



Hvordan kan sykepleier skape og opprettholde en terapeutisk relasjon til unge pasienter med anorexia nervosa?

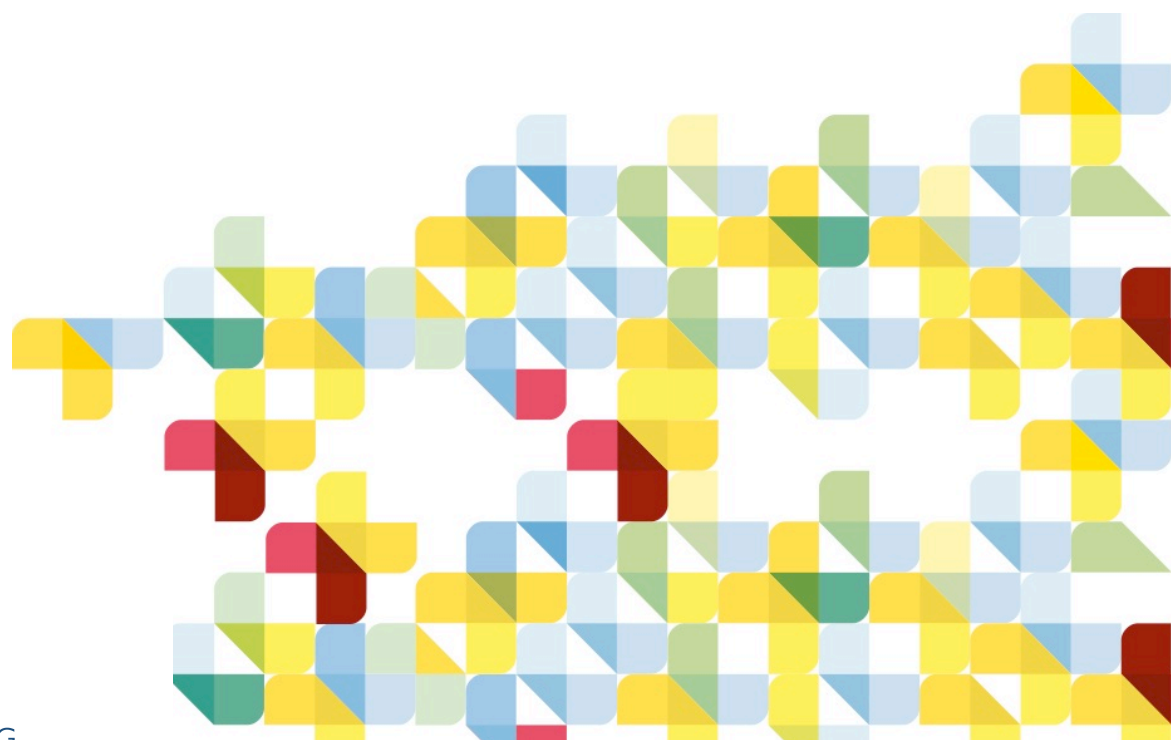
Kandidatnummer: 358

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9977

Dato: 21.04.2016



Tittel

Hvordan kan sykepleier skape og opprettholde en terapeutisk relasjon til unge pasienter med anorexia nervosa?

ABSTRAKT

Problemstilling

Besvarelsen bygger på problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier skape og opprettholde en terapeutisk relasjon til unge pasienter med anorexia nervosa?* Oppgaven handler om unge pasienter med anorexia nervosa som er innlagt på allmennpsykiatriske avdelinger. I og med at disse avdelingene ikke er spesialiserte innen spiseforstyrrelser kan det by på særlige utfordringer når sykepleieren skal etablere en terapeutisk relasjon til pasienten.

Metode

Metoden som brukes i oppgaven baseres på et litteraturstudie, hvor relevant litteratur, fag- og forskningsartikler systematiseres. De ulike artiklene som brukes er funnet gjennom søk i databasen Cinahl og forskningen er kvalitativ.

Teoretisk perspektiv

I den teoretiske forankringen beskrives relevant kunnskap om anorexia nervosa som det er viktig at en som sykepleier har kjennskap til. Teori om relasjonen med inspirasjon fra sykepleieteoretiker Peplau vil også finne sted her.

Drøfting

Problemstillingen diskuteres ved hjelp av fag- og forskningslitteratur. I drøftingen kommer en frem til at sykepleieren må møte pasienten med forståelse og en ikke-dømmende holdning. En ser også på aspekter som kan gjøre det utfordrende for sykepleieren å skulle skape og opprettholde en terapeutisk relasjon til pasienten. Både perspektivet til sykepleierne og pasientene blir her belyst ved hjelp av forskning.

Konklusjon

For at sykepleieren skal lykkes med å skape og opprettholde en terapeutisk relasjon til pasienten er det flere grunnleggende elementer som bør være tilstede. Det innebærer å vise forståelse og

en ikke-dømmende holdning overfor pasienten. Sykepleieren skal også arbeide aktivt med å skape tillit, samtidig som han eller hun skal overholde kontrollfunksjonen. Det relasjonelle arbeidet krever også at sykepleieren finner en balansegang mellom nærhet og avstand. Det vil også være ulike rammefaktorer sykepleieren må ta hensyn til som kan påvirke det relasjonelle arbeidet.

Nøkkelord: anorexia nervosa, sykepleie, terapeutisk relasjon, psykiatrisk avdeling, unge pasienter

(Totalt antall ord: 274)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Hensikten med oppgaven	1
1.2 Avgrensninger og oppklaringer	1
1.3 Oppgavens oppbygging	2
2. Metode	4
2.1 Søkehistorikk	4
2.2 Kort presentasjon av artikler	6
2.3 Kildekritikk	8
3 Anorexia nervosa	9
3.1 Forekomst	9
3.2 Kjennetegn	10
3.2.1 Kroppsforstyrrelse	10
3.2.2 Atferd	11
3.2.3 Somatiske konsekvenser	12
3.3 Årsaker	12
3.4 Behandling	13
3.4.1 Motivasjon.....	14
3.4.2 Sykepleiers rolle	15
3.4.3 Kompetanse	16
4 Relasjonens betydning	18
4.1 Sykepleieteoretisk referanseramme	18
4.2 Den terapeutiske relasjonen	18
5. Drøfting - Hvordan kan sykepleier skape og opprettholde en terapeutisk relasjon til unge pasienter med anorexia nervosa?	20
5.1 Møte pasienten med forståelse og en ikke-dømmende holdning	20
5.2 Balansere mellom å være tillitsskaper og å følge behandlingsopplegget	22
5.2.1 Sykepleier som tillitsskaper	22
5.2.2 Sykepleier som behandlingsrepresentant	24
5.3 Nærhet og avstand i relasjonen	26
5.4 Være oppmerksom på rammefaktorer	27
6. Konklusjon	29
Referanseliste	30

1. Innledning

Ved å se på spiseforstyrrelser i dag på et globalt nivå, kan vi se at det sterkt kan knyttes til vestlig kultur. En kultur som har et usunt fokus på kropp, og som knytter dette opp mot psykologisk og sosial mestring. Jeg har valgt å skrive om anoreksi fordi det er en omfattende psykisk lidelse som er svært relevant i dag. Anorexia nervosa er å regnes som den dødeligste av de psykiske lidelsene. Det er også en lidelse som er vanskelig å behandle, men behandling vil likevel bidra til en bedre prognose. Temaet har vekket spesiell interesse hos meg og jeg ønsker dermed å bruke denne anledningen til å fordype meg i sykepleiers arbeid med denne pasientgruppen (Skårderud, 2013).

1.1 Hensikten med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvordan sykepleier kan skape og opprettholde en terapeutiske relasjon til unge pasienter som lider av alvorlig anoreksi i en allmennpsykiatrisk kontekst.

Problemstilling: *Hvordan kan sykepleier skape og opprettholde en terapeutisk relasjon til unge pasienter med anorexia nervosa?*

Innenfor anoreksi er det ikke funnet en bestemt behandlingsmetode som er overordnet. Hovedfokuset i behandlingen er dermed rettet mot å etablere en terapeutisk relasjon slik at pasienten blir i behandlingen (Statens helsetilsyn, 2000).

1.2 Avgrensninger og oppklaringer

Oppgavens *målgruppe* er unge pasienter som har en alvorlig grad av anorexia nervosa. Grunnen til dette valget er at lidelsen ofte debuterer i tenårene. Ved å se på spiseforstyrrelser generelt viser også studier at det er tenåringer som har flest liggedøgn i spesialisthelsetjenesten (Morris, Simpson & Voy, 2013). Jeg har valgt å fokusere på pasienter med et aldersspenn fra 16 og 20 år, da det er en myndig aldersgruppe som i utgangspunktet er samtykkekompetent (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Fokuset vil her være på jenter med anoreksi, da gutter er en liten representert gruppe. Det er likevel viktig å si at dette ikke bare er noe som rammer kvinner, selv om det er en kvinnedominerende lidelse (Hummelvoll,

2012). Jeg tar utgangspunkt i at pasientene er *frivillig innlagt* på allmennpsykiatrisk avdeling, da frivillig innleggelse både er anbefalt og gunstig for behandlingsresultatet. Da aldersgruppen både er over og under 18 år, befinner pasientene seg både i barne- og ungdomspsykiatriske og voksenpsykiatriske avdelinger (Statens helsetilsyn, 2000). Dette er avdelinger som har en generell kompetanse innenfor psykiatri, og forskning viser at det stadig er behov for økt kompetanse hos sykepleierne i disse avdelingene (Ramjan, 2004).

En *terapeutisk relasjon* i denne sammenhengen dreier seg om en relasjon mellom sykepleier og pasient som har en *helende* effekt for pasienten. Jeg velger å bruke sykepleieteoretikeren *Hildegard Peplau* og hennes teori om mellommenneskelige relasjoner som inspirasjon. Peplau påpeker blant annet at god sykepleie krever at det etableres en god sykepleier-pasient-relasjon. På bakgrunn av dette oppleves hun som relevant å bruke i oppgaven.

Anorexia nervosa er det latinske ordet for den *nektende* spiseforstyrrelsen, men i oppgaven vil jeg også anvende det norske ordet anoreksi. Jeg forholder meg til restriktiv anoreksi, og utelukker atypisk anoreksi. Selv om det ofte også er komorbiditet knyttet til lidelsen, velger jeg på grunn av oppgavens omfang å utelukke dette i oppgaven. Ordet *tilfriskning* vil bli noe brukt i oppgaven, og slik jeg ser det innebærer dette begrepet pasientens vei fra innleggelse mot å bli bedre.

I oppgaven forholder jeg meg til *diagnosesystemet ICD-10* som er laget av verdens helseorganisasjon (WHO) og som offisielt blir brukt i norsk helsevesen. Andre avgrensninger jeg har valgt å ta på grunn av oppgavens omfang er å *utelukke sykepleiers arbeid med pårørende*, selv om dette i hovedsak er en viktig del av behandlingen (Skårderud, 2013).

1.3 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt inn i seks hovedkapitler. Etter innledningskapitlet kommer det en metodekapittel som inneholder valg av metode, som i dette tilfellet er et litteraturstudie. Videre blir søkehistorikken for de mest brukte artiklene beskrevet samt en kort presentasjon av disse. Metodekapitlet avsluttes med et underkapittel om kildekritikk hvor jeg stiller meg kritisk til kildene som er brukt i oppgaven. Neste kapittel innebærer en teoridel om anorexia nervosa med underkapitler om forekomst, kjennetegn, årsaker og behandling knyttet til lidelsen. Relasjonens betydning blir deretter beskrevet i neste kapittel med inspirasjon fra

sykepleieteoretiker Hildegard Peplau. Den terapeutiske relasjonen blir også omtalt under dette kapitlet. Deretter kommer drøftingsdelen hvor problemstillingen blir besvart ved hjelp av fag- og forskningslitteratur. Litteraturen bidrar til å finne noen holdepunkter for sykepleieren i hennes arbeid med å skape og opprettholde en terapeutisk relasjon til den anorektiske pasienten. Holdepunktene handler blant annet om de forutsetningene sykepleier bør ha i møte med anorektiske pasienter. Samtidig som en ser på hvilke særlige utfordringer en kan møte i arbeidet med denne pasientgruppen. Til slutt vil det være et kapittel hvor jeg samle trådene og svarer på problemstillingen. Det vil med andre ord være et konklusjonskapittel som blir den avsluttende delen i oppgaven.

2. Metode

Definisjonen av metode kan i følge sosiologen Wilhelm Aubert (1985) beskrives som; «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 metoder» (Aubert, gjengitt etter Dalland, 2012, s. 111).

Lovisenberg Diakonale Høgskole krever en bacheloroppgave som belyser problemstillingen kritisk ved hjelp av litteratur og kliniske erfaringer. Det vil si at oppgaven bygger på et litteraturstudie. Et litteraturstudie anvendes når en skal systematisere kunnskap fra skriftlige kilder. Dette gir mulighet til å gå i dybden på et emne ved å anvende eksisterende litteratur. Det vil dermed ikke bli presentert ny fagkunnskap, men ved å systematisere eksisterende kunnskap kan en bidra til økt forståelse innenfor emnet (Thidemann, 2015).

I utgangspunktet bestemte jeg at kildene mine ikke skulle være eldre enn 10 år, men det er likevel blitt gjort noen unntak. Jeg har blant annet benyttet originalkilden til Hildegard Peplau fra 1952 som inneholder hennes teori om mellommenneskelige relasjoner. I tillegg har jeg brukt Statens helsetilsyn sine retningslinjer for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten fra 2000, da de oppdaterte retningslinjene ikke blir publisert før i slutten av år 2016. For øvrig har jeg også benyttet meg av Ramjans forskningsartikkel fra 2004, da jeg ikke har funnet lignende studier som er blitt gjort i senere tid. Jeg ser likevel på de nevnte kildene som gjeldende og holdbare da det er mulig å trekke ut mye nyttig informasjon til min problemstilling som fortsatt er aktuell.

2.1 Søkehistorikk

Før jeg startet artikkelsøkene hadde jeg gjort meg opp noen tanker om hvilke innhold artiklene jeg så etter skulle ha. Dette var blant annet sykepleier- og pasientperspektivet rundt god behandling av pasienter med anoreksi og om relasjonens betydning for behandlingen. På den måten kan problemstillingen bli belyst fra flere sider. Fremgangsmåten for å finne de relevante artiklene ble gjort ved at jeg først så på artiklens titler, så leste abstraktet og deretter leste hele artikkelen dersom den virket interessant og relevant for min problemstilling.

Jeg har utført søk både i databasen Pubmed, SveMed+ og Cinahl. Likevel er det kun artikler fra Cinahl jeg har endt opp med å bruke. I Cinahl begynte jeg med søkeordet *anorexia nervosa* som traff 2481 artikler. Så brukte jeg søkeordet *nursing* (491 843) for deretter å kombinere disse to (132). Videre avgrenset jeg til ”research article”, ”peer reviewed”, ”fulltext” og ”published date 2010-2015”. Da fikk jeg 6 treff, hvorav 2 artikler var av interesse. Den ene var av interesse fordi den handlet om pasientperspektivet ved behandlingen av pasienter med anoreksi (Zugai, Stein-Parbury & Roche, 2013). Den andre var interessant fordi den innebar sykepleieres erfaringer med behandling av pasienter med anoreksi (Bakker et al., 2011).

I det neste søket brukte jeg søkeordene *nurse-patient-relations* (19 544) og *anorexia nervosa* (2481). Da jeg kombinerte disse fikk jeg 22 treff og ved å avgrense med ”full text”, ”peer reviewed” og ”research article” ble det 6 treff. Her var 1 artikler av interesse. Dette fordi den tok for seg den terapeutiske relasjonen mellom sykepleiere og unge pasienter med *anorexia nervosa* i en allmennpsykiatrisk kontekst (Ramjan, 2004).

Videre utførte jeg et søk hvor søkeordene *anorexia nervosa* (2481), *motivation* (44 855) og *recovery* (14 067) ble kombinert. Resultatet ble 8 artikler hvor 1 artikkel ble av interesse. Denne artikkelen virket interessant da den undersøkte tidligere pasienters erfaringer av hva som motiverte dem til å ønske å bli frisk fra *anorexia nervosa* (Nordbø et al., 2008).

Deretter utførte jeg et søk hvor jeg kombinerte søkeordene *therapeutic relationship* (867) og *eating disorders* (9487). Avgrensinger som ”fulltext” og ”published between 2010-2015” ble også gjort. Dette resulterte i 8 treff. Det var kun 1 artikkel som ble av interesse. Dette var en fagartikkel som gjorde rede for den terapeutiske relasjonen satt i kontekst med arbeid i avdelinger for spiseforstyrrelser. Denne virket på mange måter relevant for min problemstilling (Wright, 2010).

Til sist søkte jeg med søkeordene *eating disorders* (9487), *attitudes* (107 144) og *nurse-patient relations* (19 598). Da disse ble kombinert og avgrenset til årstall 2010 fikk jeg 5 treff. Dette medførte at jeg fant en artikkel som virket interessant og aktuell. Dette fordi den undersøkte hvilke erfaringer sykepleiere hadde i å etablere en terapeutisk relasjon med pasienter som var innlagt på avdelinger for spiseforstyrrelser (Snell, Crowe & Jordan, 2010).

2.2 Kort presentasjon av artikler

Når jeg i søkene etterspør de subjektive erfaringene, opplevelsene, oppfatningene og holdningene vil det være naturlig at det bygger på erfaringsbasert menneskelig kunnskap. Med andre ord har resultatene vært kvalitative studier. Kvalitative studier bygger på erfaringer og holdninger. Det innebærer som regel kun et fåtall informanter, men som samtidig bidrar til atskillig nyttig informasjon (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012).

1) *”Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective”*

Dette er en forskningsartikkel som har undersøkt perspektivet til åtte tidligere pasienter som nå er friske. Målet med studien var å kartlegge hvordan sykepleiere kan sikre vektoppgang samtidig som en bidrar til at pasientene får en positiv opplevelse av å være i behandling. Gjennom artikkelen får vi et innblikk i pasientperspektivet og hva pasientene mener er god og effektiv sykepleie. Studien kommer frem til at en terapeutisk relasjon er en viktig nøkkel for sykepleieren når hun skal sikre vektoppgang og bidra til en positiv innleggelsesopplevelse for pasienten (Zugai et al., 2013).

2) *”Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions”*

Denne forskningsartikkelen henter frem sykepleieperspektivet ved å intervjuer syv sykepleiere og én sosionom ved en institusjon for spiseforstyrrelser. Det blir her tatt frem viktige aspekter som i følge informantene opplevdes som effektive i arbeidet med unge anorektiske pasienter mot tilfriskning. Deriblant flere hovedkategorier som gikk ut på at sykepleieren hjalp pasientene til gjenopptakelse av normalt spisemønster og trening. I tillegg til å hjelpe pasienten til å gjenoppta sosiale ferdigheter, samt å være rådgiver til pasientens foreldre (Bakker et al., 2011).

3) *”Nurses and the ‘therapeutic relationship’: Caring for adolescents with anorexia nervosa”*

Dette er en forskningsartikkel som handler om relasjonsbygging mellom sykepleier og den anorektiske pasienten. Deltakerne i forskningen er ti sykepleiere med erfaring fra akuttavdelinger og arbeid med anoreksipasienter. Studien utforsker de problemer og

hindringer som kan oppstå når sykepleier skal danne en terapeutisk relasjon med pasienten (Ramjan, 2004)

4) *"Expanding the Concept of Motivation to Change: The Content of Patients' Wish to Recover from Anorexia Nervosa"*

I denne forskningsartikkelen er det blitt intervjuet atten kvinner med anorexia nervosa som har vært i behandling de to siste årene. Hensikten med studien var å berike og utvide konseptet rundt anorektiske pasienters motivasjon til endring. Dette ved å utforske hva pasientene selv mente motiverte dem til å ønske å bli bedre (Nordbø et al., 2008).

5) *"Therapeutic relationship: Developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit"* .

Dette er en fagartikkel som tar opp ulike vinklinger på den terapeutiske relasjonen. Artikkelen ser blant annet på teorier som har bidratt til kunnskap om den terapeutiske relasjonen. Videre tar den for seg sammenhengen mellom den terapeutiske relasjonen og resultatet i behandlingen. Den ser på den terapeutisk relasjonen inn i avdelinger for spiseforstyrrelser og de utfordringer en kan møte der. Artikkelen setter i tillegg fokus på hvem som er ansvarlig for den terapeutiske relasjonen og bedringen (Wright, 2010).

6) *"Maintaining a therapeutic relationship connection: nursing in an inpatient eating disorder unit"*

Denne forskningsartikkelen undersøker hvilke erfaringer syv sykepleiere ved en døgnenhet for spiseforstyrrelser har i forhold til å etablere terapeutiske relasjoner til pasientene. Studien konkluderer med tre kategorier som sykepleierne mente var grunnleggende. Det første var å utvikle terapeutisk kontakt hvor kunnskap, samarbeid og tilstedeværelse stod sentralt. Det andre var å forhandle den terapeutiske kontakten. Under denne kategorien fant en sykepleiers kontrollfunksjon og selvbevissthet, samt viktigheten av sykepleiefaglig veiledning. Det tredje dreide seg om å koordinere kontakten når sykepleier både er en del av behandlingsteamet og er pasientens talsmann (Snell et al., 2010).

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer å vurdere og karakterisere de kildene en selv skal bruke. Når en er kildekritisk anvendes ulike metoder for å vurdere om kildene er troverdige. I arbeid med oppgaver som denne er det særlig viktig å være kildekritisk til det en leser, da det kreves at kildene som brukes er holdbare. Ved å sikre gyldigheten på kildene, sikrer en også gyldigheten på egen oppgave (Dalland & Trygstad, 2012).

Ved søk av artikler har jeg undersøkt om forfatteren har relevant kunnskap og bakgrunn i forhold til faget. På den måten kan jeg sikre at kildene er gyldige og holdbare. Dessuten har jeg anvendt en sjekkliste for kvalitativ metode fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, da alle forskningsartiklene jeg har brukt er av kvalitative metode (Nordtvedt et al., 2012).

Jeg har gjort et bevisst valgt ved å bruke fag og forskning som er fra vestlige land som Australia, New Zealand og England. Slike kilder gir en realistisk overføringsverdi til helsevesenet i Norge, mye på grunn av lik kultur og praktisering. Spiseforstyrrelser er også å regnes som den vestlige verdens etniske lidelse (Skårderud, 2013).

Det har ikke vært vanskelig å finne litteratur om anoreksi. Når det er sagt er størsteparten av den norske litteraturen om anoreksi skrevet av psykiateren Finn Skårderud. Spørsmålet blir da om dette blir en for ensidig kilde. Likevel skal det sies at Skårderud er en av de fremste personene i Norden innen fag og forskning knyttet til anoreksi (Røer, 2009).

3 Anorexia nervosa

Spiseforstyrrelser er en gruppe psykiske lidelser som forbindes med overopptatthet av kropp, vekt og utseende. For en som lider av spiseforstyrrelse er det utfordrende å forholde seg til mat, samt egne følelser og tanker. Hovedkategoriene innen spiseforstyrrelser er anorexia nervosa, bulimia nervosa og uspesifiserte spiseforstyrrelser (Bjørnelv, 2012).

Spiseforstyrrelser er mye preget av kultur, og blir som sagt omtalt av mange som det moderne vestens etniske lidelse (Skårderud, 2013).

For å bli diagnostisert med anorexia nervosa må personen oppfylle diagnosesystemet ICD-10 sine hovedkriterier:

- et selvpåført vekttap som medfører at personen er minst 15 % under den forventede vekten i forhold til alder og høyde
- synet på egen kropp er forstyrret ved at pasienten føler seg tykk tross lav vekt
- pasienten preges av en intens redsel for å gå opp i vekt.
- menstruasjonen har vært avvikende minimum tre påfølgende ganger (World Health Organization, 2003).

3.1 Forekomst

I Norge er det 50 000 kvinner mellom 15 og 44 år som til enhver tid lider av en spiseforstyrrelse. Av den totale kvinnelige befolkningen lider 3 % av uspesifisert spiseforstyrrelse, 2 % av bulimi, og 0,3 % av anoreksi. Fra prosentregning til individnivå, vil det si at 2700 kvinner til enhver tid lider av anoreksi (Folkehelseinstituttet, 2016). Selv om forekomsten er lavere ved denne lidelsen, er det likevel den som får viet mest oppmerksomhet. Noe av grunnen til dette er trolig dens dramatiske synlighet. Anoreksi debuterer oftest i 12-18 årsalderen og det er flest kvinner som rammes. I tillegg regnes lidelsen som den mest dødeligste av de psykiske lidelsene. For å sette det litt i perspektiv er det kun ulykker og kreft som går foran anoreksi som de største dødsårsakene for tenåringsjenter i Europa (Skårderud, 2013).

Anoreksi fører med seg en dårlig prognose, men ved å få behandling gir det bedre forutsetning for at vedkommende klarer seg. Jo tidligere personen får behandling, jo bedre blir prognosen (Aarre, Bugge & Juklestad, 2009). Imidlertid viser det seg at det kun er 30 % av anorektikere som *noen gang* kommer til behandling (Røer, 2009).

3.2 Kjennetegn

Anorektikeren kan forenklet betegnes som nekteren. Hvorfor denne betegnelsen brukes er fordi personen nekter å spise, såkalt spisevegring (Skårderud, 2013). Ordet anorexia kommer fra det greske ordet *an* (nektende) og *orexis* (begjær, matlyst) som samlet sett betyr manglende matlyst (Hummelvoll, 2012). Når den anorektiske først inntar mat, beholdes den som regel. Imidlertid kompenserer personen matinntaket ved å eksempelvis overdrive trening for å kvitte seg med kaloriene (Skårderud, 2013).

”Hvert skritt telte, for hvert skritt bidro til å forbrenne kaloriene jeg nettopp hadde spist” (Myhre, 2012, s. 84).

Et uttalt kjennetegn ved lidelsen er at personen har et sykkelig behov for kontroll. Mat og kropp blir kontrollert i et forsøk på å skape kontroll over sitt eget liv og for å oppnå bedre selvfølelse (Skårderud, 2013). Ofte gjøres dette ved å danne ulike regler og rutiner for å kunne kontrollere egen vekt og kroppsform (Bjørnelv, 2012). For eksempel å utføre et antall situps før og etter hvert måltid, eller at måltidene skjer på bestemte tidspunkt og varer over en bestemt tid (Håheim, 2015). Anorektikeren føler ofte på en trang til å ha oversikt over kalorimengden i maten som skal spises, samt hvordan maten er tilberedt. Pasienten gjør dette for å skape trygge rammer rundt egen situasjon, da vedkommende er preget av en intens frykt for å legge på seg (Bjørnelv, 2012).

3.2.1 Kroppsforstyrrelse

Pasienten har en forstyrret kroppsoppfatning i form av at vedkommende føler seg tykk til tross for hennes lave vekt. Hun opplever seg selv som stor, selv om hun egentlig er sykkelig tynn (Røer, 2009). ”Kroppsforstyrrelsen kan oppleves som en vrangforestilling, men det er en forstyrrelse i opplevelsen av kroppens størrelse og form, ikke en synsforstyrrelse” (Bjørnelv, 2012, s. 263). Personen med anoreksi kan slite med å se seg selv i speilet, og kan finne andre måter å analysere kroppen på, såkalt kroppssjekking. Kroppssjekking innebærer at personen utfører ritualer som ved eksempelet nedenfor - å sjekke kragebein, ribbein og hoftekam før en skal stå opp om morgenen (Myhre, 2012).

Ribbeina buler ut under huden, og jeg trekker pusten dypt på kommando for at de skal

bli enda mer tydelige. Alt er som det pleier å være. Hendene går videre nedover til hoftene, som jeg må tilstå at jeg holder en knapp på som favorittbena mine, da de står ut fra hoftene som spisse spyd når jeg ligger på ryggen. Jeg presser tomlene ned på innsiden av dem, tar tak i huden og presser. Jeg prøver å skyve hoftene sammen med begge hendene en lang stund, før jeg omsider sier meg ferdig med inspeksjonen (Myhre, 2012, s. 14).

3.2.2 Atferd

En person med anoreksi har vanskeligheter med å sette ord på følelsene sine. Kroppen har bevisst eller ubevisst blitt et språk som taler tydelig om det utydelige. I kontakt med andre vil personen oppleves som vanlig når samtalene er overflatiske. Men ettersom samtalene blir dypere og mer personlig vil vedkommende trekke seg unna. Det er vanskelig å komme inn på personen, noe som kan gjøre relasjonsbygging utfordrende (Skårderud, 2013).

I løpet av ungdomsårene går hjernen gjennom store biologiske forandringer, både på strukturelt og funksjonelt plan. Denne forandringen skjer langsomt og er ikke ferdig før en er blitt rundt 25 år. I tenårene har en som kjent humørsvingninger, er impulsiv og har liten evne til konsekvenstenking. Det som er nyttig å vite er at disse trekkene ofte vil være mer uttalt enn vanlig blant unge med anoreksi (Rør, 2009).

Eg har sett at sjukesystrene ikkje veit kva dei skal gjere med raseriet mitt, det stygge andletet som viser seg viss det er smør på potetene eller banan i staden for eple til mellommåltida. Eg er tynn og eg er farleg (Håheim, 2015, s. 37).

Pasienter som er alvorlig undervektige har ofte også nedsatt glukosemetabolisme i hjernen. Dette medfører ulik grad av kognitiv svikt hos den enkelte, noe som påvirker pasientens evne til å ta ansvar for seg selv. Kunnskap om dette kan dermed virke inn på de vurderinger sykepleieren og andre kan eller skal ta i behandlingen (Statens helsetilsyn, 2000).

Pasientene kan oppfattes som manipulative overfor personellet. Det kan være i form av at de simulerer vektøkning ved eksempelvis stort vanninntak før veiing. Pasientene har også

tendenser til å gruppere personalet inn i ”gode” og ”dårlige” personer. Ofte skjer dette når pasienten har opplevd situasjoner som står i strid med hennes egne ønsker. Dersom en ikke har nok kunnskaper om årsaken til atferden kan pasientene mistolkes som ondsinnede, når atferden egentlig skyldes den frykten pasientene bærer på (Statens helsetilsyn, 2000).

3.2.3 Somatiske konsekvenser

”Det svartner når eg kliv ut av senga, pappa tek meg imot rett før eg treffer golvet” (Håheim, 2015, s. 35).

Den anorektiske har vært underernært over lengre tid, og dette påvirker alle organene i kroppen. Det sies at ”alt slankes” og kroppen går på sparebluss. Pasienten fryser lett, og etterhvert kan det vises dunaktig behåring på kroppen. Både kroppstemperatur, puls og blodtrykk er redusert. Det lave blodtrykket kan for eksempel medføre svimmelhet og økt fallrisiko (Skårderud, 2013).

Senere kunnskap har vist at anorektikere trolig utvikler en form for fysiologisk avhengighet. Med dette menes at pasientene av natur ofte er sensitive og overengstelige, og dermed er storforbrukere av stresshormonet noradrenalin. Når de lar være å spise eller spiser mindre, opplever de en form for ro og lindring som demper produksjonen av noradrenalin. Når de derimot inntar mat, økes produksjonen og fremprovoserer en opplevelse av uro når. Dette skaper en ond sirkel, da de opplever en slags bedøvende effekt av å ikke spise (Røer, 2009).

3.3 Årsaker

«Spiseforstyrrelser kan være en normal reaksjon på krise og belastning» (Røer, 2009, s. 36).

Det å utvikle spiseforstyrrelser kan ikke forårsakes av en faktor alene, men det er flere faktorer som spiller inn, såkalt *multifaktorielle* årsaksforhold. Årsaksforholdene kan deles inn i disponerende, utløsende og vedlikeholdende faktorer (Hummelvoll, 2012).

De disponerende faktorene er omfattende og innebærer en sårbarhet hos vedkommende som i møte med utløsende faktorer ender i en spiseforstyrrelse. Det kan blant annet dreie seg om genetikk, personlighet, familieforhold, traumer og kultur (Skårderud, 2013). De utløsende faktorene går ut på de hendelsene som er med på å *trigge* til å utvikle en spiseforstyrrelse. For

eksempel kan slanking eller et stort fokus på diett, kosthold eller trening være en utløser for forstyrrelsen. Det kan også være en endring i personens liv som oppleves som truende, som eksempelvis pubertetsutvikling, flytting eller endret familiesituasjon. De vedlikeholdende faktorene innebærer situasjoner som for eksempel skaper positive opplevelser ved et vekttap. Det å få anerkjennelser fra vennekretsen, eller det å få økt oppmerksomhet og omsorg kan for eksempel virke vedlikeholdene (Røer, 2009).

Årsakene til spisevegring kan som sagt være mange. Overordnet kan en likevel se at det ofte ligger et behov for å mestre *noe*. For pasienten kan spisevegringen bidra til en bedøvende effekt som demper uønskede følelser. Den kan også gi en følelse av å overvinne egne instinkter og grunnleggende behov, som igjen gir en styrkefølelse ved sammenligning av andre som ”gir etter”. I tillegg kan spisevegringen være som en slags straff fordi vedkommende opplever at hun ikke har gjort seg fortjent til å spise (Skårderud, 2013).

3.4 Behandling

Når lidelsen har varighet over lengre tid blir det fort synlig for andre, samtidig som den etter hvert forårsaker tydelige medisinske komplikasjoner. Ofte vil disse komplikasjonene være forbundet med hjertet (Statens helsetilsyn, 2000). Det resulterer i at pasienter med anoreksi raskere kommer til behandling sammenlignet med andre spiseforstyrrelser. Likevel er det som sagt kun 30 % som noen gang får behandling for lidelsen (Røer, 2009).

Det er sjelden at pasienten oppsøker hjelp av eget initiativ. Som oftest er det pårørende eller andre som har uttrykket sin bekymring, og videre har pasienten følt seg presset til å møte til behandling (Hummelvoll, 2012). Innleggelse vil være nødvendig dersom lidelsen ikke bedres og der det er stor risiko alvorlige medisinske komplikasjoner. I tillegg kan en person legges inn dersom lidelsen blir for stor belastningen for familien (Røer, 2009). Når det i de fleste tilfeller er grunnet andres bekymring at vedkommende møter til behandling, medfører det at pasienten ofte er motvillig til behandlingen (Bjørnelv, 2012).

Selv om pasientene lider av samme diagnose, er det viktig å vite at de lider på sin egen unike måte. ”Vi er så ulike, men likevel vakkert plasserte i dei same avsnitta i lærebøkene til reparatørane” (Håheim, 2015, s. 55). I behandlingen skal det dermed tas hensyn til at hver pasient er enestående og trenger et individualisert tilbud (Skårderud, 2013).

Behandlingen av anoreksi krever tid og er kompleks. Det kan ta flere år før pasientens tilfriskning stabiliseres (Aarre et al., 2009). Målet med behandlingen er ikke bare å redusere symptomene, men også å behandle de underliggende problemene og de konsekvensene som lidelsen har medført. I behandlingen av spiseforstyrrelser er det ulike former for psykoterapi som blir anvendt. Dette innebærer individualterapi som eksempelvis kognitiv atferdsterapi (CBT) og interpersonlig psykoterapi (IPT). Målet med psykoterapi er å fremme *motivasjon* både til vektoppgang og til å gjenopprette et spisemønster som er hensiktsmessig. Når en har oppnådd dette er det større mulighet for at pasienten videre kan få utbytte av å bearbeide underliggende problemer (Bjørnelv, 2012).

Som tidligere nevnt er det ikke noen behandlingsmetode innenfor anoreksi som har vist seg overlegen overfor andre. Det finnes altså ikke én bestemt oppskrift for hvordan en behandler lidelsen, men metodene brukes etter hvilke teori behandlerne har om årsaken til utviklingen hos den enkelte (Ramjan, 2004). Et overordnet mål vil derfor alltid være å skape og opprettholde en terapeutisk relasjon som er solid nok til at pasienten blir i behandlingen. Det mest utfordrende kan være at motivasjonen til pasienten er varierende (Aarre et al., 2009).

Selv om det rettes mye fokus på vektoppgang i behandlingen, er det først og fremst arbeidet med å fremme motivasjonen til pasienten som står høyest. I en somatisk sykehusavdeling vil behandling av anoreksi i bunn og grunn dreie seg om å berge livet til pasienten. Imidlertid vil det ved en psykiatrisk avdeling være en mer helhetlig terapeutisk behandling. Dersom en kun hadde nøyen seg med pasientens vektoppgang, ville risikoen vært stor for at pasienten ble etterlatt like spiseforstyrret. På papiret kunne behandlingen kanskje sett vellykket ut, men fra pasientens side ville situasjonen opplevdes enda mer problematisk nå enn før behandlingen (Skårderud, 2013). Det rettes dermed et stort fokus på motivasjonsarbeid og å etablere en terapeutisk relasjon til pasienten. Et slikt arbeid danner grunnlag for at pasienten etter hvert vil ønske seg ut av lidelsen (Statens helsetilsyn, 2000).

3.4.1 Motivasjon

Før det i det hele tatt kan skje en endring, må vedkommende ha motivasjon for det (Eide & Eide, 2007). I møte med anorektiske pasienter er det nettopp arbeidet med å fremme

motivasjon som står sentralt i behandlingen. Motivasjonen til pasienten kan svinge i takt med pasientens ambivalente ønske om å frisk da lidelsen kan oppleves som både venn og fiende (Skårderud, 2013). På den ene siden kan pasienten ønske å bli frisk, samtidig som hun på den andre siden er svært motstandsdyktig til å endre atferd (Nordbø et al., 2008).

«Motivasjon er alt som driver og vedlikeholder atferden vår, eller som summen av alt det som stimulerer et individ til å gjøre endringer i livssituasjonen» (Bjørnelv, 2012, s. 488).

I motivasjonsarbeidet er det helt grunnleggende at behandlingsteamet får en forståelse av hva pasienten selv oppfatter som drivkraften bak et ønske om å bli bedre (Nordbø et al., 2008).

Som oftest opplever ikke pasienten selv at hun har et problem, og dermed erkjenner hun det heller ikke. Dette virker videre inn på pasientens motivasjon til å bli frisk og påvirker dermed også behandlingen (Hummelvoll, 2012). Ofte vil ikke pasientens mål for behandlingen tilsvare behandlernes, men det er likevel viktig at dette blir respektert. Det kan for eksempel hende at pasienten ikke tenker at hun skal bli helt frisk etter behandlingen, men at hun skal klare å leve med lidelsen i hverdagen (Statens helsetilsyn, 2000).

I et studie gjort av Nordbø et al. kom det frem hva som gjorde at pasientene selv ble motivert til å ønske å bli bedre. Det første handlet om at de fikk en opplevelse av livsglede. Dette kunne være i form av glede, konsentrasjon, spontanitet eller energi. Det andre handlet om at de opplevde å være autonome. For eksempel at de selv fant nye veier for mestring eller at de selv tok et valg om å bli bedre og dermed tok ansvar for eget liv. Det tredje innebar at de fikk en opplevelse av innsikt. Blant annet å klare å senke egne ambisjoner ved å eksempelvis akseptere at en ikke er best i alt. Til sist fant studien at pasientene ble motivert til å bli frisk ved å erkjenne de negative konsekvenser ved lidelsen. For eksempel de kroppslige konsekvensene av anoreksi i form av brystmerter. For en av pasientene ble dette et sterkt møte med virkeligheten og videre også et vendepunkt i livet hennes (Nordbø et al., 2008).

3.4.2 Sykepleiers rolle

Sykepleieren spiller en nøkkelrolle i forbindelse med innflytelse på pasientenes behandling. Som sykepleier følger en pasienten gjennom hele døgnet og er i en viktig posisjon når det kommer til å veilede pasienten med anoreksi til veien mot vektoppgang og tilfriskning. En

forutsetning for å oppnå nettopp dette er at sykepleieren klarer å danne en terapeutisk relasjon til pasienten (Hummelvoll, 2012).

For at en som sykepleier skal klare å etablere en terapeutisk relasjon forutsetter det at hun har flere typer ferdigheter. Gode kommunikasjonsferdigheter er for eksempel relasjonsskapende og vil bidra til å skape en god relasjon til pasienten. Ved at sykepleier også har gode mellommenneskelige ferdigheter kan hun ved å bruke seg selv bidra til at pasienten føler seg trygg nok til å åpne seg. I tillegg vil sykepleiers evne til forståelse og tillitsbygging virke positivt i møte med pasienten (Ramjan, 2004).

Sykepleiers arbeid med denne pasientgruppen er svært allsidig. Det innebærer blant annet å være til støtte i måltider og tilby miljøterapeutiske samtaler. Sykepleier blir også behandlingens representant ved at hun koordinerer og/eller følger opp ordineringer, arbeider i team, samarbeider med pårørende og observerer pasientens fysiske og psykiske tilstand. Hvilke utfordringer sykepleier møter som følge av å være behandlingsrepresentant vil bli drøftet senere i oppgaven (Hummelvoll, 2012).

3.4.3 Kompetanse

Det kan være svært krevende å skulle forholde seg til en pasient som, satt litt på spissen ”av eget initiativ” driver å ødelegger seg selv. Derfor er sykepleierens kompetanse avgjørende for sykepleieutøvelsen, da forståelse er en viktig faktor i arbeidet med pasientene (Ramjan, 2004). Hvilke kunnskaper sykepleierne sitter inne med kan variere veldig. Sykepleierens kompetanse er avgjørende for hvordan kvaliteten på behandlingen oppleves for pasienten, samt for resultatet i behandlingen. I en allmennpsykiatrisk avdeling er det et bredt spekter av lidelser, noe som kan påvirke hvilke kompetanse utøverne har (Holter, 2011). Etter yrketetiske retningslinjer for sykepleiere har en som sykepleier et ansvar for å holde seg faglig oppdatert. Dette både i forhold til forskning, utvikling og dokumentert praksis. På den måten bidrar man også til at det anvendes ny kunnskap i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Det er likevel ikke bare kunnskap om lidelsen, men også om hvordan en møter den enkelte som er viktig når det dreier seg om kompetanse. Dette forutsetter som tidligere nevnt gode kommunikasjonsferdigheter. Slike ferdigheter innebærer blant annet at sykepleier både evner

å lytte, å bruke et egnet språk og kunne stille de ”riktige” spørsmålene enten det eksempelvis er åpne, utdypende eller oppklarende spørsmål (Peplau, 1952).

Kompetanse er en forutsetning for at sykepleieren skal klare å møte pasienten med forståelse og en ikke-dømmende holdning. Ved manglende kompetanse om den anorektiske lidelsens natur, risikerer en å havne i en felle hvor pasientene blir sett på som vanskelige og manipulative (Ramjan, 2004). Da tenker en at lidelsen er forårsaket av pasienten selv, og at hun derfor også må fikse seg selv. Det bidrar til en negativ holdning som stiller seg kritisk til hvorfor disse pasientene får behandling fremfor andre som egentlig trenger det mer (Skårderud, 2013). En slik oppfattelse er uheldig på flere måter og et særlig hinder når det skal dannes en terapeutisk relasjon til disse pasientene (Ramjan, 2004).

Blogger og forfatter Linnea Myhre skildrer en situasjon i romanen hennes *Evig Søndag* hvor hun som pasient er innlagt for anoreksi og hvordan hun blir møtt av sykepleierne der.

Hver gang jeg spiste, kjente jeg maten vokse på kroppen min, spesielt over buksekanten. Men det eneste de ville snakke om, var hvor sunne – og ikke minst gode – disse avskyelige energidrikkene deres var, og jeg spurte hvorfor de ikke kunne drikke næringsdrikkene sine selv hvis de syntes de var så gode, men da ble de bare frustrerte og sa at det var meg det handlet om, og at det var mitt hjerte som var i ferd med å slutte å slå, og at det eneste de prøvde var å holde meg i live (Myhre, 2012, s. 83).

4 Relasjonens betydning

4.1 Sykepleieteoretisk referanseramme

Sykepleieteoretiker Hildegard Peplau betegner sykepleie som en menneskelig relasjon mellom et individ som er sykt, og en sykepleier som særlig er utdannet til å gjenkjenne og respondere på behovet for hjelp. Sykepleie er en prosess som både er vesentlig, *terapeutisk* og mellommenneskelig. Den er terapeutisk fordi den er helende i den forstand at sykepleieren hjelper individer som er syke i veien mot å bli bedre. Peplau vektlegger at for å få et terapeutisk utbytte av sykepleien må det dannes en god sykepleier-pasient-relasjon. Det er gjennom en terapeutisk relasjon at sykepleieren kan bidra til pasientens tilfriskning (Peplau, 1952).

I følge Peplau er det en terapeutisk relasjon som danner grunnlaget for sykepleieprosessen. Tidligere ble pasientene ansett som passive mottakere av behandlingen. Peplau utviklet derimot en teori der det ble vektlagt at det kreves at begge parter involveres - både sykepleier og pasient. Hun påpeker likevel at det er sykepleierens ansvar å ta initiativ til å danne en slik mellommenneskelig relasjon. Før en relasjon kan regnes som terapeutisk må flere elementer være til stede. Først og fremst tillit til hverandre, i tillegg til blant annet sykepleiers empati, støtte og ikke-dømmende holdning. Den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient er en profesjonell og planlagt relasjon. Det er en relasjon som innebærer et fokus både på pasientens behov, følelser, problemer og idéer (Peplau, 1952).

4.2 Den terapeutiske relasjonen

Begrepet relasjon stammer fra latinske *relatio*, som innebærer at én gjenstand står i forbindelse med en annen. Videre brukes dette begrepet om forhold, kontakt og forbindelse mellom mennesker, og i dette tilfellet mellom sykepleier og pasient (Eide & Eide, 2007). En *terapeutisk* relasjon er en dynamisk og gjensidig relasjon mellom en omsorgsperson og en pasient. Relasjonen er både omsorgsfull, tydelig, grensesettende, positiv og profesjonell på en gang (Ramjan, 2004).

En relasjon som er terapeutisk har en *helende* effekt på pasienten. Relasjonen skal tjene den *andre* (Skau, 2011). Dette kan for eksempel innebære at pasienten blir trygg nok til å åpne seg

og dermed våger å fortelle om sine tanker og problemer (Røssberg, 2008). Ved at sykepleieren evner å skape en god, terapeutisk relasjon til pasienten vil det ha stor betydning, særlig når det kommer til endringsmotivasjon (Eide & Eide, 2007). Forskning viser at den terapeutiske relasjonen har stor betydning for effekten av behandlingen. Både nasjonalt og internasjonalt er det blitt dokumentert at kvaliteten på relasjonen har stor innvirkning på behandlingsresultatet. Forløpet har vist seg å bli bedre når pasienten er i en meningsfull relasjon og opplever seg forstått (Vaglun, 2008). Som sykepleier vil en terapeutisk relasjon også innebære å skape en terapeutisk allianse. Med dette menes den kvaliteten og styrken en finner i et samarbeid mellom sykepleier og pasient. Her inngår gjensidig tillit, respekt, omsorg og å like, samt bry seg om hverandre (Sundet, 2007).

5. Drøfting - Hvordan kan sykepleier skape og opprettholde en terapeutisk relasjon til unge pasienter med anorexia nervosa?

5.1 Møte pasienten med forståelse og en ikke-dømmende holdning

Arbeidet med pasienter med anoreksi krever mye tid, energi og oppmerksomhet. Personalet opplever ofte dette som en utfordrende gruppe. Mye av utfordringen ligger i at det er snakk om pasienter som virkelig har behov for hjelp, men som vanligvis ikke ser dette behovet selv. Det hender stadig at negative følelser som sinne, håpløshet og stress utløses hos personalet som arbeider tett på disse pasientene (Skårderud, 2013). Ettersom sykepleiers arbeid med å skape og opprettholde en terapeutisk relasjon med denne pasientgruppen er svært utfordrende, hender det at motløsheten sniker seg frem. Relasjonsarbeidet er en ikke-målbar og usynlig del av sykepleierens arbeid, og en risikerer å glemme viktigheten av den. Det er mer i etterkant av behandlingen at en kan se resultatet og viktigheten av en slik relasjon (Peplau, 1952).

I denne sammenhengen befinner sykepleieren og pasienten seg i en allmennpsykiatrisk kontekst. Ettersom personalet på slike avdelinger ofte har manglende kunnskaper om nettopp anoreksi, er risikoen høy for å oppta en dømmende holdning overfor pasientene (Wright, 2010). Det kommer frem i Ramjans studie at sykepleiere slet med å danne en god relasjon til pasienter med anoreksi. Hovedgrunnen var trolig fordi de hadde vanskeligheter med å forstå pasientene. Det er viktig å bemerke seg at ingen av informantene i studien hadde noe spesialkompetanse innen psykisk helse. I artikkelen påpekes det at den manglende forståelsen hang sammen med personalets manglende kunnskaper. Et løft ville vært at personalet fikk mer undervisning om psykisk helse og informasjon om bedringsforløpet (Ramjan, 2004). Manglende kunnskaper medfører utrygghet hos pasienten som igjen gjør det vanskelig for pasienten å feste tillit til sykepleieren. Mistillit vil være en av de største utfordringene sykepleieren vil få i arbeidet med å etablere en terapeutisk relasjon med pasienten som lider av anoreksi (Skau, 2011).

I motsetning til studien over tar Snell et al. for seg erfaringer fra sykepleiere med spesialkompetanse innen psykisk helse. Informantene påpeker hvor viktig det er at sykepleieren har de fagkunnskaper som trengs i møte med den anorektiske pasienten. Blant annet må sykepleier anvende denne kunnskapen for å kunne forklare til pasienten på en god måte hva som skjer med kroppen i forbindelse med lidelsen. For eksempel hvorfor det er så

viktig å hvile, noe som blant annet kan knyttes mot at en prøver å dempe belastningen på hjertet. Sykepleieren kan også bruke sine fagkunnskaper til å forklare pasientens atferd. Dette bidrar til at sykepleieren kan overkomme negative holdninger og dermed opprettholde en terapeutisk tilnærming til pasienten. Det medfører også at sykepleieren avverger å ta pasientens fiendtlige reaksjoner personlig, men heller oppfatter dem som pasientens respons på utfordringene i behandlingen (Snell et al., 2010).

Ved å se på Zugai sitt studie får vi frem pasientperspektivet som vektlegger hvor viktig det er at sykepleieren møter pasienten med en ikke-dømmende holdning (2013). En ikke-dømmende holdning vil blant annet innebære at en som sykepleier møter pasienten med respekt og at en anstrenger seg for å forstå pasientens situasjon. Dette er svært viktig, da pasienten sitter med et stort behov for å bli forstått (Hummelvoll, 2012). Forståelse krever empati, noe som innebærer evnen til å lytte, sette seg inn i og forstå pasientens følelser og reaksjoner (Eide & Eide, 2007). Det blir i et annet studie vektlagt viktigheten av å se personen som er bak spiseforstyrrelsen. Når sykepleier har evne til å skille spiseforstyrrelsen fra pasienten som person, bidrar hun til at pasienten føler seg sett og hørt (Bakker et al., 2011).

Som sykepleier plikter en etter de yrkesetiske retningslinjene til å blant annet ta ansvar for at egen praksis er faglig forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, 2011). Økt kunnskap om lidelsen vil bidra til at sykepleieren også kan øke sin forståelse. Ved at sykepleieren får økt forståelse danner det grunnlaget for at han eller hun får en holdning preget av respekt, empati og tillit. Dette styrker sykepleieren til å kunne utøve en praksis som er av faglig forsvarlig karakter. Den kanskje tidligere oppfattelsen om at anoreksi er selvforskyldt blir endret til at det dreier seg om et menneskes reaksjon på en krise eller belastning (Røer, 2009). Uten tilstrekkelig kompetanse kan sykepleier oppfatte pasienten som glemmer mat eller simulerer vektøkning som manipulativ. Når en derimot har nok kunnskap kan sykepleieren se forbi dette vel viten om at den underliggende årsaken til atferden skyldes angst, utrygghet og frykt for forandring (Statens helsetilsyn, 2000). Imidlertid er det viktig å si at kompetanse ikke er alt når det gjelder å etablere en terapeutisk relasjon. Det krever også at sykepleieren har et genuint ønske om og vilje til å hjelpe pasienten. Når det er sagt vil økt kompetanse bidra til økt forståelse, som igjen vil virke inn på sykepleiers ønske om å hjelpe pasienten (Ramjan, 2004).

5.2 Balansere mellom å være tillitsskaper og å følge behandlingsopplegget

5.2.1 Sykepleier som tillitsskaper

Det første møtet med pasienten vil være helt avgjørende for den videre utviklingen av den terapeutiske relasjonen. Tillit er en nødvendig faktor for alle gode relasjoner og ikke minst mellom sykepleier og pasient. Det som gjør det utfordrende i arbeid med anorektiske pasienter er at de ofte preges av mistillit til andre (Skårderud, 2013). Tillit er noe som må fortjenes, og det skal ikke så mye til før det eventuelt skapes mistillit. Det kan for eksempel være at pasienten på en eller annen måte opplever å bli krenket av sykepleieren. Selv om dette ikke var sykepleierens intensjon, vil det likevel få et uheldig utfall (Skau, 2011). En god relasjon forutsetter gjensidig tillit. Det vil si at det krever at sykepleieren også har tillit til pasienten. Når det er sagt vil hennes kompetanse bidra til en økt forståelse og det skal dermed mer til før det oppstår mistillit til pasienten. For eksempel dersom pasienten oppgir feil opplysninger om matinntaket, kan det hende at hun ikke løy bevisst fordi hun selv var overbevist om at matinntaket var normalt. Pasientens virkelighet er blitt hennes opplevelse av matinntaket og ikke den egentlige mengden hun spiste. Da sykepleier har forkunnskaper om hvordan lidelsen kan påvirke pasienten, vil sykepleier vite at pasienten ikke gjorde dette for å manipulere (Bjørnelv, 2012).

I studien til Zugai et. al. fant de at pasientene uttrykket viktigheten av at sykepleierne gjorde seg fortjent til deres tillit. For eksempel gjaldt dette å holde avtaler og bidra til forutsigbarhet. Pasientene mente også at det var viktig å få oppmuntring og støtte fra sykepleierne. Dette gjorde det lettere for pasientene å tenke at sykepleierne ønsket dem godt. For eksempel ved å gi positive tilbakemeldinger når pasientene gjorde det bra. Ved at pasientene innså at sykepleierne ville dem godt ble det også enklere for dem å stole på dem. Når sykepleieren opparbeidet tillit skapte det rom for at pasienten våget å åpne seg, og sykepleieren kom et skritt nærmere å etablere en terapeutisk relasjon med pasienten (Zugai et al., 2013).

Selv om en som sykepleier skal møte pasienten med respekt, empati og forståelse, er det like viktig at vedkommende har kunnskap og erfaring. Dette signaliserer til pasienten at sykepleier har kontroll, noe som virker betryggende for pasienten. Denne tryggheten er viktig for at det kan skapes en god behandlingsallianse (Statens helsetilsyn, 2000).

Til tross for at det er sykepleierne som iverksetter tiltakene i behandlingsplanen som kan være utfordrende for pasientene, er det likevel viktig for pasientene at sykepleierne viser sin støtte gjennom hele behandlingsforløpet (Zugai et al., 2013). I studiet til Bakker et al. understreker sykepleierne viktigheten av å overbevise pasienten om at kampen ikke er mot dem som person, men mot selve spiseforstyrrelsen. Videre påpeker de viktigheten av at sykepleierne viser sin tilstedeværelse, respekt og likeverd til pasienten samme hvor utfordrende situasjonen er. Særlig kan dette dreie seg om at sykepleier anerkjenner pasientens ressurser. For eksempel ved å gi positive tilbakemeldinger når pasienten takler noe (Bakker et al., 2011). Som kjent har pasienter med anoreksi ofte lav selvfølelse. Ved at sykepleier anerkjenner pasienten kan dette bidra til å øke mestringsfølelsen og dermed også selvfølelsen til pasienten (Skårderud, 2013).

I behandlingsarbeidet får sykepleier en slags rolle som motivator overfor pasienten. Pasientene kan være vanskelige å komme inn på, og det krever at en som sykepleier har gode kommunikasjonsferdigheter. Sykepleieren må være seg selv bevisst i hvordan hun kommuniserer på. Det kan for eksempel dreie seg om at hun stiller åpne spørsmål som setter i gang refleksjon hos pasienten. Slik bevisstgjøring kan videre hjelpe pasienten til å sette ord på følelser og tanker (Skårderud, 2013). Pasienten har tidligere håndtert følelser og tanker ved å undertrykke dem, noe som kan ha medført den situasjonen hun er i nå. Ved at sykepleier da hjelper pasienten med å sette ord på følelsene, kan det bidra til at en får fremgang i behandlingsforløpet (Hummelvoll, 2012).

I studien til Zugai et al. kom det frem at pasienten fikk et særlig bånd til de sykepleierne som skapte en god atmosfære, til tross for at de befant seg på en institusjon. For eksempel ved bruk av humor eller å bidra til en bedre matsituasjon for pasientene (Zugai et al., 2013). Bruk av humor kan i gitte situasjoner være en ressurs til å redusere spenning. Spenning som både oppleves i avdelingen generelt, men også i forhold til indre spenning hos den enkelte pasienten (Eide & Eide, 2007). Studier viser at en har størst sannsynlighet for å danne en terapeutisk relasjon med pasienten dersom en viser at en trives og mestrer å arbeide med denne pasientgruppen (Ramjan, 2004).

5.2.2 Sykepleier som behandlingsrepresentant

En annen utfordring for sykepleieren er at hun er en del av et behandlingsteam samtidig som hun også er pasientens talsmann. Det er sykepleiers ansvar å sørge for at pasienten følger behandlingsplanen. Sykepleieren blir dermed behandlingsplanens ansikt overfor pasienten (Snell et al., 2010). For at pasienten skal kunne være i stand til å integrere nye vaner, må hun klare å gi slipp på kontrollen. Store deler av behandlingen går dermed ut på at sykepleier tar over kontrollen for pasienten for en tid. Fra pasientens side kan dette oppfattes som straff og invadering av privatlivet. Pasienten har ofte den oppfattelsen at kontroll over mat og kropp tilsvarer kontroll over eget liv. Pasientens sykelig behov for kontroll kommer derfor ofte i konflikt med sykepleierens kontrollfunksjon (Skårderud, 2013).

I matsituasjonen kan pasienten føle seg presset til å spise, noe som kan utløse en reaksjon preget av sterk angst og uro. Som tidligere nevnt kan en hverdag uten inntak av mat virke beroligende for pasienten. Når sykepleieren da skal kontrollere at pasienten spiser, kan det utløse en stressreaksjon hos henne. Denne reaksjonen kan bli så voldsom at pasienten til og med må holdes for å komme til ro (Røer, 2009). Et økt matinntak står i strid med det pasienten ønsker, og vil oppleves svært problematisk. Ettersom sykepleieren er den som utfører denne delen av behandlingsplanen og dermed blir satt i opposisjon til pasienten kan hun risikere å bli stemplet som ”dårlig”. Dette kan medføre at pasienten skaper mistillit til sykepleieren, noe som kan bli problematisk når sykepleier samtidig skal skape og opprettholde en terapeutisk relasjon til pasienten (Statens helsetilsyn, 2000).

Som sykepleier kan en oppleve det svært problematisk når en skal overholde sin kontrollfunksjon og dermed måtte gå i mot pasientens ønsker. Det å nærmest måtte tvinge noen til å gjøre noe de ikke vil er vanskelig for enhver. Spørsmålet vil da være hvor grensen går før det blir tvang. I prinsippet skal tvang i behandlingen unngås så langt det er mulig (Statens helsetilsyn, 2000).

Etter psykisk helsevernloven § 4-4 vil tvangsernæring kun være mulig å gjennomføre dersom det er strengt nødvendig. Loven er kun aktuell når pasienten er svært alvorlig spiseforstyrret og hvor alle andre mulige alternativer er blitt prøvd. I og med at pasientene i denne sammenhengen er frivillig innlagt vil dette i første omgang ikke være et alternativ (1999). En pasient som er fylt 16 år og som er frivillig innlagt har etter pasient- og brukerrettighetsloven mulighet til å trekke seg fra behandlingen når som helst. Likevel har behandlerne på sin side

mulighet til å sørge for at pasienten blir tatt hånd om med tvang etter at hun er utskrevet. Dette er kun dersom det vurderes til at det er grunnlag for tvangsinnleggelse. En slik vurdering bygger på at pasienten har et så fordreid selvbilde og kropps- og virkelighetsoppfatning at det kan regnes som en alvorlig sinnslidelse (Eilertsen, 2012).

Når det er sagt skal en alltid prøve å etterstrebe frivillig innleggelse. Men i tilfeller hvor dette ikke er oppnåelig kan tvang benyttes. Der pasienten ikke er i stand til å ta avgjørelser selv på grunn av kognitivt svekkelse og det er fare for pasientens liv, kan tvang være siste utvei. Tvangsernæring ville kun vært gjennomførbart dersom konsekvensen av det ble vurdert som mindre enn konsekvensene for å ikke inngå vedtak. I noen situasjoner vil det å unngå tvangsernæring kunne ende fatalt (Statens helsetilsyn, 2000).

Sykepleierens kontrollfunksjon bygger på det etiske prinsippet om velgjørenhet så vel som prinsippet om å ikke skade. Velgjørenhetsprinsippet går ut på at sykepleieren plikter å handle godt mot pasienten. Prinsippet om å ikke skade innebærer at sykepleier skal beskytte pasienten mot forhold som kan være til skade. Eksempelvis når pasienten ikke er i stand til å se hva som er til beste for en selv, og at sykepleier da tar avgjørelser på vegne av pasienten. I slike situasjoner vil det oppstå en spenning mellom pasientens autonomi og den plikten en sykepleier har til å yte forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp (Brinchmann, 2012).

Selv om det oppstår konflikt mellom pasientens og behandlingsteamets mål, er det likevel viktig at pasienten blir hørt og forstått. Når det skal "forhandles" om å lage en god behandlingsplan vil det være svært viktig å vektlegge pasientens ønsker. Det vil dermed ikke si at pasienten får det som hun vil, men at det muligens kan inngås kompromisser. Dersom pasienten hadde fått det som hun ønsket, hadde det ikke blitt noe fremgang i behandling og det kunne vært fare for hennes liv. Ved å likevel inngå kompromisser, bidrar det til å fremme en relasjon bygget på tillit, gjensidig forståelse og samarbeid (Wright, 2010). En slik fleksibilitet kan være med å tilfredsstille pasientens behov for autonomi og selvkontroll. I tillegg kan en terapeutisk balanse av sykepleiers kontrollfunksjon bidra til at pasienten føler at hun får hjelp fremfor å bli straffet (Zugai et al., 2013).

Studier viser at sykepleiers kontrollfunksjon opplevdes som utfordrende der og da, men at pasientene i etterkant så viktigheten av den. For noen derimot opplevdes denne kontrollen som en trygghet og støtte under behandlingen (Zugai et al., 2013). Det kommer frem i studiet

til Bakker et al. at en holdning basert på empati og forståelse er svært nyttig i etableringen av en terapeutisk relasjon. På samme tid er det viktig at sykepleier ikke mister fokuset fra behandlingsmålet - som i tilfellet over dreier seg om å endre spisevanene til pasienten (Bakker et al., 2011). Sykepleier må være tydelig og konkret overfor pasienten i forbindelse med behandlingsmålene. Pasienten er avhengig av forutsigbarhet, og ved å informere om matsituasjonen i forhold til eksempelvis tid, innhold og krav kan sykepleieren bidra til forutsigbarhet (Skårderud, 2013). I et annet studie kom det frem at pasientens opplevelse av denne delen av behandlingen til syvende og sist ble basert på måten sykepleieren utøvet sin kontrollfunksjon på. Eksempelvis at hun bidro til at spising ble en sosial aktivitet og en positiv opplevelse for pasienten (Zugai et al., 2013).

5.3 Nærhet og avstand i relasjonen

Som sykepleier vil en møte ulike pasientgrupper. Det vil dermed være stor variasjon i hvilke evner pasientene har til tilknytning og tillit (Eide & Eide, 2007). Pasienten som lider av anoreksi vil bære stort preg av mistillit til andre. Dette er med på å påvirke hvilke relasjoner hun får til andre. Pasienten kan på den ene siden kjenne på et sterkt behov for kontakt med andre, samtidig som hun er livredd for at noen skal komme for nært på. I sykepleierens arbeid med å etablere en terapeutisk relasjon vil dette være en av de fremtredende utfordringene i forhold til hvordan hun skal tilnærme seg pasienten (Hummelvoll, 2012).

Sykepleieren bør trå varsomt frem for å skape en relasjon til den anorektiske pasienten. Dersom sykepleiers tilnærming i følge pasienten blir for nær vil det oppleves invaderende. En slik opplevelse kan medføre passivitet fra pasientens side og dermed vanskeliggjøre sykepleiers relasjonelle arbeid (Hummelvoll, 2012). Dersom relasjonen blir for nær kan det også gi konsekvenser i etterkant av behandlingen. Selv om relasjonen oppleves terapeutisk under behandlingen kan det følge med negative konsekvenser for pasienten når relasjonen avsluttes. En passe nær relasjon vil dermed finne sted hvor det unngås at pasienten blir for avhengig og knyttet til sykepleieren (Eide & Eide, 2007).

På samme tid er det viktig at sykepleier overholder en passelig distanse til pasienten. Ved å gjøre dette hindrer sykepleier at pasienten føler seg invadert i sin sårbare situasjon, og det dannes grunnlag for å bygge kontakt og samarbeid. Ved for stor distanse risikerer sykepleieren å ikke møte pasienten på en empatisk måte. I situasjoner der dette hender er det

ofte fordi sykepleier forsøker å reservere seg for å bli følelsesmessig involvert i pasientens vanskelige situasjon. En konsekvens av dette vil være at pasienten ikke får dekket sitt behov for kontakt og sykepleieren vil på sett og vis svikte pasienten. Når det er sagt er det igjen viktig at sykepleier har en viss distanse slik at han eller hun kan forholde seg empatisk til pasientens følelsesmessige ubalanse (Sneltvedt, 2012).

En terapeutisk relasjon til den anorektiske pasienten er en relasjon som skal vare over lengre tid. Det vil da være naturlig at en som sykepleier blir følelsesmessig involvert. For at sykepleieren skal kunne hjelpe pasienten er det en forutsetning at hun våger å involvere egne følelser. Dette i den grad at det blir til en ressurs for sykepleiers forståelse av pasientens situasjon. En slik evne vil bidra til at sykepleier forholder seg både profesjonelt og personlig på samme tid (Brinchmann, 2012). Alle pasienter er forskjellige og dermed må sykepleieren også tilnærme seg pasientene på ulikt vis. Det er vanskelig å forutse hva som ganger pasienten mest. Her ligger det en balansegang i å være nær nok til å sikre fremgang i behandlingen. Samtidig som en skal være distansert nok til å ikke oppleves truende og hindre at pasienten støtter seg for mye på sykepleieren (Hummelvoll, 2012).

5.4 Være oppmerksom på rammefaktorer

Rammefaktorer er ytre kontekstuelle forhold som gir begrensninger for hvordan sykepleiers arbeid kan utføres. Sykepleieren befinner seg på en allmennpsykiatrisk avdeling hvor det er mange forskjellige arbeidsoppgaver som skal gjøres og mange pasienter med forskjellige diagnoser å ta hensyn til. Utøvelsen av sykepleie kan i denne settingen dermed bli begrenset av flere rammefaktorer. Som tidligere nevnt kan dette dreie seg om sykepleierens manglende kompetanse, som kan virke begrensende for sykepleieutøvelsen. En bør også være oppmerksom på andre rammefaktorer som kan påvirke sykepleierens arbeid med å skape og opprettholde en terapeutisk relasjon til den anorektiske pasienten (Fjørtoft, 2006).

Det første knyttes til den tiden sykepleieren har til disposisjon. De gode samtalene tar tid, og i en hverdag preget av mange arbeidsoppgaver kan kampen om tiden bli en utfordrende del for sykepleieren (Fjørtoft, 2006). Behandlingen av anorektiske pasienter er som kjent tidkrevende. I tillegg er det vanlig at sykepleieren har ansvar for flere pasienter, samtidig som hun skal gjennomføre praktiske arbeidsoppgaver og rutiner. Dette kan gjøre det krevende for sykepleier i arbeidet med å samtidig skulle skape en terapeutisk relasjon med pasienten

(Christiansen, 2013). Sykepleierne i studiet til Bakker et al. var tydelige på at det var viktig å vise sin tilstedeværelse og tilgjengelighet overfor pasientene gjennom hele behandlingsforløpet (2011). Tid er en forutsetning for å kunne utøve individualisert og god omsorg. Sykepleierens ønske om tilstedeværelse for pasienten kan dermed komme i konflikt med den tiden han eller hun har til disposisjon. Ved at sykepleieren på forhånd er oppmerksom på problemstillingen, gir det større mulighet for å finne best mulige løsninger på situasjonen (Fjørtoft, 2006).

Turnusarbeid kan også bli en utfordring i det å sikre kontinuitet i behandlingen. Selv om sykepleieren oppnår en god sykepleier-pasient-relasjon, kan det hende at andre ansatte på avdelingen ikke klarer å oppnå dette med samme pasient. Dette kan føre til at forløpet i behandlingen blir fragmentert og/eller forsinket (Statens helsetilsyn, 2000). Det er derfor nyttig at pasienten i det minste får tildelt en primær- og sekundærkontakt som hun kan forholde seg til. Ved at pasienten får noen få personer hun kan bli trygg på, sikrer det både forutsigbarhet for pasienten og kontinuitet i behandlingen (Skårderud, 2013).

En forutsetning for at sykepleieren skal kunne skape og opprettholde en terapeutisk relasjon med pasienten er som sagt at sykepleier gir støtte til pasienten. Samtidig er det like viktig at sykepleieren får støtte fra kolleger (Snell et al., 2010). I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal en som sykepleier være klar over begrensninger ved egen kompetanse og praktisere etter denne. Utover det skal en som sykepleier søke veiledning når det oppstår utfordrende situasjoner (Norsk sykepleierforbund, 2011). De ulike utfordringene sykepleieren kan møte i arbeidet med den anorektiske pasienten kan medføre følelser som hjelpeløshet og frustrasjon. Det er derfor viktig at sykepleierne og andre på avdelingen er åpne om utfordringene de møter. En åpen dialog vil bidra til forebygging av uheldige situasjoner som ellers kan oppstå. Studier viser at det som gjorde at sykepleieren klarte å fortsette arbeidet med den terapeutisk relasjonen var ved å få støtte fra de andre sykepleierne. En slik sykepleiefaglige veiledning var til god hjelp i forhold til å reflektere over egen praksis og dermed også bli mer selvbevisst (Snell et al., 2010). Ved å ha et arbeidsmiljø som åpner opp for samtaler angående de ulike utfordringene vil det kunne forhindre at sykepleierne føler på hjelpeløshet og frustrasjon (Statens helsetilsyn, 2000).

6. Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å finne ut hvordan sykepleieren kunne skape og opprettholde en terapeutisk relasjon til unge pasienter med anorexia nervosa. Gjennom både fag- og forskningslitteratur har viktigheten av å etablere en terapeutisk relasjon med pasienten kommet tydelig frem. Hver pasient lider på sin egen unike måte og det er ingen bestemt behandlingsmetode som kan trekkes ut som den beste. Hovedfokuset i behandlingen med anorektiske pasienter vil dermed være å etablere en relasjon slik at det er større sjanse for at pasienten blir i behandlingen.

For at sykepleieren skal lykkes med å skape og opprettholde en terapeutisk relasjon til pasienten er det flere grunnleggende elementer som bør være tilstede. For det første skal sykepleieren ha tilstrekkelig kompetanse til at han eller hun kan møte pasienten med forståelse og en ikke-dømmende holdning. Dette innebærer blant annet kunnskaper om lidelsen og behandlingen. Når sykepleieren øker sin kompetanse medfører det også en økt forståelse. Dette gjør at sykepleieren klarer å se personen som er bak spiseforstyrrelsen og dermed fremmer at pasienten føler seg sett og forstått. For det andre vil det kreve at sykepleieren både kan være tillitsskaper og samtidig opprettholde sin kontrollfunksjon. Nøkkelen her ligger ved måten sykepleieren gjør dette på, fremfor hva han eller hun gjør. For det tredje skal sykepleieren finne en balanse i forhold til nærhet og avstand i relasjonen. Herunder er det en balansegang der sykepleieren er nær nok til å sikre at pasienten blir i behandlingen og dermed bidrar til fremgang i behandlingsforløpet. På samme tid som relasjonen skal være distansert nok til at det ikke oppleves som truende for pasienten. En slik distanse vil på en annen side hindre at pasienten blir for avhengig av sykepleieren. Til sist vil et av elementene dreie seg om at sykepleieren evner å ta hensyn til ulike rammefaktorer som kan påvirke det relasjonelle arbeidet. I denne settingen innebærer rammefaktorene den tiden sykepleier har til disposisjon, brudd i kontinuitet som følge av turnusarbeid og hvilke tilgang sykepleieren har til sykepleiefaglig støtte og veiledning.

Forskningen som oppgaven baseres på er stort sett kvalitativ. Det som er gjennomgående ved forskningsartiklene er at de baseres på relativt få informanter. Det er ikke dermed sagt at disse studiene er ugyldige. Det vil likevel kunne påstås at det er ønskelig med forskning som involverer en større gruppe av informanter. På den måten vil forskningen kunne ha mer validitet.

Referanseliste

- Aarre, T. F., Bugge, P. & Juklestad, S. I. (2009). *Psykisatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- 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:10.1111/j.1744-6171.2010.00263.x
- Bjørnelv, S. (2012). Spiseforstyrrelser. I A. A. Dahl, & T. F. Aarre (Red.), *Praktisk psykiatri* (s. 260-289). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Brinchmann, B. S. (2012). *Etikk i sykepleien* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Christiansen, B. (2013). *Helseveiledning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Norsk Forlag AS.
- Eilertsen, B. (2012). *Juss for sykepleiere* (2. utg.). Oslo: Bjørnar Eilertsen.
- Fjørtoft, A.-K. (2006). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Folkehelseinstituttet. (2016). *Spiseforstyrrelser - fakta om anoreksi, bulimi og overspisingslidelse*. Hentet 21.03.16 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=46874>

- Holter, I. M. (2011). Sykepleierprofesjonens kjernekompetanse. I I. M. Holter, & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. (4. utg.). Oslo: Akribe AS.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Håheim, M. C. (2015). *Svart belte*. Oslo: Forlaget Oktober AS.
- Morris, J., Simpson, A. V. & Voy, S. J. (2013). Length of stay of inpatients with eating disorders. *Clinical psychology and psychotherapy*, 2015(22), 45-53.
doi:10.1002/cpp.1865
- Myhre, L. (2012). *Evig søndag*. Oslo: Tiden Norsk Forlag.
- Nordbø, R. H. S., Gulliksen, K. S., Espeset, E. M. S., Skårderud, F., Geller, J. & Holte, A. (2008). Expanding the concept of motivation to change: the content of patients' wish to recover from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41(7), 635-642. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105566192>
- Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 06.04.16 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: G. P. Putnam's Sons.
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

- Ramjan, L. M. (2004). Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 495-503. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02932.x
- Rør, A. (2009). *Spiseforstyrrelser. Symptomforståelse og behandlingsstrategier*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Røssberg, J. I. (2008). Relasjonen mellom pasienter og stab. Hva fremmer et gunstig behandlingsresultat? I S. Opjordsmoen, P. Vaglum, & G.-R. B. Thorsen (Red.), *Oss imellom. Om relasjonens betydning for mental helse* (2. utg., s. 133-145). Stavanger: Hertevig Akademisk.
- Skau, G. M. (2011). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Skårderud, F. (2013). *Sterk/svak. Håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug & Co.
- Snell, L., Crowe, M. & Jordan, J. (2010). Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3-4), 351-358. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03000.x
- Sneltvedt, T. (2012). Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier? I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 151-164). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Statens helsetilsyn. (2000). *Alvorlige spiseforstyrrelser - Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/alvorlige_spiseforstyrrelser_ik-2714.pdf
- Sundet, R. (2007). Brukerperspektiv og den terapeutiske relasjon - betydninger for terapeutisk arbeid. I A. K. Ulvestad, A. K. Henriksen, A.-G. Tuseth, & T. Fjeldstad (Red.),

Klienten - den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid. (s. 312-326).
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving.* Oslo: Universitetsforlaget AS.

Vaglun. (2008). Må vi alltid bry oss om relasjonene i psykiatrisk arbeid? En introduksjon. I S. Opjordsmoen, P. Vaglun, & G.-R. B. Thorsen (Red.), *Oss imellom. Om relasjonens betydning for mental helse.* (s. 13-22). Stavanger: Hertevig Akademisk.

World Health Organization. (2003). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research.* Geneva: World Health Organization.

Wright, K. M. (2010). Therapeutic relationship: developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(3), 154-161. doi:10.1111/j.1447-0349.2009.00657.x

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:10.1111/jocn.12182