



Ungdom med anorexia nervosa

Hvilke opplevelser har ungdom med anorexia nervosa knyttet til måltidsituasjoner på sykehus?

Kandidatnummer: 115 og 268
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie, emne 14B

Antall ord: 8805
Dato: 14.04.2020

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 14.04.2020
Tittel Ungdom med Anorexia Nervosa	
<p><u>Problemstilling</u> <i>Hvilke opplevelser har ungdom med anorexia nervosa knyttet til måltidssituasjoner på sykehus?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Anorexia nervosa er en psykisk sykdom som kan ha store somatiske konsekvenser. Det kan være nødvendig med en sykehusinnleggelse for å redusere underernæring og unngå komplikasjoner. En kostplan med måltidsoppsyn er et av tiltakene som blir iverksatt på sykehus. En av sykepleiers funksjoner ved måltidsoppsyn er å dempe ungdommens angst og uro i forbindelse med mat, observere at pasienten følger kostplanen og forsøke å forhindre tvangsernæring av pasienten gjennom ernæringssonde. Sykepleie til ungdom med anorexia nervosa må i større grad tilpasses ungdommens kognitive og sosiale utvikling.</p> <p><u>Metode</u> Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave og tar for seg forskningsartikler og faglitteratur for å besvare problemstillingen. Vi har i hovedsak brukt CINAHL til å finne relevant forskning. Søkeordene som er benyttet er: «Anorexia Nervosa», «Adolescence», «Hospitals, Pediatric», «Nurses» og «Patient attitudes». Her blir det også skrevet om øvrig faglitteratur og kildekritikk av både fag- og forskningslitteratur.</p> <p><u>Drøfting</u> Drøftingen tar for seg resultater og funn fra forskningsartiklene og diskuteres på bakgrunn av det teoretiske kunnskapsgrunnlaget og har som hensikt å belyse og besvare problemstillingen. Ungdommene reagerte ofte med stress og dårlig samvittighet under måltidene. Det er også knyttet ambivalens til behandlingen da ungdommene ikke hadde innsikt i kompleksiteten av sykdommen. Sykepleier må være støttende og forståelsesfull, samtidig som sykepleier må kunne ta kontroll hvis ikke pasienten får det til selv for å sikre at pasienten får i seg næringen den trenger.</p> <p><u>Konklusjon</u> Det kommer frem at ungdommene ofte hadde negative opplevelser knyttet til måltidene, men så i ettertid at dette var nødvendig. Flere av ungdommene trekker frem sykepleiere som viktige mens de var innlagt på sykehus.</p>	

(Totalt antall ord: 278)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Temaets sykepleiefaglige relevans	1
1.3	Problemstilling	2
1.3.1	Avgrensning og presisering av problemstilling	2
1.3.2	Begrepsavklaring	3
1.4	Disposisjon	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1	Anorexia nervosa	4
2.1.1	Diagnostisering	5
2.2	Utviklingspsykologi.....	6
2.3	Ernæringsbehandling	7
2.3.1	Sykepleiers behandlende funksjon	8
2.3.2	Måltidsituasjon	9
2.4	Juridiske og etiske rammer	10
2.4.1	Etikk	10
3	Metode	12
3.1	Litteratursøk	12
3.1.1	Valg av database og søkeord	12
3.1.2	Tabell over litteratursøk.....	13
3.1.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	14
3.1.4	Kvalitativ metode	15
3.2	Øvrig inkludert faglitteratur.....	16
3.3	Kildekritikk	17
3.3.1	Litteratursøk og inklusjon av forskningsartiklene	17
3.3.2	Inkludering av øvrig faglitteratur.....	18
4	Resultater og funn	19
5	Drøfting	22
5.1	Ungdommers opplevelser av måltidsituasjon.....	22
5.1.1	Ambivalens under måltid.....	23
5.1.2	Motivasjon under måltid.....	25
5.2	Sykepleiers rolle under måltidet.....	26
5.3	Sykehusinnleggelse av barn og unge	28
6	Avslutning	30
7	Referanseliste	31

1 Innledning

Denne bacheloroppgaven handler om ungdom med anorexia nervosa, og deres opplevelse av måltidsituasjoner ved innleggelse på sykehus.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Anorexia nervosa (AN) er en psykisk lidelse karakterisert av vekttap forårsaket og vedlikeholdt av pasienten selv. Det kan skje ved at pasienten slutter, eller er restriktiv, med spising. Pasienten er ofte engstelig for å gå opp i vekt, og føler behov for kontroll på kaloriinntak (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2016). Anorexia nervosa forekommer hos omkring 0,5% av befolkningen og debuterer hyppigst i ungdomsårene (Helsedirektoratet, 2017). Noen pasienter kan være så somatisk syke at en sykehusinnleggelse er livsviktig (Skårderud et al., 2016). AN kan som følge av bevisst underspising føre til alvorlig under- og feilernæring som gir en rekke alvorlige somatiske komplikasjoner som kardiovaskulære komplikasjoner, forandringer i sentralnervesystemet, redusert vekst, redusert immunforsvar og økt risiko for dødelighet (Statens helsetilsyn, 2000).

Umiddelbare behandlingsmål ved innleggelse vil være å korrigere alvorlige og livstruende somatiske komplikasjoner og normalisere kognitive funksjoner. Når det gjelder behandling av barn og ungdom med anoreksi, er det først og fremst vesentlig med en behandlingsplan og kostopplegg, der både barn og foreldre eller foresatte kan få innsikt og medbestemmelse, som sikrer vektøkning på en kontrollert måte. Måltidsituasjonen er en stor del av behandlingen på sykehuset, og sykepleieren har ansvar for måltidsoppsyn og oppfølgingen av ungdommen (Statens helsetilsyn, 2000).

1.2 Temaets sykepleiefaglige relevans

Anorexia nervosa er en sykdom som rammer stadig flere barn og ungdom (Bryant-Waugh og Lask 2007, referert i Skårderud et al., 2016). Ungdommene møter vi som sykepleiere på medisinske barne- og ungdomsavdelinger på sykehus, der pasientene følger et behandlingsforløp som skal sikre reernæring under kontrollerte omstendigheter og stabilisere vitale funksjoner (Statens helsetilsyn, 2000). Sykepleierne som jobber på medisinsk

barneavdeling er tett på pasientene med AN i mange ulike situasjoner, både i måltidsituasjon, hviletid og miljøterapi. Sykepleier har dermed en behandlende funksjon, som vil belyses i kapittel 2 (Skårderud, 2016).

1.3 Problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvilke opplevelser ungdom med AN har i forbindelse med måltidsituasjoner ved innleggelse på en medisinsk barneavdeling.

Sykepleieren møter ungdommen i flere ulike situasjoner på avdelingen, og trenger kunnskap om temaet. AN er en sykdom der pasienten lider av spisevegring og er derfor svært undervektig og i mange tilfeller alvorlig underernært. En hoveddel av behandlingen vil være å følge et kostopplegg som sikrer vektøkning. Måltidsituasjonen er derfor noe av det mest sentrale ved en innleggelse på sykehus og sykepleier vil ha en viktig rolle i denne behandlingen. Problemstillingen vi har formulert lyder derfor som følger:

Hvilke opplevelser har ungdom med anorexia nervosa knyttet til måltidsituasjoner på sykehus?

1.3.1 Avgrensning og presisering av problemstilling

Anorexia nervosa rammer i hovedsak unge kvinner i alderen 15-40 år. Likevel forekommer sykdommen også blant gutter og menn (Hummelvoll, 2016). Vi har derfor ikke avgrenset oppgaven til kjønn, men skriver om både gutters og jenters opplevelse av måltidsituasjon ved innleggelse i sykehus. Forskningsartiklene vi har funnet (se kapittel 3 og 4) er heller ikke avgrenset med tanke på kjønn, selv om majoriteten av utvalget i artiklene er kvinner. Stadig flere unge blir diagnostisert med AN, og pasientene er stadig yngre på diagnosetidspunktet (Skårderud, et al., 2016). Aldersgruppen vi tar for oss i denne oppgaven er derfor ungdom i alderen 12-18 år, se «begrepsavklaring» i punkt 1.3.2.

Pasienter under 18 år skal, så langt det lar seg gjøre, legges inn på en barneavdeling, som er forbeholdt barn og ungdom under 18 år (Grønseth og Markestad, 2017). Indikasjon for innleggelse ved medisinsk barneavdeling blir nærmere beskrevet i kapittel 2.1. Pasientene er gjerne svært syke ved innleggelse og behandlingsmålet er «kontrollert korrigerende av

alvorlige og livstruende somatiske komplikasjoner samt redusere somatiske og psykologiske komplikasjoner som eksempel kognitiv svikt» (Statens helsetilsyn, 2000). For å få en bedre flyt i teksten har vi valgt å bruke både «pasienten» og «ungdommen» som begreper når vi skriver om målgruppa i oppgaven.

1.3.2 Begrepsavklaring

Her avklares sentrale begreper i problemstillingen som brukes videre i oppgaven:

Anorexia nervosa (AN) er en form for spiseforstyrrelse som karakteriseres ved bevisst vekttap. Frykt for overvekt dominerer tankegangen og det foreligger ofte underernæring av varierende alvorlighetsgrad (Helsedirektoratet, 2019).

Måltidsituasjonen på en medisinsk barne- og ungdomsavdeling vil ofte foregå innenfor en tidsramme på 30 minutter hvor pasienten skal spise en forhåndsbestemt mengde mat med påfølgende hviletid. En fra personalet skal være til stede (Skårderud, 2016).

Et *sykehus* er en institusjon som tilbyr befolkningen spesialisert behandling (Regjeringen, 2020).

Begrepet *ungdom* referer til aldersgruppen mellom 12 og 18 år (van Ommen, Meerwijk, Kars, Elburg og Meijel, 2009).

1.4 Disposisjon

Videre i oppgaven vil vi starte med å presentere det teoretiske kunnskapsgrunnlaget. Deretter følger metodekapitlet, hvor vi gjør rede for oppgaven som en litterær oppgave, søkehistorikk og valg av litteratur. Forskningsartiklene vi bruker i oppgaven presenteres i resultatkapitlet. I drøftingsdelen vil vi diskutere resultatene i lys av relevant teori og svare på problemstillingen.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapitlet presenteres kunnskap om anorexia nervosa, utviklingspsykologi og ernæringsbehandling. Videre vil sykepleierens behandlende funksjon og teori om måltidsituasjonen beskrives. Den siste delen av kapitlet tar for seg relevante juridiske og etiske perspektiv.

2.1 Anorexia nervosa

Hummelvoll (2016) beskriver at spisevegring viser seg som «overopptatthet av kalorier, slanking og kroppens utseende». Denne pasientgruppen er ofte unge, intelligente og ressurssterke. Sykdommen gjør at pasienten kan være svært unyansert i sin tankegang, og selv om pasienten er avmagret, føler han eller hun seg ikke slank nok. Matinntak og trening er ofte tvangspregget og for folk rundt kan det se ut som at pasienten har høy energi (Hummelvoll, 2016). Endret humør som nedstemthet, irritabilitet, trass og stahet kan forekomme. Det er heller ikke uvanlig at ungdommen endrer atferd knyttet til daglige rutiner og sosial tilbaketrekning. For familie og venner rundt kan endringen oppleves som rigid atferd (Statens helsetilsyn, 2000). Fokuset på mat- og treningsregimet kan føre til at personen med AN mister kontakt med sine tidligere nære relasjoner, fordi regimet er tidkrevende, og fordi sosial kontakt kan «forstyrre» kontrollen over hverdagen. Ungdommen kan gjerne mye om mat, næringsstoffer og kaloriinnhold, men har mindre kunnskap om egen kropp og behov for ernæring (Hummelvoll, 2016).

Ungdommen som utvikler anorexia nervosa har et komplekst sykdomsbilde. Disponerende forhold kan være genetikk, personlighet, familiære forhold og traumer. Hvis ungdommen blir utsatt for stress, eller andre utløsende faktorer, vil han eller hun kunne utvikle en spiseforstyrrelse som AN. Utløsende faktorer kan være tap og konflikter, mobbing, tidlig pubertet, store prestasjonskrav og endrede livsvilkår (Skårderud et. al., 2016). Ved behandling kan pasientene ha et svært ambivalent forhold til det å skulle bli frisk, fordi det går på bekostning av ønsket om å holde en svært lav vekt. Likevel kan det se ut til at behandlingen ofte er vellykket når ungdommen bestemmer seg for å ville komme ut av spiseforstyrrelsen (Statens helsetilsyn, 2000).

Ifølge Helsedirektoratets retningslinjer (2017) anbefales døgntilrettelagt behandling for pasienter som oppfyller følgende kriterier; stort vekttap på kort tid eller alvorlig undervekt (barn, under 15 år, med vekt under 2,5 persentil eller voksne, over 15 år, med kroppsmasseindeks <15) og/eller ustabile somatiske parametere som puls under 40, lavt systolisk blodtrykk (under 70 mmHg) eller kroppstemperatur under 36 grader (Statens helsetilsyn, 2000). En annen mulig indikasjon for innleggelse i sykehus kan være at familien rundt ungdommen ikke har mulighet til å ivareta hun eller han på en tilstrekkelig måte. Poliklinisk behandling kan være forsøkt, men pasienten har behov for en mer intensiv oppfølging (Helsedirektoratet, 2017). Normalt vil ungdom med AN kunne bli behandlet med foreldrenes samtykke selv om ungdommen ikke ønsker det. Dermed kan innleggelse i sykehus gjennomføres hvis foreldrene samtykker på vegne av ungdommen (Statens helsetilsyn, 2000).

2.1.1 Diagnostisering

En del av sykepleiefaget er å assistere legen i gjennomføring av medisinsk utredning og behandling etter legens forordning. Sykepleieren har ansvar for å vurdere effekt av behandlingen (Nortvedt og Grønseth, 2017). Vi anser det derfor som viktig at sykepleier har kunnskap om symptomer og diagnostiske kriterier ved AN. Det foreligger fem kriterier fra den tiende revisjonen av den Internasjonale statistiske Klassifiseringen av Sykdommer og relaterte helseproblemer, ICD-10, som må være oppfylt for å stille diagnosen anorexia nervosa. Kort oppsummert handler kriteriene om at personens vekt er lavere enn forventet, det er selvfremkalt, og det er frykt for overvekt som styrer tankegangen og utviklingen av sykdommen. I tillegg gir dette somatiske plager som endokrin sykdom (Helsedirektoratet, 2019). I tabell 1 er de fem diagnostiske kriteriene framstilt utfyllende.

Tabell 1 – Diagnostiske kriterier

1	Kroppsvekt holdes under 15% av forventet vekt, og hos prepubertale pasienter når ikke forventet vektøkning i vekstperioden.
2	Vekttapet er selvfremkalt. Det kan være ekskludering av ulike matvarer og næringsgrupper, f.eks. «fetende» mat. Det kan også forekomme selvfremkalte brekninger, bruk av avføringsmidler og overdreven trening.
3	Forstyrret kroppsoppfatning, overdreven frykt for å bli overvektig og pasienten pålegger seg selv en lav vektgrense.
4	Endokrin sykdom, som for eksempel amenoré hos kvinner og tap av seksuell interesse og potens hos menn.

5	Hvis sykdommen debuterer prepubertalt, vil den pubertale utviklingen bli forsinket.
---	---

Det foreligger en viss fare for underdiagnostisering av barn og unge ved for rigid bruk av ICD-10-kriteriene som er vist i tabell 1. Ifølge Statens Helsetilsyn (2000), må det tas hensyn til at ungdommen ikke nødvendigvis oppfyller alle de fem diagnostiske kriteriene, og at sykdommen kan vise seg noe mer atypisk enn hos voksne.

2.2 Utviklingspsykologi

Behandling av barn med spiseforstyrrelser må i større grad enn hos voksne tilpasses til barnets kognitive og sosiale utvikling (Statens Helsetilsyn, 2000). Sykepleieren skal under en sykehusinnleggelse ivareta både ungdommen og foreldre. Det forutsetter at sykepleieren har kunnskap om unge, deres alder og utviklingstrinn (Grønseth og Markestad, 2017).

Utviklingspsykologi har som mål å forske på forandringene hos barn som gjør at de blir eldre og mer modne med alderen (Gulbrandsen, 2017). Det foreligger flere ulike teorier og modeller om barns utviklingspsykologi. I denne oppgaven har vi valgt Piagets konstruktivism, fordi det er en av de mest omfattende teoriene innen utviklingspsykologien. Piagets teori har fått betydning for studier av barns utvikling av språk, persepsjon, intelligens og moral (Hundeide og Gulbrandsen, 2017). Vi ser også på deler av Anna Freud sin psykoanalytiske teori fordi den tar sikte på å forklare hvorfor noen kan ha ønske om å avvise fysiske behov (Nielsen og Binder, 2017).

Piaget kaller utviklingsstadiet fra 12 til 15 år «Det formell-operasjonelle stadium». Dette stadiet karakteriseres ved at individet nå kan tenke systematisk omkring muligheter. Barnet, eller ungdommen, begynner nå å resonere og drøfte. Da ungdommen nå har utviklet egenskapen om å tenke for og imot er det ikke lenger bundet til de moralske og sosiale normene som er fremhevet i miljøet den lever i. Ungdommen kan nå bli kritisk til foreldrenes verdier og synspunkter samt til samfunnets system. Med egenskapen om kritisk tenkning kan det også oppstå nye tanker om selvet. Det kan oppstå tanker om selvkritikk, økt selvbevissthet og en blyghet overfor seg selv. Ungdommen ser seg selv i større grad gjennom andres øyne (Hundeide og Gulbrandsen, 2017).

En annen teori, utviklet av Anna Freud, viser til at det oppstår en økning i driftsintensiteten i perioden hun kaller *adolescensen* (13-19 år). Hun trekker frem askese som en mulig forsvarsmekanisme mot driftene. Askesen kan arte seg som overkontroll over eller fullstendig avvísning av fysiske behov, inkludert behov for næring (Nielsen og Binder, 2017).

Hummelvoll forklarer at stadiet fra barn til ungdom er en fase hvor individet er mer mottakelig for å få en spiseforstyrrelse. Kroppen er i endring, både psykisk og fysisk, og situasjonen kan føles uharmonisk. Ungdom blir i større grad utsatt for stress i denne perioden enn som barn. Negative kommentarer rundt vekt, utseende og fasong kan være vanskelige å håndtere, og kan forverre situasjonen (Hummelvoll, 2016).

Stress over tid hos barn og unge i forbindelse med sykehusinnleggelse kan føre til en negativ sykehusopplevelse og være uheldig for ungdommens helse, velvære og utvikling. Regresjon er en forsvarsmekanisme som er vanlig å se hos barn og unge ved innleggelse i sykehus, og betyr at pasienten går «tilbake» til tidligere utviklingstrinn. Regresjon kan vise seg ved at ungdom blir mer avhengig av foreldrene sine, den kognitive kapasiteten svekkes og det blir vanskeligere å forstå og huske informasjon (Grønseth og Markestad, 2017).

2.3 Ernæringsbehandling

Når ungdom mellom 13 og 18 år har en spisevegring av alvorlig grad, slik at tilstanden kan være livstruende, er det nødvendig med sykehusbehandling. Ungdommen blir da lagt inn på en barneavdeling med et tverrfaglig team rundt seg. Målet med behandlingen er å redusere undervekt, korrigere alvorlige og livstruende somatiske komplikasjoner, redusere psykologiske komplikasjoner som for eksempel kognitiv svikt, samt etablere et regelmessig spisemønster med et sammensatt kosthold. Aktivitet og hvile skal stå i forhold til fysisk tilstand. Tiltak som igangsettes vil være måltidsoppfølging, legemidler, sengeleie, samt intravenøse infusjoner, og blodprøvekontroller for å kontrollere elektrolyttbalanse (Hummelvoll, 2016) (Statens helsetilsyn, 2000).

Helsedirektoratet anbefaler sterkt at både barn og ungdom som er innlagt med AN skal ha en reduksjon av undervekt på 0,5-1 kg per uke. Hos barn og unge er det viktig å redusere undervekten raskt, fordi langvarig undervekt kan føre til vekstretardasjon, manglende pubertetsutvikling og osteoporose. Sammen med lavt næringsinntak og undervekt følger flere

konsekvenser, som mangel på vitaminer og mineraler, elektrolyttforstyrrelser, risiko for hjertesvikt og hjertestans. Ved en rask vektutvikling vil senskader kunne reduseres og pasienten vil raskere oppleve bedring (Helsedirektoratet, 2017). Samtidig er det viktig at vektutviklingen ikke går for fort, siden pasienter som har hatt uttalt lavt næringsinntak er i risiko for å utvikle reernæringssyndrom. For stor belastning i forbindelse med reernæring på en svekket hjertemuskel kan gi livstruende hjertesvikt. Ved nøye overvåking av elektrolyttverdier i blodet, samt nøye observasjon av hjerterytme, blodtrykk og puls kan sykepleier vurdere om pasienten utvikler reernæringssyndrom (Statens helsetilsyn, 2000).

2.3.1 Sykepleiers behandlende funksjon

Virginia Henderson tar sikte på å beskrive sykepleiers kjernefunksjon. Sykepleiers mål og hensikt ifølge Henderson er å hjelpe enkeltmennesket med å gjenvinne sin selvstendighet til å ivareta egne grunnleggende behov. En person med behov for sykepleie, kan mangle nødvendige ressurser til å utføre gjøremål forbundet med grunnleggende behov. Manglende ressurser kan være en konsekvens av mangel på kunnskap, krefter eller vilje. Henderson mener det er en sammenheng mellom selvstendighet og god helse og helbredelse, samt at pasienten selv kjenner sine egne behov best. Derfor er det viktig at pasienten har en ansvarlig og aktiv del i sykepleien den mottar (Kristoffersen, 2014). En av sykepleiers funksjoner er den behandlende funksjonen, og går ut på å samle inn data, for deretter å vurdere, planlegge, gjennomføre, evaluere og dokumentere. Sykepleieprosessen brukes som metode. Den behandlende funksjonen handler i stor grad, spesielt i spesialisthelsetjenesten, om å assistere legen i medisinsk utredning og behandling samt evaluere og dokumentere effekten av behandlingen (Nordtvedt og Grønseth, 2017). Dokumentasjon er også noe sykepleieren plikter å gjøre, i henhold til Helsepersonelloven §40. Dokumentasjonen skal være i samsvar med god yrkesetikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om helsehjelpen som gis (Helsepersonelloven, 1999, §40).

Sykepleierens behandlende funksjon handler i stor grad om å hjelpe pasienten med å dekke sine grunnleggende behov (Nordtvedt og Grønseth, 2017), jamfør Hendersons definisjon om sykepleiers kjernefunksjon. Ivaretagelse av grunnleggende behov vil blant annet si å hjelpe pasienten med ernæring, hvile og psykososiale behov, når pasienten ikke har ressurser til det selv (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug, 2014). Når en ungdom er innlagt på sykehus med AN, bør en ha kortsiktige mål i startfasen, som å begynne med normalisering av spisemønster,

samt redusere pasientens engstelse (Hummelvoll, 2016). Med andre ord kan vi si at ungdommens grunnleggende behov ved innleggelse er behov for ernæring og psykososiale behov. Sykepleieren følger pasienten tett under behandling på sykehus. Optimalt bør ungdommen kunne forholde seg til et få antall sykepleiere. Dermed bør det tilstrebes at de samme sykepleierne sitter sammen med pasienten i måltidsituasjoner (Hummelvoll, 2016).

2.3.2 Måltidsituasjon

En svært viktig del av behandlingen, og hovedfokuset i denne oppgaven, er måltidsituasjonen. Når ungdom legges inn på somatisk barneavdeling, er det hensiktsmessig at helsepersonellet danner et behandlingsteam og planlegger den første delen av innleggelsen. I løpet av det første døgnet vil pasienten ha samtale med klinisk ernæringsfysiolog for å sette opp en kostplan. Det settes opp en plan på både kort og lang sikt med tanke på vektoppgang og regulering av symptomer som magesmerter, obstipasjon, eventuelt oppkast og øvrige plager (Statens helsetilsyn, 2000). Kostplanen skal inneholde riktig mengde kalorier for å nå målet om reduisering av undervekt per uke. Den inneholder også en liste over vitamin- og ernæringstilskudd pasienten trenger. Som regel er sykepleier sammen med ungdommen under måltidet og påfølgende hviletid, som kan strekke seg fra én til to timer, uten toalettbesøk, for å sikre at maten beholdes. Det vil være hensiktsmessig å være åpen med ungdommen om at tiltakene som følges rundt måltidsituasjonen er for å ha kontroll over tilstanden og fremme vektoppgang. Å formidle at vektøkningen skjer kontrollert vil kunne være med på å dempe pasientens frykt for å bli tykk (Hummelvoll, 2016).

Sykepleierens rolle i måltidsituasjonen vil være å støtte pasienten ved å være til stede og skape trygghet, og på den måten dempe pasientens uro og angst. Det vil være hensiktsmessig å flytte fokus og samtaleemne fra mat til noe nøytralt, eller noe pasienten har interesse for å prate om (Hummelvoll, 2016).

Måltidsituasjonen, og behandling for øvrig, bør være basert på en frivillig avtale som underskrives av behandlende lege, sykepleier, barnet og som regel foreldrene. Det vil være hensiktsmessig å lage kortsiktige avtaler rundt kostplan, vektøkning og symptomregulering. I de fleste tilfeller vil det være mulig å reernære pasienten etter vanlig kostliste. Likevel bør den avtalefestede behandlingen inneholde en plan på at bruk av ernæringsdrikk eller enteral

ernæring kan være aktuelt i et begrenset tidsrom. Bruk av enteral ernæring vil først være aktuelt når det er forsøkt med vanlig mat fra kostlisten og ernæringsdrikker, men at pasienten motsetter seg eller at det av en annen grunn ikke er mulig å tilføre næring per os (Statens helsetilsyn, 2000).

2.4 Juridiske og etiske rammer

Det finnes egne lover og forskrifter som skal ivareta barn innlagt på sykehus og andre helseinstitusjoner, som gjelder for personer under 18 år (Mølven, 2014). For barn under 16 år tar foreldrene avgjørelser på barnets vegne når det gjelder helsetjenester. Barn over 12 år har rett til å uttrykke sin mening i spørsmål vedrørende deres helse. Ungdom mellom 16 og 18 år har rett til å ta avgjørelser overfor egen helsetilstand. Unntak fra denne loven er øyeblikkelig livreddende hjelp for å avverge betydelig helseskade og ved betydelig smertetilstand. Da skal foreldrene eller andre med foreldreansvar ta slike valg (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det vil si at hvis ungdommen med AN ikke vil innta mat per os, kan foreldre eller foresatte samtykke til nedleggelse av ernæringssonde for å gi enteral ernæring til pasienten. Tvangsinnleggelse og tvangsernæring kan ofte unngås ved at de med foreldreansvar samtykker til behandling på vegne av barnet. For ungdom over 16 år vil tvang skje etter retningslinjene i lov om psykisk helsevern (Statens helsetilsyn, 2000). Helsepersonell må handle ut ifra hva som er til det beste for ungdommens helse. Ifølge Helsepersonelloven §4 skal helsepersonell «utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 1999, §4).

Barn skal, så langt det lar seg gjøre, legges inn på egne barneavdelinger. Her har de rett til å ha minst en av foreldrene hos seg under institusjonsoppholdet. Personalet har ansvar for å avklare med foreldrene hvilke oppgaver foreldrene kan og ønsker å utføre mens de er hos barnet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000).

2.4.1 Etikk

Tvang kan oppleves som svært traumatisk og kan svekke tillit mellom sykepleier og pasient (Svendsen, 2018). Det er også en sammenheng mellom tvangsbehandling og redusert effekt

av behandlingen, sammenlignet med frivillig behandling (Statens helsetilsyn, 2000). Som nevnt tidligere (se punkt 2.3.2) bør pasienten kun reernæres ved bruk av ernæringssonde som siste utvei hvis andre tiltak er forsøkt. Sykepleiers holdning til sondenedleggelse vil her spille en viktig rolle. Enteral ernæring bør presenteres som et reelt alternativ, fordi pasienten er syk og trenger livsviktig ernæring. Det bør ikke presenteres som en «straff» for dårlig samarbeid og fordi pasienten ikke spiser angitt mengde mat under måltidet. Noen pasienter vil velge enteral ernæring hvis de ikke klarer å gjennomføre den avtalte måltidsituasjonen. Enteral ernæring som et alternativ til matinntak per os bør presenteres i god tid før det eventuelt blir aktuelt, slik at pasienten kan forberede seg på situasjonen, og lettere kan akseptere behandlingen som i mange tilfeller er en livsviktig medisinsk prosedyre (Statens helsetilsyn, 2000).

Norsk sykepleierforbund har rettet fokus på yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I totalt seks kategorier er det utformet retningslinjer som omhandler sykepleieren i profesjonen, i møte med pasienter, pårørende og medarbeidere, samt arbeidssted og samfunnet. Som sykepleier har en «et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig» (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011). Sykepleieren trenger derfor å være kjent med lovverk som omhandler medbestemmelse hos barn og ungdom, samt foreldrenes rolle. Sykepleieren trenger også et etisk kunnskapsgrunnlag for å gi god behandling til ungdom med AN, fordi det kan innebære bruk av tvang, spesielt i medisinske tilfeller på barneavdelinger (Statens helsetilsyn, 2000). I møte med den enkelte pasient skal sykepleieren ivareta pasientens verdighet og integritet, herunder retten til forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket. Sykepleieren skal også yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (NSF, 2011). I denne oppgaven er det særlig vesentlig å trekke fram pårørende og hvordan sykepleieren forholder seg til dem. Sykepleieren viser respekt, omtanke og inkluderer pårørende og bidrar til ivaretagelse av pårørendes rett til informasjon (NSF, 2011). Mange pasienter med AN har et ønske om å bli frisk, men mangler motivasjon eller et ønske om å endre vanene sine. Det er utfordrende for sykepleiere å skulle delta i behandling disse pasientene som ofte er veldig ambivalente til behandling (Nordbø, Gulliksen, Espeset, Skårderud, Geller, Holthe, 2008). På grunn av pasientens ambivalens til behandlingen er det nødvendig at sykepleier er spesielt bevisst etiske problemstillinger, og forsøker å møte ungdommens ambivalens med en åpen, men samtidig profesjonell holdning.

3 Metode

Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave. I en litterær oppgave innhentes data og teori fra fagkunnskap og forskning som allerede er publisert. En velger et tema en ønsker å skrive om, og finner deretter data i form av fagbøker og fag- og forskningsartikler for å belyse og diskutere problemstillingen (Dalland, 2017). Vi valgte å skrive om hvordan ungdom med AN opplever måltidsituasjonen ved sykehusinnleggelse fordi det øker vår kunnskap om både somatisk og psykisk sykdom, samt sykepleiers behandlende funksjon.

3.1 Litteratursøk

I det understående vil vi presentere hvordan vi har søkt etter forskningsartikler og hvordan vi har gått frem for å inkludere relevante forskningsartikler.

3.1.1 Valg av database og søkeord

I starten av søkeprosessen jobbet vi med å finne søkeord som kunne gi oss relevante treff i litteratursøkene. Vi fikk hjelp av en bibliotekar til å finne noen av søkeordene. For å oversette norske søkeord til engelske emneord brukte vi nettsiden Norsk MeSH, og endte opp med følgende MeSH-termer: «Adolescence», «Patient attitudes», «Anorexia nervosa», «Nurses» og «Hospitals, Pediatric». «Adolescence», «Anorexia nervosa» og «Hospitals, Pediatric» inkluderte vi fordi vi skriver om ungdommer som er lagt inn på barneavdeling på sykehus med AN. Vi ønsket å få sykepleieperspektiv på oppgaven og derfor inkluderte vi «Nurses», og «Patient attitudes» fordi vi ønsket å få frem pasientenes opplevelser av behandlingen.

Vi valgte å utføre søkene våre i CINAHL, som er en database som indekserer sykepleiefaglig forskning. Vi valgte å gjennomføre søkene i denne databasen fordi vi er godt kjent med den fra tidligere i bachelorutdanningen, og har fått undervisning fra biblioteket ved skolen om hvordan gjøre systematiserte søk. Vi har også søkt i SweMed og Medline, men artiklene vi fant var ikke aktuelle med tanke på problemstillingen vår og disse søkene er derfor ikke beskrevet nærmere i oppgaven. Vi har vært to personer som har gjort individuelle søk, og fant artikler som vi sammen vurderte å være relevante ut ifra inklusjons- og eksklusjonskriteriene (se punkt 3.1.3).

3.1.2 Tabell over litteratursøk

Tabell 3 viser en oversikt over søkehistorikken, altså dato for gjennomføring av søk, database, kombinasjon av søkeord, totalt antall treff og hvilke artikler som ble inkludert i oppgaven.

Alle søkene genererte mer enn ett treff, men det første søket (nr. 1 og 2) ga flest treff på totalt 31 artikler. Et forholdsvis lite treff på 31 artikler var oversiktlig og enkelt for oss å se igjennom. Vi leste først titlene på alle artiklene, og deretter leste vi abstraktet på de artiklene vi så kunne være relevante for problemstillingen. For å vurdere artiklens relevans for problemstillingen vår brukte vi inklusjons- og eksklusjonskriterier som var utformet i forkant, se punkt 3.1.3. Etter å ha lest abstraktet på de fire utvalgte artiklene, leste vi hele artikkelen. Da vi hadde lest de fire artiklene vurderte vi at de var relevante for denne oppgaven.

Tabell 3 – Litteratursøk

Nummer	Dato søket ble gjort	Database	Søkeord	Antall treff	Tittel
1	11.12.2019	CINAHL	«Adolescence» AND («Anorexia Nervosa» OR «Anorexia») AND «Patient attitudes	31	«Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: a consumer perspective»
2					«Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patient's perspective»

3	12.12.2019	CINAHL	(«Anorexia Nervosa» OR «Anorexia») AND «Hospitals, Pediatric» AND «Nurses»	3	«Original Research: an inpatient program for adolescents with anorexia experienced as a metaphoric prison»
4	12.12.2019	CINAHL	(«Anorexia Nervosa» OR «Anorexia») AND «Hospitals, Pediatric»	10	«Examining supervised meals in patients with restrictive eating disorders.»

3.1.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Da vi gjennomførte søkene, fikk vi varierende antall treff. For å vurdere artiklene sin relevans for problemstillingen vår hadde vi i forkant utarbeidet inklusjons- og eksklusjonskriterier (se tabell 4). Vi formulerte disse kriteriene på bakgrunn av fagkunnskap vi har tilegnet oss gjennom emne 14A, fagbøker- og artikler om ungdom som lider av AN og klinisk erfaring. Det var et krav at artiklene var fagfellevurdert, samt at det var forholdsvis ny forskning. Vi ønsket ikke å bruke forskning som var mer enn 20 år gammel, og dermed ekskluderte vi alle artikler som var publisert før år 2000. I tillegg ekskluderte vi artikler som var fra land utenfor Europa, Nord-Amerika og Australia, siden helsevesenet i land utenfor disse områdene kan være svært ulikt fra Norge og behandlingen av AN vil trolig også være ulik. Samtidig har også forekomsten av AN i landene vi har valgt å ekskludere vært lav eller omtrent ikke-eksisterende (Torgersen, 2016). Vi valgte ut de artiklene der måltidsoppsyn ble presentert som en del av behandlingen og leste gjennom metode, resultat og konklusjon før vi inkluderte artiklene. Vår problemstilling fokuserer på pasientens opplevelser og perspektiv, og det er derfor hensiktsmessig å kun inkludere artikler med kvalitativt design (van Ommen et al., 2009). På bakgrunn av dette har vi valgt å kun inkludere artikler med et kvalitativt design. I kapittel 3.1.4 er det skrevet mer om kvalitativ metode.

Tabell 4 – Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Europa, Nord-Amerika og Australia	Øvrige land enn Europa, Nord-Amerika og Australia
Engelsk- eller norskspråklig	Artikler på øvrige språk
Etter år 2000	Før år 2000
Ungdommer mellom 13-18 år	Barn <13 år eller voksne >18 år
Barneavdeling på sykehus	Barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger, øvrige somatiske avdelinger
Måltidsoppsyn	Miljøterapi eller andre sykepleiefaglig relevante behandlingstiltak
Fagfellevurdert	Fagartikler eller artikler som ikke er fagfellevurdert
Kvalitativt design	Kvantitativt design

3.1.4 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode benyttes når forskeren ønsker å få kunnskap om meninger, erfaringer eller opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles. Kvalitativ forskning tar sikte på å gå i dybden av et fenomen ved at en forsker eksempelvis intervjuer en informant eller en gruppe med informanter som kan gi noen svar på forskningsspørsmålet. Forskeren ønsker ofte en dypere forståelse av et fenomen eller problem (Dalland, 2017). Forskningsartiklene vi har inkludert i denne oppgaven har brukt kvalitativ metode. Det vil si at informanter som har, eller har hatt, AN, ble intervjuet underveis i eller i etterkant av en sykehusinnleggelse.

Innen kvalitativ metode finnes det ulike måter å samle inn data på (Dalland, 2017). Tre av artiklene har benyttet individuelle *semi-strukturerte intervju* for å samle data. Ved semi-strukturerte intervju formuleres noen åpne spørsmål i forkant av intervju i en intervjuguide. Dette er spørsmål som forskeren ønsker at informantene skal svare på, samtidig som forskeren er åpen for at informantene skal kunne fortelle ganske fritt om sine opplevelser eller erfaringer (Grønmo, 2016).

I den siste artikkelen er det brukt *retrospective record review* som design for forskningen. Retrospective record review bruker allerede innsamlede data fra informanter til å besvare et eller flere forskningsspørsmål gjennom tekstanalyse av dataene (Vassar og Holzmann, 2013).

3.2 Øvrig inkludert faglitteratur

Ved inkludering av øvrig faglitteratur, valgte vi først å se på tidligere pensumlister gjennom studiet. Videre søkte vi i Oria via nettsiden til skolens bibliotek. Til slutt utførte vi frisoek på internett for å utforske om det fantes informasjon om anorexia nervosa og behandlingsforløp fra eksempelvis statlige organer eller helseforetak.

Fra emnet om psykisk helse ble vi godt kjent med de to bøkene «Helt – ikke stykkevis og delt» og «Psykiatriboken». Det ble derfor naturlig å inkludere dem i oppgaven, siden begge omhandler teori om sykdomsbildet ved anorexia nervosa, samt sykepleie til pasientgruppen. I boken «Helt – ikke stykkevis og delt» (Hummelvoll, 2016) har vi funnet fagstoff om sykepleie til pasienter med spiseforstyrrelser, også spesielt knyttet til pasienter med anoreksi. Her fant vi også teori om miljøterapi, og om hvordan en måltidsituasjon og påfølgende hviletid blir utført i praksis. Dette er relevant for vår oppgave da vi skriver om pasientens opplevelse av en slik måltidsituasjon. Psykiater Finn Skårderud er spesialist innenfor spiseforstyrrelser. Derfor har vi funnet mye av vårt teoretiske grunnlag i «Psykiatriboken» (Skårderud et al., 2016), som vi også har hatt som pensum i psykiatri.

I denne oppgaven er det særlig relevant å utforske teori om hvordan barn og ungdom er forskjellige, og utviklingen fra tidlig ungdomsår til nesten myndig. Derfor har vi sett på ulike teorier om psykologisk utvikling i boken «Oppvekst og psykologisk utvikling» (Gulbrandsen, 2017). I Oria brukte vi søkeordet «psykologisk utvikling» og fant frem til denne boken. Vi fant boken på biblioteket, og så at det stod om Piagets konstruktivisme, som vi ønsket å skrive om. Forfatteren av boken, Liv Mette Gulbrandsen, er psykolog og prosessor innen sosialt arbeid, og vi anså da boka som relevant for denne oppgaven. I tillegg har vi brukt boken «Pediatri og pediatrik sykepleie» (Grønseth og Markestad, 2017), som vi fant fra pensumlisten i emnet om pediatri, da vi skrev om barn og unge på sykehus.

Vi har basert en god del teori fra helsedirektoratets retningslinjer og anbefalinger i henhold til diagnostiske kriterier, anbefalinger og indikasjoner for innleggelse i sykehus, samt deler av behandlingen for disse pasientene.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk vil si å vurdere litteraturen som er funnet og inkludert i oppgaven. En gjør rede for hvilke kriterier som er brukt under utvelgelsen av forskningsartikler og sekundær litteratur (Dalland, 2017). I det understående vil vi presentere kildekritiske refleksjoner knyttet til søket vårt og inklusjon av forskningsartiklene, samt den øvrige faglitteraturen vi har benyttet i oppgaven.

3.3.1 Litteratursøk og inklusjon av forskningsartiklene

Vi har relativt kort erfaring med gjennomføring av søk i store databaser, og det kan ha påvirket resultatene vi fikk. Vi valgte å inkludere en bibliotekar da vi skulle finne søkeord. Hun hadde mange gode innspill i hvilke søkeord vi kunne bruke og hvordan vi kunne kombinere dem, men det kan likevel tenkes at vi har brukt for få søkeord og søkekombinasjoner. Det kan tenkes at ikke alle søkeord ble optimalt oversatt da vi brukte norsk MeSH til å oversette søkeord. I tillegg har inklusjons- og eksklusjonskriteriene påvirket hvilke forskningsartikler vi valgte å inkludere, og på den måten kan nyttig forskning uteblitt. Siden vi ikke gjennomførte strukturerte søk i databasene SweMed og Medline, kan vi ha gått glipp av aktuell litteratur.

Forskningsartiklene som er brukt i denne oppgaven kommer fra Australia og USA. Det betyr at vi må ta hensyn til at det kan finnes variasjoner i hvordan en yter helsetjenester i disse landene sammenlignet med Norge. Likevel vurderer vi det slik at Australia, USA og Norge er land som har mye felles, og at artiklene er overførbare. Vi må også regne med at det kan være noe i teksten vi ikke forstår, da de er skrevet på engelsk. Artiklene ble publisert i 2009 og 2012, og dermed må vi ta sikte på at behandling av AN på sykehus kan ha forandret seg. Samtidig er det nyttig å se på pasientenes opplevelse av et sykehusopphold, slik at en lærer fra tidligere pasienters erfaringer.

Ved bruk av egen erfaring fra praksis, sørger vi for fullstendig anonymitet for både ansatte og pasienter. Erfaring omtales på en respektfull måte og etiske vurderinger tas med tanke på å ikke eksponere enkeltpersoner. Uttalelser vil derfor være på et generelt nivå, heller enn å vise til erfaring fra en spesifikk situasjon.

3.3.2 Inkludering av øvrig faglitteratur

«Helt, ikke stykkevis og delt» er en del av vårt pensum, og den har et stort kapittel som er rettet mot AN og spiseforstyrrelser. Boken fokuserer ikke utelukkende på ungdom som aldersgruppe, men inneholder teori om behandling på bakgrunn av lidelsen. Dette skal vi komme tilbake til i drøftingskapitlet, der vi diskuterer hensyn som tas med tanke på pasientenes alder. Første utgave av denne boken ble gitt ut i 1982, og det kan være at noen kilder i boken er forholdsvis gamle. Vi bruker derfor den nyeste reviderte utgaven.

Vi valgte å bruke Piagets teori. Det finnes kritiske innvendinger mot denne forholdsvis gamle teorien som ble utviklet rundt midten av 1900-tallet. Noen mener at den ikke tar et stort hensyn til kulturell variasjon, samt at barns utvikling i praksis ikke er så unison og jevn som Piaget skal det til (Hundeide og Gulbrandsen, 2017). Piagets teori omfavner aldersgruppa fra 12 til 15 år. Det passer de yngste i gruppa vi skriver om, men ikke de fra 16 til 18 år. Vi har likevel valgt å ta den med da den forteller mye interessant om ungdommers måte å tenke på. Stoffet baserer seg også på sekundærlitteratur fra Hundeide og Gulbrandsen (2017), og kan derfor være bearbeidet fra primærkilden.

Helsedirektoratets retningslinjer har vi også brukt som kilde. Denne kilden har ikke nødvendigvis fasiten for hvordan behandling foregår i spesialisthelsetjenesten, og hver pasient skal få individuell tilpasset behandling. Imidlertid er helsedirektoratets retningslinjer styrende for praksis og vi har valgt å inkludere den fordi den bidrar til å tilpasse teorien i oppgaven vår til gjeldende praksis på norske sykehus. Videre har vi inkludert en rapport fra Statens helsetilsyns utredningsserie om behandling for spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten. Rapporten ble vurdert som en god og nyttig kilde for vår oppgave, da den inneholder spesifisert informasjon om behandling knyttet til barn og ungdom. Vi anser Statens helsetilsyn som en pålitelig kilde.

4 Resultater og funn

I dette kapittelet presenteres de utvalgte forskningsartiklene. Tabell 5 er en artikkelmatrise der de inkluderte artiklenes hensikt, metode og hovedfunn presenteres.

Generelt indikerer funnene at pasientene opplevde innleggelsen som negativt på det tidspunktet de ble innlagt, men at de i ettertid har sett at det har vært nødvendig. Ungdommene forteller at de i stor grad måtte lære «å spise mat på nytt» da de ble innlagt på sykehus. Pasientene opplevde ofte at sykepleiers tilstedeværelse ga trygghet og flyttet fokus bort fra maten på en positiv måte. En av artiklene undersøkte betydningen av måltidsoppsyn av sykepleier på pasientens vektutvikling. Resultatene indikerte at pasientene som hadde hatt måltidsoppsyn hadde større vektoppgang enn pasientene som gjennomførte måltidene uten oppsyn av sykepleier. Ungdommene med AN hadde ambivalente følelser knyttet til det å skulle gå opp i vekt. Samtidig ble de ofte motivert til å spise mat etter kostliste, fordi konsekvensene av å ikke spise opp maten, som næringsdrikk og enteral ernæring, var et verre alternativ. Sykepleierens behandlende funksjon viser seg i form av måltidsoppfølging og støtte ved ivaretagelse av psykososiale behov både under og etter måltidet.

Tabell 5 – Artikkelmatrise

Nr .	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Joel Sebastian Zugai, Jane Stein-Parbury og Michael Roche. (2012)	Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective	Journal of Clinical Nursing	Å finne ut hvordan sykepleiere kan ivareta vektøkning og en positiv pasientopplevelse i behandling av ungdom med anoreksi med tanke på pasientens opplevelser.	Kvalitativ metode. Individuelle semi-strukturerte med åtte tidligere pasienter med AN.	Sykepleieres væremåte ble sett på som innflytelsesrike på pasientens opplevelser relatert til vektøkning, opprettholde et terapeutisk miljø og relasjon mellom sykepleieren og pasienten.

2	Van Ommen, V., Meerwijk, E.L., van Elburg, A.V., Meijel, B.V. (2009).	Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patient's perspective	Journal of Clinical Nursing	Å utvikle en foreløpig teoretisk modell ut ifra pasientperspektivet, som forklarer effekten av sykepleie til ungdommer diagnostisert med AN	Kvalitativ studie. Individuelle semi-strukturerte intervjuer med 13 ungdommer diagnostisert med AN ble gjort for å samle data.	Deltakerne i studien fortalte at sykepleiere bidro i bedringsprosessen.
3	Ramjan, L.M og Gill, B.I (2012)	Original Research: an inpatient program for adolescents with anorexia experienced as a metaphorical prison.	American Journal of Nursing	Utforske opplevelsene til ungdommer i behandling av AN Studien fokuserte på effektene av forholdet mellom pasientene og sykepleierne.	Kvalitativ studie. Individuelle semi-strukturerte intervjuer med ungdom som hadde blitt behandlet for AN i en akutt setting og barnesykepleierne som arbeidet der. 10 pasienter og 10 barnesykepleiere ble intervjuet	Pasientene fortalte at de fulgte en tett timeplan som bestod av spising og hviling. De følte seg også overvåket av sykepleiere.
4	Kells, M., Davidson, K., Hitchko, L., O'neil, K., Schubert-Bob, P., McCabe, M. (2012)	Examining supervised meals in patients with restrictive eating disorders.	Applied Nursing Research	Å undersøke effektene av måltidsoppsyn ved en medisinsk innleggelse i sykehus hos pasienter med AN	Kvalitativ metode. Retrospektiv record review. 52 pasienter med AN innlagt på et barnesykehus mellom juli 2008 og juli 2009 Pasientene i studien ble delt inn i to grupper. Den ene gruppen hadde ikke hatt	Studien fant at deltakerne som hadde hatt minst et måltidsoppsyn hadde høyere gjennomsnittshjertefrekvens og forbedret hjertefrekvens til sammenligning med de som ikke hadde fått måltidsoppsyn.

					måltidsoppsyn, mens deltakerne i den andre gruppen hadde hatt måltidsoppsyn minst en gang.	
--	--	--	--	--	--	--

5 Drøfting

I dette kapittelet vil resultater og funn fra de utvalgte forskningsartiklene, det teoretiske kunnskapsgrunnlaget, samt egne erfaringer fra praksis benyttes for å drøfte problemstillingen: *Hvilke opplevelser har ungdom med anorexia nervosa knyttet til måltidsituasjon på sykehus?*

5.1 Ungdommers opplevelser av måltidsituasjon

Når ungdom blir lagt inn på barnemedisinsk avdeling på sykehus trenger de behandling for både somatisk og psykisk sykdom. En behandlingsplan for kontrollert reernæring startes umiddelbart og ungdommen må følge en kostplan og spise til faste tider (Statens helsetilsyn, 2000). Van Ommen et al. (2009) har intervjuet tidligere innlagt ungdom skriver at i starten av sykehusinnleggelsen opplevde pasientene måltidene som stressende. Ungdommene fortalte at de opplevde en forventning fra sykepleierne om at de skulle følge deres ble instruksjer i måltidsituasjonen. Maten på tallerkenen fremkalte avsky hos ungdommene og de hadde ikke lyst til å spise og de var redde for å gå opp i vekt (van Ommen et al., 2009). På den ene siden fortalte mange av ungdommene at de reagerte med sjokk og sinne helt i begynnelsen av innleggelsen (Ramjan og Gill, 2012). På den andre siden opplevde pasientene det som viktig og helt nødvendig at sykepleierne hadde overtatt ansvaret for spising og måltider i denne tidlige fasen. De innså at de var ute av stand til å bryte spisevanene sine på egenhånd (van Ommen et al., 2009).

I studien av Ramjan og Gill (2012) brukes termen «metaforisk fengsel» til å skildre sykehusinnleggelsen. Ungdommene som deltok i studien, fortalte at innleggelsen fikk frem følelser av å være i fengsel fremfor et sykehus. De hadde regler knyttet til behandlingsplanen, slik som å ikke alltid kunne gå på do når de ville og faste tider til måltider, noe som førte til at de ikke kunne sove lengre i helgene og spise en sen frokost. Det å respektere og følge disse reglene førte til at ungdommene kunne f.eks. få permisjon. Dette gjorde at ungdommene ønsket å følge regler og vise fremgang kun for å få mulighet til å få færre regler og til slutt reise hjem. I studien til Zugai, Stein-Parbury og Roche (2012) syntes flere av pasientene at behandlingsplanens strenge regler knyttet til måltid og aktivitet var vanskelige. De fortalte at de ikke likte å gi fra seg kontrollen. I ettertid av innleggelsen forstod de verdien av reglene, og skjønnte at å gi fra seg kontrollen påvirket bedringsprosessen deres positivt. Sykeligheten

hos disse pasientene kan trolig være med på at de ikke ser nødvendigheten av de strenge måltidsreglene. Det kan være overveldende å plutselig skulle spise mye mer enn de er vant til. I ettertid har flere av ungdommene sagt at de forstår nytten av disse reglene. Dette kan ses i sammenheng med at de har redusert undervekten sin og sett den positive virkningen av å spise mer.

Den første uken av innleggelsen er viktig for resten av behandlingen. Det er nesten som pasientene må lære seg å spise på nytt (van Ommen et al., 2009). En av ungdommene i studien fortalte dette:

«Sykepleierne fortalte meg at jeg måtte spise fortere. Jeg forstod ikke dette. Jeg tenkte at jeg ikke kunne spise fortere og ingen hadde noen gang fortalt meg at jeg spiser for sakte. Først trodde jeg at skjøv gaffelen mot munnen for sakte, til en sykepleier fortalte meg at jeg måtte tygge fortere. Da skjønnte jeg det. I ettertid skjønner jeg at jeg lenge spiste så lite, så jeg var ikke vandt til å spise. Jeg begynte å følge mer med på dette deretter og skjønnte at jeg måtte tygge fortere» (van Ommen et al., 2009).

Sitatet ovenfor forteller oss at disse pasientene kan nesten ha glemt hvordan det er å spise og tygge i et normalt tempo. Når de plutselig skal spise mye mer enn de er vant til, er det da viktig å gi instruksjoner om hva de skal gjøre slik at de forstår dette.

5.1.1 Ambivalens under måltid

Ungdom med anorexia nervosa har som regel et ambivalent forhold til sin egen helse, og mange av kan ha blitt presset av pårørende til å oppsøke hjelp (Statens helsetilsyn, 2000). Mange pasienter kan uttrykke et ønske om å bli frisk og få et normalt liv igjen, men kjenner på angst for å spise mat og gå opp i vekt (van Ommen et al., 2009). Å skulle «velge» og bli frisk, kan gå på bekostning av ungdommens identitet. Ønsket om å være tynn har sammenheng med pasientens holdninger og verdier (Zugai et al., 2012). Samtidig ser det ut til at det som virkelig kan snu sykdomstilstanden er at pasienten selv tar valget om å komme seg ut av spiseforstyrrelsen (Statens helsetilsyn, 2000).

Helsedirektoratet bruker uttrykket «reduksjon av undervekt» når de beskriver gunstig vektoppgang per uke, ved alvorlig undervekt (Helsedirektoratet, 2017). I lys av teori om anorexia nervosa kan en si at ungdom med AN har et forstyrret kroppsbilde, og er svært engstelige for å gå opp i vekt og utvikle fedme (Hummelvoll, 2016). Det kan være

hensiktsmessig å endre fokus fra vektoppgang, som nok vil assosieres med fedme for en pasient med AN, til et mer helsefremmende perspektiv, som Helsedirektoratet beskriver. På den ene siden fortalte noen ungdommer fra studien til Zugai et al. (2012) at ved å få regler som måtte følges, knyttet til måltid og hvor mye de skulle spise til enhver tid, gjorde at de fikk et sunnere forhold til mat, i tillegg til at maten de spiste var sunn, og da var det lettere å akseptere spisingen. På den andre siden fortalte ungdommene i studien fra van Ommen et al. (2009) at den dårlige samvittigheten og frykten for å gå opp i vekt kom ved hvert måltid. Vi tolker dette i lys av at ungdommer er forskjellige. Noen tilpasset seg det å skulle spise mer enn de var vant til raskere enn andre, mens for andre var dette vanskeligere å tilpasse seg til og kjente på dårlig samvittighet. Samtidig tror vi også at begrepet «reduksjon av undervekt» er en viktig presisering for ungdommene som sliter med tanken på å gå opp i vekt. Det handler ikke kun om å gå opp i vekt, men det handler om å redusere en sykkelig undervekt for å hindre at pasienten får komplikasjoner.

Ifølge Ramjan og Gill (2012) kom det frem at ungdommene manglet forståelse av kompleksiteten og alvorligheten av sykdommen deres. Dette kan skyldes flere faktorer, men en årsak kan være regresjon. Regresjon er en vanlig forsvarsmekanisme hos unge ved en sykehusinnleggelse. Regresjon kan føre til svekket kognitiv kapasitet og at ungdommen ikke oppfatter eller husker informasjon den blir gitt (Grønseth og Markestad, 2017) Samtidig kan det også være en følge av et tankemønster ungdommen har tilegnet seg. Freud forklarer fullstendig avvisning av fysiske behov, inkludert behov for næring, som en mulig forsvarsmekanisme mot driftene som oppstår i adolescensen. Ifølge Freud kan spisevegring sitte så dypt hos enkelte som en måte å kjenne på en følelse av kontroll over andre ting en ikke klarer å kontrollere (Nielsen og Binder, 2017). Dette forteller oss at et slikt tankemønster kan være vanskelig å komme ut av, og ungdommen ikke ønsker å kjenne på følelsen av å ikke ha kontroll over omstendighetene. Nordbø et al. (2008) forteller at ambivalens til å bli frisk er et karaktertrekk hos mennesker med AN. Dermed er det viktig at pasientene får oppleve autonomi under behandling. Det er sentralt at de selv er med på å ta valg som omhandler sykdommen deres (NSF, 2011). Det kan også være hensiktsmessig at pasientene innser at livet er nyansert og komplekst. Å klare å se på seg selv som et komplekst individ og se flere sider av seg selv enn kun spiseforstyrrelsen, har sammenheng med det å klare å bli frisk (Nordbø et al., 2008). Ved å anerkjenne pasientens autonomi og utvikling, selv om han eller hun viser tegn til regresjon, kan sykepleier unngå å «barnliggjøre» ungdommen.

5.1.2 Motivasjon under måltid

Studien til Zugai et al. (2012) beskriver at ungdommene ble motiverte til å spise måltidene som planlagt i kostplanen, fordi konsekvensene av å bryte reglene var verre. Ungdommene visste at næringsdrikker og enteral ernæring, også med mulig høyere kaloriinnhold, var et uunngåelig utfall hvis de ikke spiste maten per os (Zugai et al., 2012). Ifølge Hummelvoll (2016) er det viktig at sykepleier er tydelig på at administrering av enteral ernæring ikke er en måte å «straffe» pasienten på for å ikke følge kostopplegget, men et reelt alternativ for å få i seg nok næring. Det kan likevel diskuteres om metoden for reernæring er etisk riktig overfor pasienten. Ifølge sykepleierens yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren ivareta pasientens integritet og rett til medbestemmelse. Like viktig skal sykepleieren gi omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (NSF, 2011). For en pasient med AN vil det å skulle bestemme over egen behandling ofte være en stor belastning, ref. ovenstående punkt (5.1.1) om ambivalens. I tillegg har vi lovverket som gjør at helsepersonell plikter til å gi faglig forsvarlig helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4), som vil si at hvis det er fare for liv, er pasientens medbestemmelse underordnet fordi helsepersonellet plikter å handle forsvarlig.

Unge pasienter med AN har som kjent ofte mye kunnskap om mat og næringsstoffer. Likevel er det en del av sykdomsbildet at pasientgruppen ikke har like mye kunnskap om hva deres egen kropp trenger av mat for å fungere og utvikle seg (Hummelvoll, 2016). Et av de diagnostiske kriteriene fra ICD-10 er bevisst ekskludering av en viss type næringsgruppe (Helsedirektoratet, 2019). Ved å formidle til pasienten at en viktig del av behandlingen er å etablere et regelmessig spisemønster med et sammensatt kosthold, kan ungdommen bli mer motivert til å spise for å bli frisk (Statens helsetilsyn, 2000). Det vil være et poeng å bygge pasienten opp og understøtte den kunnskapen han eller hun allerede har. Sykepleieren kan for eksempel ha en kartleggingssamtale med ungdommen for å få innblikk i hva pasienten kan om mat og ernæring. På denne måten kan også sykepleier korrigere og rettlede ungdommen ved å presentere fakta om ernæring. Pasientens behandlingsprosess vil trolig påvirkes negativt hvis han eller hun opplever en umyndiggjøring av egen kunnskap fra sykepleier (Colton og Pistrang, 2004, ref. i Zugaj et al., 2012).

5.2 Sykepleiers rolle under måltidet

Sykepleiers rolle i behandling av pasienter med AN er å observere, iverksette pasientens behandlingsplan som en daglig rutine og nøye overvåkning av fysisk fremgang som veiing, bedring i vitale parametere og oppfølging av biokjemiske prøver (Daigneau og Saewyc, 2007, ref. i Zugai et al., 2012). Som Henderson beskriver i sin teori, kan personer ha behov for sykepleie ved mangel på ressurser til å ivareta sine grunnleggende behov. Pasientene med AN innlagt på sykehus har behov for hjelp til å ivareta sitt grunnleggende ernæringsbehov. Ifølge Henderson er sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten med å gjenvinne disse ressursene igjen, slik at pasienten kan klare å utføre sine egne gjøremål knyttet til sine ernæringsbehov. Pasientene med AN burde ifølge Henderson ha en aktiv del i sin egen behandling (Kristoffersen, 2014). Måltidsituasjonen er en viktig del av behandlingen til pasienter med AN på sykehus, og sykepleieren er en aktiv del av den (Skårderud, 2016). En studie gjort på et barnesykehus tok sikte på å undersøke effektene av måltidsoppsyn hos pasienter med AN innlagt på sykehus. Studien sammenlignet ungdommer som hadde fått måltidsoppsyn og de som ikke hadde fått det, og det viste seg at pasientene med oppsyn hadde gått mer opp i vekt (Kells, Davidson, Hitchko, O'Neil, Schubert-Bob, McCabe, 2012).

Ungdom med AN skal optimalt forholde seg til et få antall sykepleiere under innleggelsen (Hummelvoll, 2016) og sykepleieren må være forståelsesfull, støttende og ikke-dømmende i sitt møte med ungdommene (Zugai et al., 2012). For pasienten vil måltidsituasjonen kunne være preget av stress som angst og tvangstanker. Det kan derfor tenkes at sykepleieren når inn til ungdommen ved å formidle ro og at helsepersonellet har kontroll over situasjonen (Hummelvoll, 2016). Derfor kan det tenkes at sykepleier bør fremstå som balansert mellom forståelsesfull og grensesettende. Flere av ungdommene i studien til van Ommen et al. (2009) kunne fortelle at engstelige og stressende tanker knyttet til måltidene var fremtredende, og disse faktorene kan være knyttet til pasientens underernæringstilstand. Som nevnt i teorien er AN en psykisk lidelse som kan ha store somatiske konsekvenser. Sykepleieren må ha kunnskap om både de somatiske og de psykososiale aspektene av sykdommen. Dette gjør at behandlingen av pasientene med AN kan være utfordrende. Behandlingen på sykehus handler i stor grad om å stabilisere vekt og vitale målinger, men på den andre siden er det samtidig viktig at sykepleieren klarer å ivareta pasientens psykiske helse og psykososiale behov (Hummelvoll, 2016).

Det er viktig at måltidene blir en så positiv opplevelse som mulig hvor pasientene får føle på støtte. Deltakerne i studien til Zugai et al. (2012) forteller at noen sykepleiere snakket med dem under måltid og klarte å bryte den «ubehagelige stillheten» som kunne oppstå. Da fikk de en følelse av at de ikke var alene om å spise. Sykepleierne som pratet med pasientene om andre ting og viste interesse for dem gjorde at ungdommene følte at livene deres og måltidene handlet om mer enn bare mat. Trolig kan samtale med ungdommen under måltidet, som ikke handler om maten, bidra til ivaretagelse av pasientens psykososiale behov (Kristoffersen et al., 2016). Av egen erfaring fra å jobbe med ungdom med AN, observeres det at ungdom kan virke mer avslappet hvis han eller hun får snakke med sykepleier om egne interesser. På den ene siden har ungdommen kanskje aldri vært innlagt på sykehus før, og det kan dermed tenkes at det vil oppleves trygt å snakke om noe som interesserer pasienten. På den andre siden har vi opplevd at det kan være vanskelig å samtale med ungdommen som er i en situasjon han eller hun helst ikke vil være i. Sykepleieren må derfor tilsynelatende prøve seg fram hos den individuelle pasienten for å finne ut hvordan sykepleier og pasient kan samarbeide om å flytte fokus.

Måltidsoppsyn har flere positive effekter. Kells et al. (2012) viser at pasienter der sykepleieren satt sammen med dem under måltidet, hadde høyere vektoppgang enn dem uten. Pasientene uten måltidsoppsyn måtte, i større grad enn de med, få næringsdrikker siden de ikke fikk i seg tilstrekkelig næring gjennom mat. Det var også gjennomgående at pasientene uten oppsyn hadde flere tilfeller med bradykardi gjennom natten. Det ovenstående kan fortelle oss noe om den fysiske og somatiske betydningen av måltidsoppsyn, og om viktigheten av at en sykepleier er til stede og har kontroll når pasienten med AN skal få i seg næring. Ungdom fra en annen studie forteller også at det var lettere å spise maten når sykepleieren hadde lagt opp riktig mengde og valgt ut pålegget (van Ommen et al., 2008). Samtidig blir det en måte og sykeliggjøre pasienten på, fordi behandlingsmålet er å gjenopprette et forhold til mat som er så normalt som mulig. Likevel kan det være helt nødvendig at sykepleier finner frem mat i starten av behandlingen, og lar pasienten gradvis ta ansvar i tilfriskningsprosessen.

En viktig del av sykepleieprosessen er å evaluere sykepleietiltak (Nordtvedt og Grønseth, 2017). Under sykehusoppholdet vil pasienten bevege seg fra akutfasen, over i en noe mer stabil fase der pasienten har begynt å spise mer tilstrekkelig ut ifra kostplanen, og kan forsøke å ta mer kontroll over de ulike situasjonene i behandlingen. Ifølge van Ommen et al. (2008) lot sykepleierne, i noen tilfeller, ungdommen ta kontroll under vanskelige perioder under

måltidet. For eksempel forteller en av informantene at måltidet kunne «stoppe opp», men ungdommen fikk selv ta kontroll ved å spise videre, uten innvendinger fra sykepleier. Etter måltidet kunne sykepleieren reflektere sammen med pasienten om hvordan det var å ta egne valg knyttet til måltidet. Ved å la pasienten ta mer kontroll ved måltidsituasjonen etter hvert i behandlingen, kan det også tenkes at behandlingsteamet får innsikt i om pasienten faktisk ønsker å spise for å bli friskere, eller om måltidsoppsyn er en form for «falsk trygghet», fordi ungdommen bare spiser hvis han eller hun blir overvåket.

5.3 Sykehusinnleggelse av barn og unge

I behandling av barn og ungdom med AN må behandlingen tilpasses ungdommens kognitive og sosiale utvikling. Sykepleier må ta stilling til om ungdommen har utviklet et kognitivt nivå som gjør at den kan tenke abstrakt om verdier og holdninger knyttet til betydningen av vekt, kropp og utseende, samt hvorvidt ungdommen kan reflektere rundt atferd og hendelser (Statens helsetilsyn, 2000). Ifølge Piagets konstruktivisme er ungdommen i det formell-operasjonelle stadium (12-15 år) i stand til å tenke kritisk og reflektere i mye større grad. Imidlertid er alle ungdom forskjellige og det kan foreligge omstendigheter som gjør at ungdommen i mindre grad er i stand til kritisk refleksjon (Hundeide og Gulbrandsen, 2017). Vi må ta hensyn til at selv om alle ungdommer i Norge har gjort seg erfaringer basert på de samme lovverkene, offentlige tiltakene og kulturelle forestillingene, er de individer som også har gjort seg egne erfaringer og utviklet seg basert på individuelle relasjoner og samspill (Gulbrandsen, 2017). I lys av teori om regresjon (se kapittel 2.2) kan vi se at ungdom ofte går tilbake noen trinn i utviklingsprosessen ved innleggelse i sykehus, og blir gjerne mer avhengig av foreldrene sine (Grønseth og Markestad, 2017).

Når ungdom er innlagt på medisinsk barneavdeling for behandling av AN, har ungdommen rett på å ha en av foreldrene til stede hele tiden (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). For å oppnå et godt samarbeid, kan det være hensiktsmessig at sykepleier, og behandlingsteamet generelt, avklarer med foreldrene hva som er deres oppgave og hvor involverte de skal være, som for eksempel under måltid og hviletid (Statens Helsetilsyn, 2000). Det er sykepleiers ansvar å følge opp pasientens ernæringstilstand i form av måltider og påfølgende hviletid for å sikre at pasienten holder på maten (Hummelvoll, 2016). Av erfaring fra egen praksis, pleier sykepleier å sitte sammen med ungdommen under måltid i starten av sykehusinnleggelsen. Etter hvert som pasienten aksepterer situasjonen og spiser det

som står på kostlisten, kan sykepleier samarbeide med ungdommen og foreldrene, og la foreldre ha måltidsoppsyn. Å la foreldre få en større rolle inn i måltidet kan være en måte å normalisere måltidsituasjonen på og foreldrene kan oppleve å bli en støtte for ungdommens tilfriskning. For å gjennomføre dette skal sykepleier være tilgjengelig og følge opp hvis pasienten ikke vil spise innenfor den gitte tidsrammen, og det er sykepleiers øverste ansvar for at måltidet blir gjennomført. Ifølge Statens helsetilsyn (2000) er det også en etablert erfaring å betrakte foreldre som en ressurs, heller enn å skille dem fra ungdommen.

Forskningsartiklene som er brukt i denne oppgaven viser tilsynelatende at ungdommene selv har samtykket til behandling (Ramjan og Gill, 2012) (van Ommen et al., 2008) (Zugai et al., 2012). Hvis ungdommen derimot motsetter seg behandling, vil de fleste unge pasientene med AN kunne behandles med foreldrenes samtykke. Det vil si at hvis ungdommen verken ønsker å spise mat etter kostlisten eller innta næring via næringsdrikk, kan foreldrene samtykke til å gi enteral ernæring. Hvis heller ikke foreldrene samtykker til behandlingen, kan det være aktuelt å innføre et midlertidig barnevernsvedtak, slik at foreldreretten blir overtatt av barnevernet for en liten periode (Statens Helsetilsyn, 2000). Tvangsernæring via sonde kan oppleves svært traumatisk for den unge pasienten, og potensielt svekke tilliten pasienten har til sykepleier (Svendsen, 2018). Det optimale vil derfor være at pasienten inntar næring per os, og i de ovenstående avsnittene i dette kapittelet, er det fremstilt hvilke opplevelser unge pasienter med AN har med måltidsituasjoner hvor hensikten er at de skal spise en sammensatt kost for å bli frisk fra somatiske og psykiske komplikasjoner av AN.

6 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å se på hvilke opplevelser ungdom med AN har med måltidsituasjon på medisinsk barneavdeling på sykehus. Gjennom teori, forskningsresultater fra relevante artikler og diskusjon har vi kommet frem til at unge pasienter med AN ofte opplever mye stress ved en sykehusinnleggelse, og reagerer ofte med sjokk eller i sinne i begynnelsen. Under måltidene fortalte flere ungdommer at maten vakte avsky. De opplevde at sykepleierne hadde strenge regler knyttet til måltider og hviletid. Noen mente reglene ga dem et sunnere forhold til mat siden de ikke kunne bestemme selv når og hva de skulle spise. Samtidig fortalte andre at de fikk dårlig samvittighet når de skulle spise. Flere av ungdommene måtte nesten lære seg å tygge og spise på nytt, fordi de lenge hadde spist veldig lite. Pasientene ga også uttrykk for stor ambivalens knyttet til å gjennomføre behandlingen. Mange av pasientene ønsket å bli friske, men de forstod ikke kompleksiteten av tilstanden deres og de ønsket å være tynne og opprettholde følelsen av kontroll. Ungdommene opplevde at sykepleier spilte en viktig rolle under innleggelsen. Det at sykepleierne snakket med dem under måltidene ga flere av dem trygghet og en følelse av at måltidene handlet om mer enn bare mat. Samtidig er det viktig at sykepleiere som jobber med ungdommer med AN på sykehus både har kunnskap om de fysiske og psykiske aspektene ved AN og tar hensyn til dette.

Vi har formulert følgende problemstilling til denne oppgaven: Hvilke opplevelser har ungdom med anorexia nervosa knyttet til måltidsituasjoner på sykehus? Vi har sett at ungdommer ofte opplevde måltidsituasjoner som vanskelige og en negativ hendelse da de var innlagt på barneavdelinger på sykehus. I retrospectiv, etter utskrivelse, ga pasientene imidlertid uttrykk for at planlagte måltid med oppsyn av sykepleier var nødvendig for å bli frisk av sykdommen. Sykepleiers tilstedeværelse under måltidet ble beskrevet som en viktig faktor for trygghet i en vanskelig situasjon. Det er imidlertid nødvendig å påpeke at denne konklusjonen er basert på fire enkelte artikler, og det er dermed usikkerhet knyttet til vår konklusjon. Det vil være nødvendig å gjennomføre et mer omfattende og systematisk litteratursøk for å besvare problemstillingen med mer sikkerhet.

7 Referanseliste

- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gulbrandsen, L.M. (2017). *Barn, oppvekst og utvikling*. I L.M. Gulbrandsen (red.). *Oppvekst og psykologisk utvikling*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Forskrift og barns opphold i helseinstitusjon. (2000). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. FOR-2000-12-01-1217. Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. (2.utg.). Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Grønseth, R., Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. (4.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2019). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Hentet fra:
<https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2613532>
- Helsedirektoratet. (2017). *Spiseforstyrrelser – nasjonal faglig retningslinje*. Hentet fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hummelvoll, J.K. (2016). *Helt – ikke stykkevis og delt*. (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hundeide, K., Gulbrandsen, L.M. (2017). Jean Piaget: En konstruktivistisk teori om barns utvikling. I L.M. Gulbrandsen (red.). *Oppvekst og psykologisk utvikling*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kells, M., Davidson, K., Hitchko, L., O’Neil, K., Schubert-Bob, P., McCabe, M. (2012). Examining supervised meals in patients with restrictive eating disorders. *Applied Nursing Research*. 26(2)(s.76-79). <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2012.06.003>
- Kristoffersen, N.J. (2014). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. (2014). Om sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Molven, O. (2014). *Sykepleie og jus*. (4.utg.). Oslo:Gyldendal akademisk.

- Nielsen, G.H., Binder, P.-E. (2017) Den klassiske psykoanalysens grunnbegreper: normalutvikling og psykopatologi hos barn og unge. I L.M. Gulbrandsen. *Oppvekst og psykologisk utvikling*. (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordbø, R., Gulliksen, K., 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). (s.635-642). <https://doi.org/10.1002/eat.20547>
- Nordtvedt, P., Grønseth, R. (2017). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud., R. Grønseth, H. Almås. *Klinisk sykepleie – Bind 1*. (5.utg). Oslo:Gyldendal akademisk.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- van Ommen, J., Meerwijk, E.L., Kars, M., van Elburg, A., van Meijel, B. (2009). Effective nursing care og adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patient's perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 18(20) (s.2801-2808). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02821.x>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient>
- Ramjan, L.M., Gill, B.I. (2012). Original Research: An inpatient program for Adolescents with Anorexia Experienced as a Metaphoric Prison. *American Journal of Nursing*. 112(8)(s.24-33). <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000418094.31317.52>
- Regjeringen. (2020). *Sykehus*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/id10935/>
- Skårderud, F. (2016). *Sterk/Svak – Håndbok om spiseforstyrrelser*. (4. utg.). Oslo: Aschehoug
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke, E. (2016) *Psykiatriboken: Sinn-kropp-samfunn*. (5.utg). Oslo: Gyldendal akademisk:
- Statens Helsetilsyn (2000). *Alvorlige spiseforstyrrelser – Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/cb7c3b282d324f97a07fa8cceb3d454/alvorlige-spiseforstyrrelser-retningslinjer-for-behandling-i-spesialisthelsetjenesten.pdf>
- Svendsen, E.J. (2018). Helsepersonell trenger å lære mer om bruk av tvang mot barn. I *Sykepleien*. 106(71912):(e-71912) <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.71912>

- Torgersen, L. (2016). Fakta om spiseforstyrrelser – anoreksi, bulimi og overspisningslidelse. *Folkehelseinstituttet*. Hentet fra:
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/spiseforstyrrelser2/>
- Vassar, M., Holzmann, M. (2013). The retrospective chart review: important methodological considerations. I *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*. 10(12).
<https://dx.doi.org/10.3352%2Fjeehp.2013.10.12>
- Zugai, J., Stein-Parbury, J., Roche, M. (2012). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. I *Journal of Clinical Nursing*. 22(13-14).
<https://doi.org/10.1111/jocn.12182>