiserer at sykepleierens roller og funksjonsområder endres etter hvert som relasjonen utvikles, steg for steg (Peplau, 1988, s. 11).

It is likely that the nursing process is educative and therapeutic when nurse and patient can come to know and to respect each other, as persons who are alike, and yet different, as persons who share in the solution of problems (Peplau, 1988, s. 9).

3.2 Peplaus faser i sykepleie- pasient forholdet

Peplau´s faser i sykepleie- pasient- forholdet bygges på fire faser som har overlappende funksjoner i relasjonen - Orienteringsfasen, identifiseringsfasen, utforskningsfasen og løsningsfasen. Disse er relatert til helseproblemer, der sykepleier og pasienten jobber sammen for å løse problemene, og i hver fase er det definerte oppgaver som kreves av sykepleieren

(Peplau, 1988, s. 17). Under disse fasene operer også fire sykepleieroller, som blir beskrevet senere.

1. *Orienteringsfasen* er den fasen der pasienten opplever et helseproblem og oppsøker hjelp. Dog må pasienten selv innse vanskeligheter og at det er behov for hjelp. Dette er ofte det første steget inn i et dynamisk læringssituasjon, med mulighet for personlig utvikling. Mulighet for at pasienten og sykepleieren kan lære av hverandre her, er stor. Pasienten vil forklare sitt syn på problemene som har oppstått, og sykepleieren får mulighet til å identifisere eventuelle mangler. Sykepleierens funksjon i denne fasen er kartlegging, der hennes oppgave om å forklare hva pasientens problem innebærer kan være omfattende (Peplau, 1988, ss. 18-22).
2. *Identifiseringsfasen* oppstår når pasientens forventninger er klarert, og har fått inntrykk av hvilken hjelp som kan tilbys. I denne fasen vil du ble utarbeidet en sykepleieplan som inneholder nødvendige tiltak for en betydningsfull bedring og opplevelse for pasienten. Mål i denne fasen er også å kartlegge pasientens forventninger til sykepleien, samt sykepleierens forventninger til pasienten og hennes ressurser til problemløsning. Da pasienten og sykepleieren i denne fasen har blitt kjent og opparbeidet respekt til hverandre, kan pasienten lære hvilken nytte sykepleie-pasient relasjonen innehar (Peplau, 1988, s. 30-37).
3. *Utforskningsfasen* vil la pasienten få bruk for hjelpen som er tilbudt, da pasienten nå er kjent med en sykepleier som forstår og anerkjenner relasjonen dem i mellom. Pasienten vil også begynne å tenke på å nå nye mål. Sykepleieren vil i denne fasen veilede pasienten til å undersøke forestillinger og følelser tilknyttet problemene som har vært. Tilfriskningsprosessen starter i denne fasen, der ungdommer spesielt har en tendens til å reagere med skiftende atferd. Vanskelighetene kan oppstå grunnet deres behov for å oppnå selvstendighet både i en sykdomstilstand og igjennom tilfriskningsfasen. Disse pasientene er ofte ambivalente, der det oppstår konflikter i forhold til dem selv om hvilken retning de ønsker å gå. I denne fasen oppstår det ofte utfordringer, men det er viktig at sykepleieren identifiserer årsaker til atferden (Peplau, 1988, s. 37-39).

4. *Løsningsfasen* inntreffer når pasientens tidligere hjelpebehov har blitt ivaretatt, og når pasienten selv erstatter behovet for hjelp med nye mål. I denne fasen kan det også oppstå usikkerhet hos pasienten, grunnet frykt for tilbakefall. For å forebygge reinnleggelse er det essensielt at pasientens psykologiske behov er ivaretatt. Denne fasen kan kun forekomme med adekvat støtte og hjelp fra sykepleier gjennom de tidligere fasene. Om dette har blitt innfridd, er løsningsfasen en frigjørende fase for pasienten (Peplau, 1988, s. 39-41).

3.3 Peplaus sykepleieroller i relasjon med pasienten

Sykepleieren tolker sine roller på bakgrunn av deres kompetanse og arbeidsmåte, mens pasienten ofte plasserer sykepleieren inn i roller som oppfattes som nødvendig for å løse et problem (Peplau, 1988, s. 43).

1. *Rollen som fremmed*: I begynnelsen er både sykepleieren og pasienten fremmed for hverandre. Prinsippet her vil være å behandle pasienten som en emosjonell kapabel person og akseptere personen slik den er. Pasienten kan også ha en forestilling om sykepleierens framtrede. I denne fasen kan det være hensiktsmessig å forklare situasjonen på en klar og enkel måte, og avdekke grunnen til at pasienten og sykepleieren befinner seg i denne situasjonen (Peplau, 1988, s. 44-47).
2. *Rollen som ressursperson*: Sykepleieren er en ressurs ved at hun innehar kunnskap og ferdigheter samt at hun har lært hva som skal til for å bedre pasientens helse. Sykepleieren innehar kunnskap om anvendelse av ulike kommunikasjonsmetoder og formidling av kunnskap på en adekvat og konstruktiv måte (Peplau, 1988, s. 47-48).
3. *Rollen som lærer*: Sykepleieren vil ut ifra pasientens kunnskap undervise med hensyn til pasientens interesse om å ønske å lære. Sykepleieren ønsker gjerne å promotere den læringen en får gjennom erfaring (Peplau, 1988, s. 48).
4. *Rollen som leder*: I følge Peplau (1988, s. 49) vil lederrollen fungere i alle situasjoner, og pasienter plasserer sykepleierne der ofte automatisk. Miljøet vil bli påvirket av ulike typer

lederskap og Peplau presiserer at den demokratiske lederformen gir pasientene mulighet for å delta aktivt i opprettelse av deres sykepleieplan.

5. *Rollen som surrogat:* Ofte blir sykepleieren plassert i en surrogat- rolle. Sykepleieren kan i følge pasienten sees som en morsfigur eller et familiemedlem, og deretter sammenligne henne fra en tidligere rolle i sitt liv. Sykepleierens framtredeelse og oppførsel kan påvirke denne visjonen ytterligere. Sykepleieren må gjenkjenne denne rollen for å hjelpe pasienten til å se tilbake på tidligere relasjoner der følelsen av å trenge hjelp og uavhengighet har oppstått (Peplau, 1988, s. 51-57).
6. *Rollen som veileder:* Sykepleierens veiledningsfunksjon har som hensikt med den mellommenneskelige prosessen å hjelpe pasienten til å bli klar over de vanskelighetene hun står ovenfor, og hva som skal til for å oppnå god helse. Sykepleieren lytter til pasientens følelser og opplevelser tilknyttet hjelpebehovet. Når sykepleieren anvender en samtaleteknikk som ikke er ledende, kan pasienten få muligheten til å oppdage nye sider av seg selv (Peplau, 1988, s. 61-69).

3.4 Den terapeutiske sykepleier-pasient- relasjonen

Muligheten for denne relasjonen vil være til stede hver gang en pasient oppsøker sykepleieren, eller der sykepleieren oppsøker de mer passive pasientene. Det er anbefalt at sykepleierens tilnærming er undersøkende i forhold til pasienten. Informasjonen sykepleieren ofte får er verbal. Pasienten beskriver og forklarer, og sykepleieren lytter og analyser innholdet i samtalen og motiverer pasienten videre til arbeidet mot en terapeutisk fordel. Sykepleierens språk er viktig i forbindelse med at denne relasjonen skal være profesjonell, der hun uttrykker at sykepleierens rolle er å hjelpe pasienten til tilfriskning- ikke for å være sosial med pasienten. Dermed er sykepleierens utforskende tilnærming enveis- det vil si at pasienten har ingen nytte av å vite personlige opplysninger om sykepleierens liv- hensikten er å være utforskende i forhold til hendelser pasienten erfarer eller har erfart, samt hendelser i forhold til sykepleier-pasient relasjonen (O'Toole & Welt, 1989, s. 197-200).

4. Om Anoreksi

4.1 Kjennetegn

Den som lider av anoreksi er overopptatt av mat, kalorier og fysisk aktivitet, og har et strengt kosthold. Det forekommer ofte overdrivelse av trening og løping for å forbrenne kalorier. En kan ofte observere en endring fra tidligere kostvaner og urealistisk syn på kroppsbildet (Burton, 2014, s. 608; Skårderud, 2013, s. 14). Personen går ned i vekt og blir undervektig, men innser ofte ikke dette selv og forneker sykdom (Burton, 2014, s. 608; Skårderud, 2013, s. 14). Tidlige tegn på anoreksi kan sees ved interesse i kokebøker og dietter, valg av sunn lavkalorimat, samt stresset og irritert atferd i matsituasjoner, der hun kan begynne med ritualer som å pirke i maten eller kutte maten i små biter. Om tidspunktene for måltidene ikke er som planlagt, kan hun bli veldig irritabel. Det er heller ikke unormalt at personen kaster og gjemmer mat i servietter og lommer (Obadina, 2014, s. 442; Skårderud, 2013, s. 19-20). Strengte rutiner i forhold til mat og trening preger dagen, og hun hjelper gjerne til- især oppgaver som inngår fysisk aktivitet. Hun er ofte rastløs når hun må sitte i ro (Skårderud, 2013, s. 19-20; Ogden, 2010, s. 219). Personens atferd kan endres ved at hun oppfattes irritabel og trass. Hun bruker også ofte store klær for å skjule vektnedgangen (Skårderud, 2013, s. 19-20; Obadina, 2014, s. 442).

4.2 Årsaker

Ulike disponerende faktorer kan være genetikk, perfeksjonistisk personlighet med rigide og tvangspregede trekk og familieforhold med konflikter, dødsfall, psykiatri eller misbruk, samt tidligere barndom der foreldre har vært fraværende, uforutsigbare, overbeskyttende eller utydelige i forhold til grenser (Skårderud, 2013, s. 74-75; Burton, 2014, s. 607).

Utløsende triggere er det som oftest betegnes som hendelser som resulterer i en spiseforstyrrelse. Slanking og dietter, tidlig og sen menstruasjon, sikte mot store presentasjonskrav, tap og traumer samt mobbing kan være slike hendelser (Hummelvoll, 2012, s. 315; Skårderud, 2013, s. 77-78). I tenårene gjennomgår jenter en emosjonell tid hvor de leter etter sin identitet, søker løsrivelse fra foreldre og sammenlikner seg med andre jevnaldrende (Abraham, 2008, s. 2-4). Rolleforandringen kan føre til usikkerhet, og dermed

være utløsende (Skårderud et al., 2010, s. 315; Skårderud, 2013, s. 77). I hjernen oppstår det også store endringer i ungdomsårene, som ofte blir observert ved lidelsen. Dette kan være impulsivitet, humørsvingninger og redusert evne til å tenke på konsekvenser av egne handlinger (Røer, 2009, s. 55-56).

Vedlikeholdende faktorer etter oppstått sykdom, kan være den vestlige verdens fokus rundt utseende, kropp og trening, eller familiekonflikter utløst av spiseforstyrrelsen. De fysiske og psykiske symptomene som resultat av underernæring kan også vise sin ”nytte” (Hummelvoll, 2012, s. 316; Skårderud, 2013, s. 78). Dette vil si at symptomene kan gi pasienten opplevelse av kontroll, beskyttelse og mestring (Skårderud et al., 2010, s. 383).

4.3 Fysiske konsekvenser

Når kroppen er underernært, vil alle organer påvirkes av dette. De fysiologiske symptomene er en årsak av kroppens lave fettprosent og biokjemiske og hormonforandringer som opptrer ved underernæringen (Abraham, 2008, s. 117).

Betydelige underernærte personer vil fryse, ha lav kroppstemperatur og få dunete hårvekst, særlig i ansikt og på kroppen. Hun får dårligere blodsirkulasjon som vises ved kalde hender og føtter, huden flasser og er tørr og puls og blodtrykk vil reduseres. Jenter vil også miste menstruasjonen (Folkehelseinstituttet, 2009, s. 4; Burton, 2014, s. 117). Underernæring vil føre til at hjertet yter mindre og kan ha fatale konsekvenser som rytmeforstyrrelser, hjertesvikt og død grunnet hjertestans. Overdreven fysisk aktivitet kan også medføre stor belastning på hjertet. Syre-base forstyrrelsene kan føre til hypokalemi og arytmier, grunnet en lav kaliumverdi (Statens helsetilsyn, 2000, s. 17; Skårderud, 2013, s. 61-63). Mage- og tarm problemer er også vanlig ved anoreksi, særlig når personen spiser mer enn normalt. Pasienten kan lide av forstoppelse og utspilt mage, der luft smerter og kolikksmerter oppstår (Statens helsetilsyn, 2000, s. 18; Skårderud, 2013, s. 63).

Osteoporose er vanlig ved langvarig anoreksi. Gjenopptakelse av en normal vekt vil øke bentettheten, men det er lite som tyder på at det tapte vil bli bygget opp igjen (Statens helsetilsyn, 2000, s. 18-20; Skårderud et al., 2010, s. 64).

4.4 Psykiske og sosiale konsekvenser

Studier har vist at det kan oppstå nevropsykologiske endringer ved alvorlig anoreksi. Når personen blir riktig ernært vil disse forandringene gå tilbake til det normale vanligvis, men studier viser også at langtkommen anoreksi kan gi varige mén (Statens helsetilsyn, 2000, s. 19).

Når underernæring oppstår er det normalt å se psykiske forandringer hos disse personene, der dette er en direkte årsak av sult og ernæringstilstand. Personligheten kan bli forandret, og kan sees ved at hun blir emosjonelt ustabil, apatisk, irritabel, deprimert, ubesluttsom, får nedsatt konsentrasjon og tvangsmessige trekk i oppførsel (Abraham, 2008, s. 114-115; Skårderud, 2007, s. 18).

Anoreksiens rigide regler utgjør en konsekvens for personens sosiale hverdag. Hun isolerer seg fra andre mennesker og sosiale situasjoner, noe som gjør henne ensom. Nære vennskap og kjæresteforhold kan hun unngå, der kontakten med mennesker rundt blir mer overfladisk. Selvbildet kan påvirkes av mennesker rundt, og følelsen av å bli styrt av andre kan være til stedet (Keski- Rahkonen, Charpentier, & Viljanen, 2011, s. 37; Hummelvoll, 2012, s. 310-311).

4.5 Behandling

Mange med spiseforstyrrelser er forholdsvis avvikende til behandling, og innser ikke problemet. Derfor er det ofte pårørende som presser personen til behandling (Hummelvoll, 2012, s. 318).

Det helhetlige behandlingsmålet vil være å normalisere pasientens spisemønster og vekt, å lindre psykiske vanskeligheter og behandle fysiske symptomer (Keski- Rahkonen et al., 2011, s. 53). Målet med behandling av anoreksi må i følge helsedirektoratet (2000, s. 31) sees på bakgrunn av pasientens motivasjon, sykehistorie og ressurser. Pasientens motivasjon til tilfriskning er et viktig element i behandlingen (Folkehelseinstituttet, 2009, s. 5). I følge helsedirektoratet (2000, s. 32) vil noen strategier for måloppnåelse i behandlingen være å fokusere på vedlikeholdene symptomer og psykososiale vanskeligheter, å motivere til

behandling, oppmuntre til endring, samt fokusere på kroppslige komplikasjoner. Et nødvendig tiltak i behandlingen er å øke pasientens vekt (Folkehelseinstituttet, 2009, s. 5).

I behandling av spiseforstyrrelser er det viktig at hele personen blir sett. Selv om den fysiske helsen bedres, kan personen med anoreksi allikevel føle seg syk. Et større mål er dermed at pasienten kan bli kjent med seg selv og sine relasjoner bedre, og får utløp for sine reaksjoner og følelser (Skårderud, 2013, s. 95-96). I følge Bakker et al (2011, s. 10-11) er mål med sykepleietiltak å re-introdusere pasientene for normal aktivitet og kostvaner, samt sosiale ferdigheter. Ramjan & Gill (2012, s. 24) forklarer at sykepleierens rolle er avgjørende i forbindelse med innleggelse av pasienter med anoreksi, der hun støtter, motiverer og veileder pasientene. Dette skal være med på å etablere en tillitsfull terapeutisk relasjon, noe som ofte er sagt å være avgjørende for en vellykket behandling og tilfriskning av denne pasientgruppen.

4.6 Sykepleiefaglige utfordringer med hensyn til pasienter med anoreksi

Da pasienten med spiseforstyrrelser ofte ikke innser sykdom, eller behov for behandling, kan det være utfordringer ved opprettelse av en god terapeutisk allianse (Hummelvoll, 2012, s. 321). I en forskningsartikkel av Ramjan (2004) får leseren innsikt i vanskeligheter og hindringer som påvirker den terapeutiske alliansen mellom pasient og sykepleier. De tre hovedtemaene som påvirket interaksjonen var vanskeligheter ved å forstå pasienten, vanskeligheter i forhold til behov for kontroll og vanskeligheter ved etablering av relasjon. Noen av sykepleierne slet med å forstå pasientene grunnet lite kompetanse. Manipulativ oppførsel, mistillit, kampen om kontroll samt stigmatisering av pasienter var hindringene som gjorde det utfordrende å etablere en terapeutisk allianse (Ramjan, 2004, s. 497-500).

I en senere studie av Ramjan & Gill (2012) beskriver sykepleiere deres syn på et behandlingsprogram for unge med anoreksi. Sykepleiernes ansvar bestod mye av å forsikre at pasientene fulgte programmets regler, og da denne overvåkingen var så viktig for pasientenes sikkerhet, følte flere sykepleiere seg utslitt og konstant på utkikk og undrende over pasientenes neste steg.

Hummelvoll (2012, s. 332) skildrer erfaringer fra 6 sykepleiere i arbeidet med denne pasientgruppen, der de vektlegger viktigheten med å forholde seg rolig, være stabil og ha energi. Sykepleierne beskriver arbeidet med disse pasientene som utfordrende i forbindelse med å takle pasientens utagering på en forståelsesfull måte, motivere personen til livslust, å få en helhetlig forståelse av personen og fremstå som en rollemodell. Noen aspekter sykepleierne så som essensielle i arbeidet med denne pasientgruppen, var skapelse av en tillitsfull og trygg arbeidsallianse samt støtte pasienten til å bli selvstendig og oppnå kontroll på en ny måte.

4.7 Pasientens innenfra-perspektiv

Gjennom innsyn i pasientens perspektiv, kan helsepersonell på en bedre måte møte anorektikerens behov (Zugai et al., 2013, s. 2021). Gode relasjoner til pasienten kan gi rom for pasienten til å beskrive sine indre opplevelser, og på denne måten bedre forstå at spiseforstyrrelsens symptomer kan ha en nytte for pasienten (Skårderud et al., 2010, s. 383).

Du har de positive sidene ved anoreksi og så har du de negative. Når du er oppe i det, klarer du stort sett bare å se de positive tingene med anoreksi. Ellers ville man jo ikke vært der, hvis man hadde sett at det ikke var positivt. – Anne Mette (Folkehelseinstituttet, 2009, s. 13).

4.7.1 Pasienters opplevelse av anoreksi som venn

Kroppen kan brukes for å skaffe seg en *oversikt* over livet og følelser. Skårderud (2013, s. 31) henviser til Sol's beskrivelse om sin følelse av å være invadert på forskjellige måter.

I en ellers grenseløs verden var du og jeg sikre i vår grense. I en verden med tom mavesekk (..), var vi dønn sikre, den grensen var HELT SIKKER, og de andre hadde ikke noe valg, de måtte respektere den grensen vi satte (Skårderud, 2013, s. 31).

Noen pasienter ønsker *renselse* gjennom spiseforstyrrelsen (Skårderud, 2013, s. 34). I romanen *Hvis du forsvinner, ser du meg da?* beskriver Kristine sin følelse av behov for renselse.

”Om nettene fantaserte jeg om å file vekk hoftene, om å skrape vekk fettete som sikkert lå tett på beinet, gulaktig og klumpete mot det rene, hvite” (Getz, 2012, s. 83).

Spiseforstyrrelsen kan fungere som en *bedøvelse*, der en føler at tanker om kropp og vekt forsvinner og opplevelsen av psykisk ubehag samt kaotiske følelser lindres (Skårderud, 2013, s. 34; Folkehelseinstituttet, 2009, s. 8).

Det å være sulten er veldig bevisstgjørende i forhold til at du har en kropp. Samtidig så føles kroppen på en måte friere... Den føles mer behagelig, den føles lettere. Den er mer en ikke-tilstand, fravær av tanken på kroppslighet. Det er en god følelse” – Mona (Folkehelseinstituttet, 2009, s. 8).

Skårderud (2013) beskriver hvordan Nina søker etter behovet for *forutsigbarhet*;

Når jeg i min anorektiske tilstand holder meg til et fastsatt matopplegg som opprettholder vekten på et svært lavt nivå, bidrar dette til å skape den trygghet og stabilitet i tilværelsen som jeg alltid har savnet (2013, s. 33).

Identitet handler om evnen til å være annerledes, og identiteten produseres av grenser (Skårderud, 2013, s. 32).

Den dagen jeg bestemte meg for å slanke meg var det på en måte for å bli en annen person. (..) hele meg måtte være annerledes, også fysisk. Derfor så ble jeg mindre og trodde at jeg ble en bedre person. Da var ikke jeg den gamle Hanne, da var jeg en ny – Hanne (Folkehelseinstituttet, 2009, s. 13).

4.7.2 Pasienters opplevelse av anoreksi som fiende

Jo lenger man er syk, desto mer markert kan de fysiske, psykiske og sosiale plagene være (Skårderud, 2013, s. 36). Skårderud (2013, s. 36) skildrer hvordan pasienter beskriver følelsen av å *miste kontrollen*.

Du lovet å være min venn (..) men du har lurt meg på en slem og utilgivelig måte. (..) nå er jeg dopet, avhengig av din fryktinngytende kraft (..). Jeg blir så lett desorientert i din by og mister mine holdepunkter- hvor er horisonten, og hva er opp, og hva er ned? – Emily (Skårderud, 2013, s. 37).

(..) jeg mistet etter hvert evnen til å stole på meg selv. Og det hendte jeg våknet midt på natten, plutselig overbevist om at jeg hadde glemt å trene dagen før (..). Derfor stod jeg opp midt på natten for å kjøre enda to runder. Og sånn mistet jeg fullstendig kontrollen” (Getz, 2012, s. 95).

Noen opplever at *helsen skades* på måter de aldri hadde trodd (Skårderud, 2013, s. 37):

”Jeg har ødelagt fordøyelsessystemet mitt, jeg klarer ikke å tisse på egenhånd (..), jeg har fått osteoporose, skjelett som en åttiåring” – Ellen (Folkehelseinstituttet, 2009, s. 13).

”Du fratrar meg jo livet, kjærligheten, fargene og krydderet i tilværelsen. Du ødelegger helsen min, og du reduserer meg til en mumie (..)” – Nina (Skårderud, 2013, s. 37).

Personer med anoreksi kan lide av *sosial isolasjon*, der de kjenner seg ensomme og innesluttete samt mister sitt sosiale nettverk. Noen er også redd for å være belastning for familie og venner (Skårderud, 2013, s. 37; Folkehelseinstituttet, 2009, s. 12).

”Jeg har gått glipp av utrolig mye, spesielt med venner. De siste 3-4 årene har jeg ikke gjort noen ting. Jeg har ikke gått sammen med noen, ikke på kino en gang” – Trude (Folkehelseinstituttet, 2009, s. 12).

Hvis noen hadde sagt til meg, bare for fire år siden, at jeg kom til å bli en asosial innesluttet person som var redd for besøk og redd for å gå i byen, så hadde jeg ledd dem rett opp i ansiktet, fordi jeg har vært så utadvendt. Hatet å være alene... jo flere jo bedre, liksom – Elisabeth (Folkehelseinstituttet, 2009, s. 12).

4.7.3 Pasienters opplevelse av behandling og helsepersonell

En kvalitativ studie av innlagte unge pasienter med anoreksi viser at deres erfaring med innleggelse føles som et metaforisk fengsel. Megan beskriver hennes første innleggelse som en traumatisk opplevelse. Flere av ungdommene følte sinne og redsel, og var usikre på innleggelsen (Ramjan & Gill, 2012, s. 26). Når noen av deltakerne ser tilbake på deres tilstand, forteller de at de nå forstår at de behøvde innleggelsen;

”Finding out about all the harmful sides that this illness can do to you, then you start to realize, Well, I should be in here”- Danielle (Ramjan & Gill, 2012, s. 26).

Pasienter forteller også at sykepleiere var sammen med dem konstant, og at de aldri tok øyne fra dem. Mange av pasienten syntes det var veldig vanskelig å følge reglene som var satt, men forstod verdien i reglene i ettertid (Zugai et al., 2013, s. 2023).

For de fleste av ungdommene var det blandede følelser å veie seg. På den ene siden var det bra å gå opp i vekt, på grunn av raskere utskrivelse. Men på den andre siden stressende fordi vektøkningen fikk dem til å føle seg tynne (Ramjan & Gill, 2012, s. 30). I følge Zugai et al (2013, s. 2024) Var det hensiktsmessig at sykepleiers rolle overfor disse pasientene var streng, men konsis, da ulike tolkninger av sykepleierne førte til frustrasjon.

Fengsels følelsen pasienter beskriver, kan hjelpe sykepleierne til å bedre forstå hva pasientene føler og hvorfor de oppfører seg slik dem gjør (Ramjan & Gill, 2012, s. 32). En god relasjon til sykepleieren bedret pasientens opplevelse av innleggelse. Dette bestod av at sykepleieren hadde en vennlig tilnærming, var kontaktbar og viste at hun brydde seg (Zugai et al., 2013, s. 2024).

4.8 Etiske og juridiske aspekter

Etiske og juridiske problemer i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser er dilemmaer en ikke kan se bort i fra. Dette er debattert om forskjellige meninger angående pasientens evne til å samtykke eller nekte behandling (Silber, 2011, s. 284). Psykisk helsevernloven sier at restriksjoner og tvang bare kan benyttes om tiltaket har en gunstig virkning og skal begrenses til situasjoner der det er absolutt nødvendig.

Etiske dilemmaer oppstår ofte i sykepleierens hverdag, der det er en uoverensstemmelse over sykepleierens plikt til å hjelpe og pasientens autonomi (Slettebø, 2012, s. 43).

Autonomibegrepet er veldig sentralt i medisinske sammenhenger, grunnet pasientens bestemmelse over egen kropp og deres frie valg til å velge selv hva som skal skje med den (Silber, 2011, s. 285).

“You cannot do this to me, I can’t miss school . . . besides this is my body! I do not want to go to the hospital and you cannot make me!” – Amy (16) (Silber, 2011, s. 284).

De fire etiske prinsipp - velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet er et praktisk-etisk rammeverk som har blitt sentralt i eksempelvis Europa. Disse prinsippene ønsker man å følge med en gang, men kan bli satt til side ved situasjoner der behovet tilsier det (Brinchmann, 2012). I Psykisk helsevernloven (1999, §4-4) står det at det ikke kan gjennomføres behandling med alvorlig inngrep uten at pasienten har samtykket. Med unntak kan det gis ernæring uten samtykke i behandling av personer med alvorlig spiseforstyrrelser, dersom dette sees som strengt nødvendig.

Behandlingen av personer med anoreksi kan føre til etiske problemer vedrørende at behandlere ikke respekterer pasientens nektelse i forhold til behandling, grenser i forhold til privatliv og følelsen av å være fri (Silber, 2011, s. 283).

I mange behandlingssituasjoner vil pasientene på en eller annen måte motta behandling som ikke er ønskelig, og når pasienten ikke lenger er mindreårig, kan situasjonen bli vanskeligere å håndtere (Silber, 2011, s. 83). Loven vedrørende ungdom sier at foreldrene eller andre med foreldreansvaret kan samtykke til helsehjelp for pasienter mellom 16 og 18 år som ikke har samtykkekompetanse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-5).

I følge Statens helsetilsyn (2000, s. 48) må en legge vekt på etisk og faglig plikt til å ivareta pasienter som ikke kan dette på egenhånd, og forbinde det med behandlingsmål om å styrke personens autonomi, på en måte som ikke er helseskadelig.

5. Drøfting

For å svare på problemstillingen vil fremgangsmåten under drøftingsdelen være å se på ulike temaer som er presentert igjennom oppgaven, og hvordan dette kan relateres som viktig i sykepleierens bidrag til å skape og opprettholde den terapeutiske alliansen.

5.1 Forståelse av pasientens perspektiv

I følge Zugai et al (2013, s. 2021) kan innsyn i pasientens perspektiv gjøre at helsepersonell på en bedre måte kan møte anorektikerens behov. Når pasienten selv kan forklare atferd og fortelle om seg selv, kan en lære om hvordan spiseforstyrrelsen oppleves for dem. Peplau (1991, s. 18-22) underbygger dette da hun presiserer muligheten for at både pasient og sykepleier kan lære mye av hverandre, der pasienten får mulighet til å uttrykke seg, og sykepleieren deretter kan identifisere behov.

På en annen side kan pasienter ha mangelfull insikt i alvorlighetsgraden av deres anoreksi, der pasienter selv presiserer at dette kan være årsak i hvorfor behandling ga neagtive reaksjoner. (Ramjan & Gill, 2012, s. 29). Peplau (1991, s. 18-22) presiserer at pasienten selv må innse problemet og at de behøver hjelp, da dette gir mulighet for personlig utvikling.

I følge Skårderud (2013, s. 36-37) opplever pasienter med anoreksi både positive og negative sider ved sykdommen. Dette kan være forsøk på forutsigbarhet, å skaffe en oversikt over liv og følelser eller å sette grenser i en kaotisk tilværelse. Å ta kontroll over kroppen og dermed maten blir først løsningen, men etter hvert selve problemet for den som lider (Skårderud, 2013, s. 22). Studien til Zugai et al (2013, s. 2023-2025) opplyser at pasientene erfarte det positivt at sykepleierne implementerte strenge regler, slik at de var nødt til å slippe kontrollen over mat og trening. På den ene siden viser studien til Ramjan & Gill (2012, s. 28) at pasienter reagerte negativt når behandlingsopplegget var for strikt. Dette underbygges av Zugai et al (2013, s. 2023-2025) der pasienter presiserte negativiteten over sykepleiere som var for rigide eller strenge. På en annen side forstod pasientene i ettertid formålet med det strengt behandlingsforløpet.

Samtlige deltagere i studien til Ramjan & Gill (2012, s. 27) forklarer hvordan de strukturerte daglige rutinene med lite variasjon opplevdes som et fengsel. Denne beskrivelsen kan også tolkes i studien av Zugai et al (2013):

“We had to get permission from them to do everything... we had set rules and we had to follow them” (Eve, 15) (Zugai et al., 2013, s. 2023).

I følge Skårderud (2013, s. 36-37) er sosial isolasjon en negativ assosiasjon pasienten knytter til spiseforstyrrelsen. Ramjan & Gill (2012, s. 29) beskriver også at mange pasienter opplevde at selve behandlingsopplegget førte til sosial isolasjon, da det ikke tillot venner å komme på besøk. På en annen side beskriver sykepleiere i studien til Bakker et al (2011, s. 20) viktigheten av at pasientene opprettholdt kontakt med verden utenfor behandlingsinstitusjonen. Sykepleierne oppmuntret pasientene derfor til sosial kontakt, da det viser seg at pasientens progresjon responderer positivt på dette (Bakker et al., 2011, s. 20).

I følge Skårderud (2013, s. 36-37) er også helseskade noe pasientene beskriver som en negativ konsekvens av anoreksien. Dette underbygges av en pasient i studien til Ramjan & Gill (2012) der pasienten ikke reagerte på treningsforbud grunnet den dårlige formen hun befant seg i. Pasienten følte seg veldig syk og manglet energi (Ramjan & Gill, 2012, s. 29).

Zugai et al (2013, s. 2021, s.2020) beskriver hvordan pasientene føler at fokuset på vektoppgang er så høyt, at psykologiske og emosjonelle behov blir satt i skyggen. På en annen side beskriver Ramjan & Gill (2012, s. 32) at pasientenes utagering ved å gjemme bort mat eller sabotere sondeernæring, tillot pasientene å opprettholde og styrke sin spiseforstyrrelse.

I følge Ramjan & Gill (2012, s. 29) Følte mange pasienter seg konstant overvåket og at deres privatliv ble innvadert. Det samme beskrives av Zugai et al (2013) der pasienter opplevde at sykepleierne alltid hadde øynene på dem. Videre blir det beskrevet av Ramjan og Gill (2012, s. 33) at ved å identifisere viktigheten av å la pasientene ha egentid for å utrykke seg, kan dette være positivt for etableringen av den terapeutiske alliansen.

Pasientene i studien til Ramjan & Gill (2012, s. 33) uttrykte ønske om at sykepleierne spiste sammen med dem, da dette hadde gjort situasjonen litt mer normal. Zugai et al (2013, s. 2020-

2021) underbygger dette ved at pasientene i denne studien assosierte måltidssituasjonene med angst og uro, men de sykepleierne som fikk overført denne situasjonen til en sosial sammenkomst, ble verdsatt av pasientene.

Generelt erfarte pasientene i studien til Zugai et al (2013, s. 2024-2025) det positivt når sykepleierne var imøtekommende, omtksomme og vennlige, der den terapeutiske relasjonen var bygget på tillit og respekt.

5.2 Sykepleierens kompetanse og utfordringer i behandlingsforløpet

Kompetansemangel og mangel på tillit vil være ødeleggende i forhold til en terapeutisk allianse, da helsepersonell må forstå grensesetting og innrømme feiltak relasjonen (Bulik & Kendler referert i Ramjan, 2004, s. 500). Dette underbygges av Ramjan & Gill (2012, s. 32) som fremhever kunnskap som et middel for å forbedre sykepleiernes relasjon til pasienter med lidelsen. Skårderud (2013, s. 100) presiserer også viktigheten av at hjelperen på et vis viser pasienten at hun innehar kunnskap, da hjelperens erfaringer og kompetanse på området kan gjøre pasienten trygg.

I følge Ramjan (2004, s. 495-498) hadde sykepleierne vanskeligheter med å forstå helheten av sykdommen grunnet lite kunnskap om anoreksi og psykisk helse generelt.

Kompetansemangelen førte også til en gjensidig mistillit mellom pasient og sykepleier. Sykepleiere i studien til Ramjan & Gill (2012, s. 32) presiserer at kunnskap om hvordan sykdommen utarter seg og hva den gjør med pasientene, kan bedre sykepleie-pasient forholdet.

I følge Ramjan (2004, s. 500) ble pasienter usikre og mistet tillit til sykepleiere som viste usikkerhet og gjorde feil. Zugai et al (2013, s. 2023) påpeker også at pasientene ble frustrerte når sykepleierne hadde ulike fremgangsmåter og tolket behandlingens regler forskjellig.

” It did cause a lot of confusion with things, like, other people trying to, like, figure out what they were allowed to do and what they couldn’t do...it wasn’t clear...” - Eve, 15 år (Zugai et al., 2013, s. 2023).

Ramjan & Gill (2012, s. 32) hevder da at kompetanse på psykisk helse og kurs i terapeutiske virkemidler, sannsynlig vil gjøre sykepleierne mer selvsikre i arbeidet med unge pasienter med anoreksi. Ramjan (2004, s. 498) foreslår at sykepleierne bør gjennomgå en opplæring som ikke kun baseres sykdomsårsak og symptomer. Videre presiseres det viktigheten av adekvat bemanning i arbeidet med denne pasientgruppen, slik at tilnærmingene består av samme prinsipper.

Sykepleiere i studien til Ramjan (2004, s. 498-499) følte at en konstant emosjonell og psykologiske kamp med pasientene var høyst stressende for ansatte på avdelingen. Det strikte behandlingsforløpet førte til at pasientene gjorde opprør, noe som gjorde at sykepleierne oppfattet pasientene som manipulerende. Videre forklarer sykepleierne at behandlingsopplegget gjorde at den terapeutiske alliansen var utfordrende å skape, da pasientene oppfattet sykepleierne som autoriteter med ønske om å ta fra dem kontroll eller å straffe dem. I følge Keski-Rahkonen et al (2011, s. 56) vil et strikt behandlingsprogram med skrevne regler føre til at sykepleieren ikke har mulighet til å behandle pasientene individuelt og være oppmerksomme på hvordan pasientene opplever situasjonen. Dette underbygges også av pasienters forklaringer i studien til Zugai et al (2013, s. 2023-2025) der i de ønsker en tilnærming som er individualisert, som sentreres på emosjonelle og personlige behov.

I følge Skårderud et al. (2010, s. 385) har det vært større fokus på økt kompetanse de siste årene. Et av tiltakene er innføring av *kliniske retningslinjer for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser* av statens helsetilsyn. Dette underbygger Statens helsetilsyn (2000, s. 3) som forklarer retningslinjene som en årsak til kompetansemangelen på spiseforstyrrelser.

5.3 Sykepleierens tilnærminger

Hummelvoll (2012, s. 321) forklarer at det å skape en god allianse med personer med spiseforstyrrelser kan være utfordrende, da pasienten ofte ikke innser problemet selv. Dette underbygges av Skårderud et al (2010, s. 383) som forklarer at det kan være utfordrende å forstå spiseforstyrrelsen, da den innehar trekk som motsetter seg hverandre. Studien til Ramjan (2004, s. 498) beskriver også hvordan sykepleierne følte seg utslitte etter fortvilte forsøk på å forstå anoreksiens natur.

Hummelvoll (2012, s. 321) presiserer dog at alliansen er essensiell for omsorgen og behandlingsutfallet til denne pasientgruppen. Dette underbygger Zaitsoff et al (2015, s. 1) som hevder det er avgjørende for utfallet, å kartlegge hvilken rolle den terapeutiske alliansen spiller inn i behandlingen til akkurat denne pasientgruppen.

Hummelvoll (2012, s. 321) hevder det er viktig at sykepleieren i arbeid med denne pasientgruppen unngår å trenge seg innpå, slik at pasientens grenser blir respektert. Dette underbygges av Peplau (1988, s. 44) som presiserer at det er et grunnleggende prinsipp i relasjonsbyggingen å møte pasienten med respekt.

På en annen side beskriver Hummelvoll (2012, s. 321) at den situasjonen pasienten befinner seg i avhenger en grad av kontroll. Zugai et al (2013, s. 2023) underbygger også viktigheten av graden av kontroll, da en av sykepleieroppgavene bestod av aktivt tilsyn og overvåking. Sykepleierne i studien beskriver dette som en viktig bestanddel av sykepleierens omsorg til denne pasientgruppen.

I følge Hummelvoll (2012, s. 321) kan sykepleierrollen ofte assosieres som en morsrolle. Denne rollen er ikke like hensiktsmessig i relasjonen til denne pasientgruppen, og bør dermed byttes ut med en rolle som er mer saksorientert. Peplau (1988, s. 51-57) beskriver også denne morsrollen, og presiserer at sykepleierens framreden påvirker denne illusjonen ytterligere. Dermed er det essensielt at sykepleieren er bevisst på denne rollen og hvordan hun framstår.

I følge Hummelvoll (2012, s. 321) er det hensiktsmessig at sykepleieren i møte med pasienter med spiseforstyrrelser har en undrende tilnærming. Dette underbygges av O'Toole & Welt (1989, s. 197) som anbefaler en undersøkende tilnærming, der hovedprinsippet er sykepleierens forståelse i forhold til pasientens oppførsel. Hensikten vil bestå av å undersøke aspekter i forhold til hendelser pasienten erfarer eller har erfart, samt hendelser i forhold til sykepleier-pasient relasjonen.

I følge Hummelvoll (2012, s. 322) behøver pasienten en følgesvenn. På den ene siden beskriver sykepleierne i studien til Ramjan & Gill (2012, s. 29) at de følte at pasientene var under konstant overvåking, og at dette også påvirket sykepleierne negativt. På den andre siden beskriver Hummelvoll (2012, s. 322) at sykepleieren som følgesvenn har muligheten til å støtte og veilede pasienten underveis. Dette underbygger Peplau (1988, s. 61-69) som hevder

at sykepleieren i den mellommenneskelige prosessen har som hensikt å hjelpe pasienten til å bli klar over vanskeligheter hun står ovenfor, og hva skal til for å bedre tilstanden.

I følge Zaitsoff et al (2015, s. 1-2) kan pasienter med anoreksi være vanskelig å motivere til behandling da de sjelden innser hvor alvorlig sykdommen har utviklet seg. Dermed er det ofte andre personer rundt, som ønsker å sette i gang behandlingen. Hummelvoll (2012, s. 318) underbygger påstanden om at pårørende ofte er de som ønsker behandling for individet. Men Hummelvoll (2012, s. 321-325) presiserer at det dog er viktig at sykepleieren forstår pasientens tvil til behandling, men samtidig støtte pasienten opp mot delen av henne som ønsker å forlate anoreksien.

I følge Hummelvoll (2012, s. 332) er en av utfordringene sykepleiere erfarer med denne pasientgruppen, å fremstå som en rollemodell. Dog presiserer Zugai et al (2013, s. 2025) at pasienter reagerte positivt når sykepleieren fremsto som en motivator, da de ikke ønsket å skuffe henne. Sykepleieren var pasientenes motivator når en sterk sykepleier-pasient relasjon var til stede.

Zaitsoff hevder at disse pasientene ofte er ambivalente til tilfriskning og særlig endring av deres skadelige diettsituasjon. Dette underbygges av Peplau (1988, s.37-39) som hevder at ungdom ofte er ambivalente i tilfriskningsfasen, der det oppstår konflikter i forhold til identiteten og om hvilken retning de ønsker å gå. Hun presiserer at dette er ofte er en utfordrende fase for sykepleierne, men at det er essensielt at sykepleieren identifiserer årsaker til denne atferden. Hummelvoll, 2012, s. 25) underbygger dette utsagnet der han hevder at det er en utfordrende, men essensiell oppgave for sykepleieren å lære pasienten til kjenne igjen følelser og ønsker som er diffuse, samt stå i pasientens sinn da dette er uttrykk for følelser.

Skårderud (2013, s. 95) mener det er viktig å se hele personen, og ikke kun spiseforstyrrelsens symptomer. Zaitsoff hevder at tidlig opprettelse av den terapeutiske allianse styrker hjelperen å forutsi betydningen av symptomene. Skårderud (95-96) hevder at et større mål vil være at pasienten får utløp for sine følelser og reaksjoner samt styrke sin identitet. Hummelvoll 2012, s. 329) underbygger dette, der han ser på viktigheten av å forstå hvilke følelser som gjemmer seg bak symptomene.

”Jeg fikk hjelp til å nøste opp i ting. Få tak i ting og forstå ting” – Veronica (Folkehelseinstituttet, 2009, s. 17).

5.4 Vektøkning

I følge Hummelvoll (2012, s. 325) vil det for mange pasienter være skremmende å øke vekten. Ambivalens i forbindelse med dette er vanlig, da vekten har vært noe de har hatt kontroll over. Dette underbygges i en studie av Bakker et al (2011, s. 18) der sykepleiere forklarer at pasienter vanligvis motsatte seg å gjenoppta normale spisevaner igjen. Videre presiserer sykepleierne at pasientene i ettertid responderte positivt over at sykepleieren tok kontroll over matsituasjonen, da dette var helt nødvendig for å bryte anoreksiens mønster.

I følge Skårderud (2013, s. 143) er det viktig at hjelperen har forståelse for at veiing er en situasjon som fremkaller angst og motsigende følelser hos pasienten. På den ene siden kan pasienten oppleve skuffelse om vektnedgangen fortsetter, da dette er tegn på at anoreksien ikke slipper taket. På den andre siden opplever pasientene i følge Ramjan & Gill (2012, s. 30) at vektøkning er en stressende opplevelse, der de føler de har blitt tykke.

I følge Bakker et al (2011, s. 18) presiserer sykepleierne viktigheten av forståelse og empatisk tilnærming til pasientene, men samtidig tydelige på at tidligere kostvaner skal endres til det normale. Sykepleierne tok derfor i begynnelsen alt ansvar overfor maten de skulle spise, noe som ofte var sjokkerende for pasientene. Hummelvoll (2012, s. 325) underbygger dette der han påpeker at både pasienten og sykepleieren kan erfare denne situasjonen som ubehagelig, men at det er essensielt at matsituasjonen består av et system.

Skårderud (2013, s. 61-64) underbygger viktigheten av å endre kostvanene til det normale igjen, da dette er den eneste måten å bedre de somatiske komplikasjonene som tap av menstruasjon, benskjørhet, rytmeforstyrrelser, hypokalemi, arytmi, og verstefall død grunnet hjertestans. Statens helsetilsyn (2000, s. 31) underbygger dette videre, da et behandlingsmål er å korrigere fysiske komplikasjoner som er betydelige, og som kan være livstruende. Hummelvoll (2012, s. 325) presiserer viktigheten av at sykepleierens tilnærming til vektøkningen og matinntaket utlyser trygghet og tilstedeværelse.

“The restrictions and boundaries taught you to eat healthily and enforced healthy eating” – Angela, 15 år” (Zugai et al., 2013, s. 2023).

I følge Bakker et al (2011, s. 18) legger sykepleierne vekt på at det er avgjørende at de alltid informerer pasientene om årsaken til at de tar over kontrollen i matsituasjonene. Dette underbygges av Hummelvoll (2012, s. 325) som hevder at sykepleieren må informere pasienten at grunnen til denne kontrollen har som hensikt å støtte pasienten, inntil hun selv er kapabel til å innta kostvaner som ikke er helseskadelig.

5.5 Når pasienten motsetter seg behandling: Etske og juridiske aspekter

Mange med anoreksi har vanskeligheter for å innse sykdomstilstanden, og ved betydelig lav vekt er hun ikke alltid i stand til å ta adekvate avgjørelser (Abraham, 2008, s. 136). Helsedirektoratet (2000, s. 47-49) underbygger dette, ved at mangel på innsikt i både sykdom og behandlingsbehov inngår i sykdomsbildet. Dessuten vil underernæringen påvirke hjernen og muligens medføre kognitiv svikt, noe som kan svekke personen til å ta avgjørelser for seg selv. Videre blir det presisert at ved å motivere pasientene til en god arbeidsallianse, kan dette ha en gunstig effekt og være med på å redusere motsetning til behandling. Dog fungerer ikke dette bestandig.

I følge Slettebø (2012, s. 43) vil det stadig oppstå etiske dilemmaer i sykepleien, hvor det er overenstemmelser når det gjelder pasientens autonomi, og sykepleierens plikt til å hjelpe. Dette underbygges av Silber (2011, s. 283) som beskriver at det for hjelperen stadig er konflikt mellom plikten til å forebygge skader og død ved underernæring, og verdien som omhandler respekt for pasienten. Dermed er dette en potensiell situasjon som kan true den terapeutiske relasjonen.

På den ene siden sier Psykisk helsevernloven (1999, §4-2) at

Restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket (Psykisk helsevernloven, 1999, §4-2).

På den andre siden beskriver loven at:

Uten at pasienten har samtykket kan det ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep, likevel med følgende unntak: (..) Som ledd i behandling av pasient med alvorlig spiseforstyrrelse, kan det gis ernæring uten eget samtykke såfremt dette fremstår som et strengt nødvendig behandlingsalternativ (Psykisk helsevernloven, 1999, §4-4).

På den ene siden påpeker Silber (2011, s. 283) at behandlingen kan være etisk truende mot pasientens meninger, frihet og grenser. På den andre siden presiserer Statens helsetilsyn (2000, s. 48) at en bør fremheve forpliktelser etisk og faglig, til å ta vare på pasienter som ikke er kapable til dette på egenhånd, og relatere dette til behandlingens mål om å fremme pasientens autonomi samt å bevare denne på en måte som ikke er helseskadelig. De fire prinsippers etikk, beskrevet av Brinchmann (2012, s. 91) betoner at autonomiprinsippet også må relateres til pasientens integritet og sårbarhet, og presiserer videre viktigheten av at sykepleierens tilnærminger til sårbare pasienter vises med en innlevelse og empati.

Silber (2011, s. 284) forklarer at selv om hjelperen er utdannet innenfor feltet, betyr ikke dette at en ikke kan føle sinne eller frustrasjon i pasientsituasjoner. Dette kan være med på å øke uetiske tilnærminger og impulsivitet. Maktmisbruk kan spesielt oppstå ved innlegging av sonde. Dette problemet representeres i studien til Ramjan (2004, s. 499), der pasientene så på sondeernæringen som en straff. Sykepleierne forklarer at pasientene sluss med alt de hadde for å sabotere, og de antydte at denne maktkampen tydelig svekket den terapeutiske alliansen. Helsedirektoratet (2000, s. 48-50) presiserer viktigheten av at sondeernæringen ikke assosieres som en straff grunnet dårlig samarbeidsvilje fra pasientens side, og at det derfor er uvurderlig å formidle årsaken til tvangsvedtaket på en omsorgsfull måte til pasienten.

Statens helsetilsyn (2000, s. 48) uttrykker at det er flere påstander om at tvangsbehandling til pasienter med anoreksi er forbundet med en svekket terapeutisk allianse. Dog er det usikkerhet om det er forskningsbasert grunnlag for påstandene. I følge Silber (2011, s. 206) har pasienter ofte beskrevet at hjelperens tilnærminger og relasjonen var viktigere enn å ha valgfrihet selv. Han presiserer at det til syvende og sist er de underliggende verdiene, som respekt for pasienten samt godhet og fortrolighet, som gjør en behandling god.

6. Konklusjon

Etter gjennomgått litteratur kan de konkluderes med at at innsikt i pasientens perspektiv, der hun får gi uttrykk på sine følelser og opplevelser kan gjøre helsepersonell bedre rustet til å møte pasientens behov, og dermed styrke den terapeutiske alliansen. Studier viser at pasienter ofte reager negativt, og opplever svekket alliansen av sykepleietilnærminger og behandlingsopplegg som er for strengt og rigid. Det samme gjaldt mangel på kompetanse og uoverensstemmelser over sykepleierens tilnærminger. Pasientene opplevde det positivt at sykepleieren implementerte strenge regler, da de ble nødt til å slippe kontrollen over mat og trening. Sykepleiere som oppmuntret til en sosial spisesituasjon ble også verdsatt. Pasientene presiserte også viktigheten av at de psykologiske behovene ikke ble satt i skyggen av vektoppgangen, og en omsorgsfull og imøtekommende tilnærming fra sykepleierne, resulterte i en terapeutisk allianse basert på tillit og respekt.

Data viser også at sykepleiere med lite erfaring og kunnskap om sykdommen og psykisk helse, hadde vanskeligheter med å forstå pasienten, og opplevde dem ofte som manipulative. Et økt strikt behandlingsregime kan også sykepleierne i dårligere stand til å utføre individuell omsorgsfull sykepleie, samtidig som pasienter opplever sykepleiere som autoritære med makt. Dette kan føre til mistillit hos begge grupper og dermed gjøre det vanskelig og skape og opprettholde den terapeutiske alliansen. Vektøkning kan være en utfordrende fase, da pasientene ofte motsetter seg dette grunnet følelsen av å miste kontrollen. Data viser at det er viktig at sykepleierne har forståelse og en empatisk tilnærming til pasientene i disse situasjonene, men samtidig tydelige på at tidligere kostvaner skal endres til det normale. Pasientene syntes ofte det var ubehagelig å ikke kunne ha kontroll over hva de spiste selv, men i et retroperspektiv følte de det var nødvendig for å bryte ut av anoreksiens mønster. Betydelig undervekt og mangel på sykdomsinnsikt resulterer ofte i at pasienter motsetter seg behandling. Makt ved tvangsbehandling har ofte et negativt utfall for relasjonen. Dermed er det essensielt at sykepleieren har en omsorgsfull tilnærming og ikke gir inntrykk av at tvangsernæring er en straff og et resultat av dårlig samarbeidsvilje.

En god balanse mellom strenge rutiner og en omsorgsfull tilnærming av en trygg sykepleier med god erfaring og kompetanse, vil skape en god terapeutisk allianse mellom sykepleier og den unge jenta med anoreksi. Nøyaktig hvor grensen går mellom streng nok, og for streng tilnærming, bør undersøkes videre.

Litteraturliste

- Abraham, S. (2008). *Eating disorders: The facts*. New York: Oxford University Press.
- Bakker, R., Van Meijel, B., Beukers, L., Van Ommen, J., Meerwijk, E., & Van Elburg, A. (2011). Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(1): 16-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00263.x>
- Burton, M. (2014). Understanding eating disorders in young people. *Practice Nursing*, 25 (12), 606-610. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/pnur.2014.25.12.606>
- Brinchmann, B. S. (2012). De fire prinsippers etikk: Velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i Sykepleien* (s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Folkehelseinstituttet. (2009). Livet med anoreksi: Erfaringer fra mennesker med diagnosen. Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/04d4b275f5.pdf>
- Getz, K. (2012). *Hvis jeg forsvinner, ser du meg da?* Oslo: H. Aschehoug & Co.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2003). *Resept for et sunnere Norge*. (St.meld. nr. 16 2002-2003). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt- Ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsedirektoratet. (2015, 01. November). Hentet 30 Mars, 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-utredning-og-behandling-av-spiseforstyrrelser>

Helsedirektoratet. (2016, 13. Januar). Hentet 31. Mars, 2016 fra

<https://helsedirektoratet.no/nfr/metoder-og-verktoy>

Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Keski- Rahkonen, A., Charpentier, P., & Viljanen, R. (Red.) (2011). *Jag har redan ätit: Att vara anhörig till någon som lider av ätstörning*. Stockholm: Gothia förlag.

LDH. (Udatert). Hentet fra <http://www.ldh.no/bibliotek>

O'Toole, A. W., & Welt, S. R. (Red.) (1989). *Interpersonal Theory in Nursing Practice: Selected works of Hildegard E. Peplau*. New York: Springer Publishing Company.

Obadina, S. (2014). An overview of anoreksia nervosa, bulimia and binge eating disorder. *British journal of school nursing*, 9 (9), 441-446. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/bjsn.2014.9.9.441>

Ogden, J. (2010). *The psychology of eating: From healthy to disordered behavior*. Oxford: Blackwell Publishing.

Ordnett.no. (udatert). Oslo: Kunnskapsforlaget ANS. Hentet 21. Mars, 2016 fra

<https://www.ordnett.no/search?search=bidra&lang=no>

Peplau, H. E. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing. A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Houndsmill/ Basingstoke, Hampshire & London: The Macmillan Press LTD

Psykisk helsevernloven. Lov 02. Juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/KAPITTEL_4?q=spiseforstyrrelser#KAPITTEL_4

Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov 02. Juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_7#KAPITTEL_7

- Ramjan, L. M. (2004). Nurses and the 'therapeutic relationship': Caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (5), 495-503. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02932.x>
- Ramjan, L. M., & Gill, B. I. (2012). An inpatient program for adolescents with anorexia experienced as a metaphoric prison. *American Journal of Nursing*, 112 (8), 24-34. doi <http://dx.doi.org/10.1097/01.naj.0000418094.31317.52>
- Rør, A. (2009). *Spiseforstyrrelser: Symptomforståelse og behandlingsstrategier*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Silber, T. J. (2011). Treatment of Anorexia Nervosa against the Patient's Will: Ethical Considerations. *Adolesc Med*, 22 (2), 283-288. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=108204676>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykatrieboken: Sinn- kropp- Samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Skårderud, F. (2007). *Psychiatry in the flesh: Embodiment og troubled lives. Studies of anorexia nervosa and eating disorders. (Doktorgradsavhandling)*, Department of Psychiatry, University of Oslo, Oslo.
- Skårderud, F. (2013). *Sterk/Svak.: Håndbok om spiseforstyrrelser*. Oslo: H. Aschehoug & Co.
- Slettebø, Å. (2012). Ethiske dilemmaer. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 42-54). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Statens helsetilsyn. (2000). Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. *Utredningsserien 7:2000*. Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/alvorlige_spiseforstyrrelser_ik-2714.pdf
- Zaitsoff, S., Pullmer, R., Cyr, M., & Aime, H. (2015). The Role of the Therapeutic Alliance in Eating Disorder Treatment Outcomes: A Systematic Review. *Eating Disorders: The Journal of*

Treatment & Prevention , 23 (2), 99-114. doi:

<http://dx.doi.org/10.1080/10640266.2014.964623>

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), 2020-2029. doi:

<http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12182>