

UNIVERSITETET I  
NORDLAND

**Bacheloroppgave i sykepleie**  
**Kurskode: SY 180H**

[Høgset, Elisabeth]

**«Men...jeg er jo ingen uten anoreksien min»**

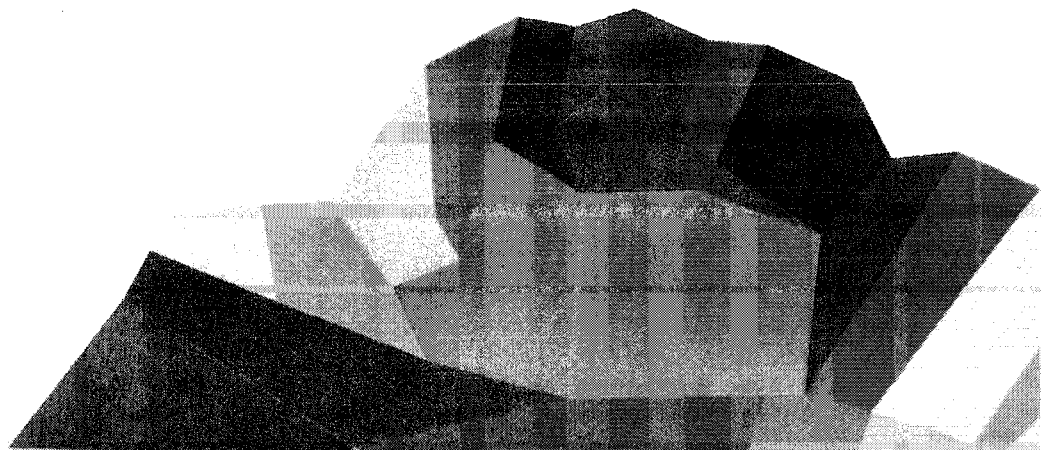
**Kandidatnr: 296**

**Innleveringsdato 11.05.12**

**Antall ord: 9914**

**Antall sider: 39**

**Antall sider selvvalg litteratur: 461**



## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	s. 4
1.1. Presentasjon av tema og problemstilling.....	s. 4
1.2. Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	s. 4
1.3. Avgrensning og presisering av problemstilling.....	s. 5
1.4. Oppgavens disposisjon.....	s. 6
<b>2. Teori</b> .....	s. 6
2.1. Teoretisk referanseramme.....	s. 6
2.2. Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee.....	s. 7
2.3. Begrepsavklaring.....	s. 8
2.3.1. «Følge».....	s. 8
2.3.2. «Anorektisk pasient».....	s. 8
2.3.3. «Egosyntont forhold til sin lidelse».....	s. 9
2.3.4. «Bedringsprosessen».....	s. 9
2.3.5. «Identitetsfølelse».....	s. 10
2.3.6. Allianse og alliansebygging.....	s. 10
2.3.7. Jeg-svakhhet og egostyrkende prinsipper.....	s. 11
<b>3. Metode</b> .....	s. 13
3.1. Hva er metode?.....	s. 13
3.2. Kvalitativ metode.....	s. 13
3.2.1. Kvalitativt forskningsintervju.....	s. 13
3.3. Valg av metode.....	s. 14
3.4. Intervju.....	s. 14
3.4.1. Utførelse av intervju.....	s. 14
3.4.2. Bearbeidelse/analyse av intervju.....	s. 15
3.4.3. Ethiske overveielser.....	s. 15
3.5. Litteratursøk.....	s. 16
3.6. Kildekritikk.....	s. 17
3.7. Vitenskapsteoretisk redegjørelse.....	s. 17
<b>4. Funn og drøfting</b> .....	s. 18

<b>4.1. Alliansebygging</b> .....	s. 18
4.1.1. <i>Alliansebygging; det viktigste tiltaket</i> .....	s. 18
4.1.2. <i>Utfordringer ved alliansebyggingen</i> .....	s. 20
<b>4.2. Følgesvenn på en vanskelig vei</b> .....	s. 22
<b>4.3. Fra anorektisk- til egen identitet?</b> .....	s. 25
4.3.1. <i>Tiltak rettet mot den anorektiske identiteten</i> .....	s. 25
4.3.2. <i>Tiltak for å hjelpe pasienten finne tilbake til egen identitet</i> .....	s. 27
<b>5. Konklusjon</b> .....	s. 28
<i>Litteraturliste</i> .....	s. 30
<i>Vedlegg 1: Intervjuguide</i> .....	s. 34
<i>Vedlegg 2: Samtykkeskjema</i> .....	s. 35
<i>Vedlegg 3: Pasientkontrakt</i> .....	s. 38

## 1. Innledning

### 1.1. Presentasjon av tema og problemstilling

Problemstillingen min er formulert på følgende måte:

«Jeg er anoreksi»

- Hvordan kan jeg som sykepleier på psykiatrisk døgnenhet følge anorektiske pasienter med et egosyntont forhold til sin lidelse, gjennom bedringsprosessen, slik at de ikke mister sin identitetsfølelse?

Temaet for oppgaven er sykepleie til egosyntone anorektiske pasienter, en gruppe spiseforstyrrede som er svært behandlingresistente, da de har integrert lidelsen så fullstendig inn i sin identiteten at deres egentlige identitet nærmest er utvasket. Det blir dermed svært truende for dem å skulle la noen «ta fra dem» anoreksien, deres selvoppfattede identitet, av redsel for å bli stående igjen uten å ane hvem de er.

### 1.2. Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Grunnen for mitt valg av tema er at jeg har møtt flere jenter som var svært opptatt av- og knyttet til lidelsen sin, så mye så at det nesten var mer naturlig for dem å presentere diagnosen sin ovenfor mennesker de møtte før de presenterte seg selv. Jentene var veldig opptatt av å formidle at de hadde anoreksi, og nesten kunne virke stolte av dette ovenfor folk som ikke forstod den bakenforliggende grunnen til fremhevelsen av anoreksien, nemlig at jentene hadde et egosyntont forhold til lidelsen. Disse jentene følte ikke bare at de *hadde* anoreksi, men at de *var* anoreksien. Det var ikke en sykdom som skulle «tas ifra dem» gjennom behandling, men en enorm del av deres identitet som skulle beskyttes for enhver pris. Jeg møtte en jente som hadde vært egosyntont anorektisk i 18 år. Ved et behandlingssted krevde de at hun skulle opp 0.7 kilo per uke (vedlegg 3), selv om hun kun veide 27 kilo ved innleggelse. Da hun ikke klarte å følge opp vektkravet endte det med utskrivelse med en livsfarlig BMI på 12. En annen jente, innlagt ved et behandlingssted som brukte samme behandlingsopplegg, ble utskrevet med BMI 13, en lavere BMI enn hun kom inn med. Begge ble utskrevet uten videre oppfølging. Behandlingsopplegget tok nærmest ingen hensyn til hvor knyttet jentene var til lidelsen sin og hvor livredde de var for å miste sin identitet gjennom å «miste»

anoreksien. I tillegg var behandlingen potensielt farlig med tanke på reernæringsyndrom, da kroppen ikke tåler en så rask vektoppgang etter lengre tids sulteføring. Gjennom å ha sett hvordan disse jentene har slitt over mange år, uten å få hjelp som har fungert, har jeg mange ganger tenkt på hvordan man kunne hjelpe pasienter som dem. Hvordan kan man hjelpe pasienter som på et vis ikke vil ha hjelp, eller vil ha hjelp uten å måtte gi slipp på lidelsen sin?

En annen grunn til at jeg vil skrive om temaet er at jeg finner relativt lite litteratur om temaet, på tross av at tilsynelatende stadig flere sliter med denne sykdommen, eller at flere søkes til behandling (Statens helsetilsyn, 2000). Vi treffer ikke bare disse pasientene i spesialiserte avdelinger, men også i generelle psykiatriske avdelinger og i somatiske sykehus, da det er et mangelfullt spesialisert tilbud til pasientene (Statens Helsetilsyn, 2000). Derfor bør også sykepleiere uten spesialisering vite mer om hvordan man best forholder seg til disse pasientene. Pensum om anoreksi handler ofte om det fysiske, som å få pasientene opp i vekt, mens mindre oppmerksomhet vies de mer komplekse og skjulte psykiske faktorene som kan vanskeliggjøre utførelsen av konkrete tiltak. I stedet for relativt ensidig fokus på vekt og mat må man se hele pasienten med en lidelse som er minst like psykisk som fysisk (Schmidt & Treasure, 2006; King & Turner, 2000). Selv innen psykiatrisk helsevesen påpekes det at sykepleiere ikke vet nok om denne pasientgruppen, og mer kunnskap må til for å kunne gi mer effektiv hjelp (George, 1997; King & Turner, 2000; Ramjan, 2004; Marks, 2000; Westwood & Kendal, 2011; Statens Helsetilsyn, 2000).

Anorektiske pasienter ender ofte opp som svingdørspasienter ved at de innlegges på somatisk sykehus, fores opp til «idealvekt», sendes hjem, og er tilbake noen måneder senere (Ramjan 2004). Uten endring i behandlingsmetodene vil statistikken for hvor mange anorektiske pasienter som blir friske muligens forbli like dårlig som den er idag (Tierney, 2008; Ramjan, 2004; Nordbø et al., 2011). Andre faggrupper enn sykepleiere poengterer hvordan sykepleierne er blant de aller viktigste helsearbeiderne i forhold til å etablere en allianse med pasientene (Ryan et al., 2006; Snell et al., 2010; Marks, 2000). Dette krever imidlertid som sagt at sykepleierne får økt kunnskap.

### **1.3. Avgrensning og presisering av problemstilling**

Problemstillingen avgrenses til en sykepleier som jobber med en kvinnelig anorektisk pasient med et egosyntont forhold til lidelsen sin. Oppgaven omhandler ikke andre typer spiseforstyrrelser eller pasienter med anorexia nervosa som ikke er egosyntone, på grunn av oppgavens fokus og størrelse.

Den omhandler heller ikke andre problemer ved anoreksi, da sykdomsbildet er for omfattende og komplekst for oppgavestørrelsen. Arenaen vil være en sentralisert, spesialisert spiseforstyrrelsesenhet, da jeg henter mine informanter fra en slik avdeling. Jeg håper imidlertid at oppgaven skal kunne bidra til å fremme spesifikke, forbedrede eller nye sykepleietiltak i forhold til egosyntone anorektiske pasienter, som også kan anvendes om man som sykepleier møter dem på ikke-spesialiserte psykiatriske avdelinger eller i somatisk sykehus.

#### **1.4. Oppgaven disposisjon**

Oppgaven består av følgende: Et innledende kapittel hvor jeg redegjør for tema og problemstilling, begrunnelse for valg av tema og problemstilling og oppgavens disposisjon. Deretter følger et teorikapittel hvor jeg skriver om teoretisk referanseramme, sykepleieteoretikeren jeg har valgt å bruke i den forbindelse, samt utdypelse av sentrale begrep i oppgaven. Så følger metodekapittelet hvor jeg skriver om metoden jeg har brukt, begrunnelse for valg av metode, hvordan jeg har gått frem for å samle data, bearbeidelse av dataen og en beskrivelse av kildesøket og kildekritikken. I det etterfølgende kapittelet presenterer jeg de viktigste funnene og drøfter dem, ved å trekke inn teori som jeg vurderer funnene opp mot. Oppgavens siste kapittel er et kort kapittel hvor jeg samler trådene og kommer frem til en konklusjon. Litteraturlisten presenteres helt til sist i oppgaven.

## **2. Teori**

### **2.1. Teoretisk referanseramme**

Jeg har valgt sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee hovedsaklig grunnet hennes fokus på mellommenneskelige relasjoner og kommunikasjon, noe som er essensiell teori i forhold til problemstillingen min. Jeg vil også bruke Liv Strands teori om egostyrking, et valg informantene mine støttet. Selv om Strand skriver om psykotiske pasienter ser jeg at mye av teorien kan anvendes til min pasientgruppe. Studier viser at mange anorektiske mennesker premorbid har hatt veldig lav selvfølelse og vært «jeg-svake» selv om de ofte har skjult det godt (Talarczyk, 2011; Finelli, 2001; Kringlen, 2008; Hummelvoll, 2004; King & Turner, 2000; George, 1997; Espídola & Blay, 2009). Når de skal bli kvitt en sykdom som har gitt dem en følelse av styrke, kontroll og identitet, vil det kunne være verdt et forsøk å prøve å styrke deres ego og gjøre dem mer reelt «jeg-sterke».

## 2.2. Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee

Travelbee er i sin teori opptatt av mellommenneskelige forhold i sykepleie. Noen begreper hun skriver om er menneske-til-menneske-forhold, det å bruke seg selv terapeutisk, lidelse, håp og kommunikasjon. Disse begrepene skal jeg utdype da de er sentrale i forhold til oppgavens problemstilling.

Travelbee (1999) skriver om menneske-til-menneske-forhold i sykepleie at det er opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og pasienten. Det vesentlige kjennetegnet ved slike opplevelsene er at sykepleiebehovet blir ivaretatt av en sykepleier som innehar og anvender en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemet, samtidig som hun bruker seg selv terapeutisk. Menneske-til-menneske-forholdet blir målbevisst etablert og opprettholdt av sykepleieren. For å bruke seg selv terapeutisk er teoretisk innsikt verdifullt, men den mest verdifulle læringen skjer når man får anledning til å se hvordan ens egen adferd virker inn på andre. Sykepleieren bruker bevisst sin personlighet og kunnskaper for å fremme forandring hos pasienten (Travelbee). Menneske-til-menneske-forholdet og det å bruke seg selv terapeutisk er viktige aspekter i forhold til de egosyntone anorektiske pasientene, da dette er en pasientgruppe det kan være svært vanskelig å oppnå en allianse med.

Travelbee (1999) skriver at sårbarheten for lidelse er ofte knyttet til evnen til omsorg, det å bry seg om og engasjere seg i andre. Mangelen på en slik evne kan imidlertid også gi opphav til lidelse, da livet oppleves som et tomrom som kan bli opphav til dyp smerte og sorg (Travelbee, 1999). Anoreksi kan medføre at de som er rammet ikke har evne eller energi til å engasjere seg i andre, noe som kan forsterke lidelsen, smerten og sorgen.

Håp er i følge Travelbee (1999) relatert til blant annet mot. Evnen til å innse sin egen utilstrekkelighet og frykt men likevel kjempe for å nå sine mål, uansett hvor små sjanser det er for å nå dem, definerer Travelbee som mot. Den modige er redd, men klarer å overskride frykten for å nå målet. En som håper har mot. Den som derimot opplever håpløshet tror ikke at forandring er mulig, og forsøker derfor ikke å ta tak i problemet. Om hun i det hele tatt er klar over at hun har andre valg enn å bli værende i den problematiske situasjonen, mangler hun oftest initiativet eller motivasjonen som må til for å ta tak i problemet. Selv om hun blir forelagt løsningsforslag kan hun føle at det

ikke finnes noen utvei og at det ikke engang nytter å forsøke å gjøre noe (Travelbee, 1999). Ikke alle egosyntone anorektiske pasienter evner å se at de har et problem. De som forstår at de har det, vil ofte føle at det er uløselig fordi «det er bare sånn de er». Uten håp, motivasjon eller initiativ er det vanskelig å hjelpe dem til å se mulighetene for et bedre og friskere liv.

Om kommunikasjon skriver Travelbee (1999) at kvaliteten på relasjonen mellom sykepleier og pasient avgjøres av kommunikasjonen i den mellommenneskelige prosessen. Det sykepleieren tenker og føler om pasienten kommuniseres like effektivt som det hun sier. Pasienten vil oppfatte i hvilken grad sykepleieren «prøver å hjelpe», og dersom pasienten oppfatter det motsatte vil det være vanskelig å få en nær relasjon. Den verbale så vel som nonverbalt kommunikasjonen vil avgjøre om sykepleieren får genuin kontakt med pasienten eller ugjenkallelig ødelegger kontakten (Travelbee, 1999). Kommunikasjon er et svært sentralt aspekt i forhold til alliansebyggingen med de egosyntone anorektiske pasientene, da det som sagt kan være utfordrende å danne en allianse med dem.

### **2.3. Begrepsavklaring**

For å utdype problemstillingen min vil jeg nå begrepsavklare «følge», «anorektisk pasient», «egosyntont forhold til sin lidelse», «bedringsprosessen» og «identitetsfølelse».

#### **2.3.1. «Følge»**

Sykepleieren bør følge pasienten tett gjennom bedringsprosessen for å hjelpe henne til å holde ut å være i den, slik at hun kan klare å ta imot den behandlingen hun trenger. I følge Hummelvoll (2004) blir sykepleieren en slags følgesvenn gjennom bedringsprosessen, en som lar pasienten gå i sitt eget tempo, gir støtte, råd og trygghet underveis, i tillegg til stimulering av livsmot etterhvert som prosessen går fremover. En stor oppgave er å støtte pasienten til å bli mer selvrepresenterende (Hummelvoll, 2004) og å finne tilbake til sin egen identitet etterhvert som den «anorektiske identiteten» gradvis forsvinner.

#### **2.3.2. «Anorektisk pasient»**



En anorektisk pasient er en pasient med diagnosen Anorexia Nervosa. Hovedkriteriene for diagnosen er at pasienten nekter å opprettholde normal vekt i forhold til alder og høyde og er minst 15% undervektig. Pasienten har en intens frykt for vektøkning eller for å bli tykk, på tross av at hun oftest er svært undervektig. Pasienten har et forstyrret kroppsbilde som viser seg ved at hun kan påstå at hun er overvektig, på tross av at hun er det totalt motsatte. Pasienten vil ha hatt amenoré i minst 3 måneder sammenhengende. Ellers viser anoreksien seg ved at pasienten er overopptatt av mat, kalorier, kropp og vekt, og på tross av avmagring blir hun aldri tynn nok (Hummelvoll, 2004). Anorektiske mennesker er, i følge Kringlen (2008), ofte preget av rigiditet, stahet og perfektjonisme. De har ofte et ufleksibel og unyansert tankemønster. Mange har en veldig utpreget «svart-hvit-tenkning» (George, 1997; Talarczyk, 2011). Anorektiske mennesker kan fremstå som personer med selvtillit men ofte har de uklar identitetsfølelse og selvbylde (Hummelvoll, 2004).

### **2.3.3. «Egosyntont forhold til sin lidelse»**

Å ha et egosyntont forhold til sin lidelse er et fenomen hvor pasienten definerer sin identitet ut i fra lidelsen sin, og symptomer på lidelsen ser de på som egenskaper ved deres personlighet. I oppgavens sammenheng vil det si at pasienten ikke *har* anoreksi, de *er* anoreksi. De vil dermed helst ikke skilles fra lidelsen da det vil oppleves som å måtte skilles fra sin personlighet, å skilles fra seg selv (Rich, 2006; Serpell et al., 2003; Starzomska, 2009; Vitousek et al., 1998; Espídola & Blay 2009).

### **2.3.4. «Bedringsprosessen»**

Bedringsprosessen (Recovery) kan beskrives som en dypt personlig og unik prosess for å forandre ens holdninger, verdier, følelser, mål, evner og rolle(r), slik at man kan få en tilfredsstillende livskvalitet, fylt med håp og mestring. Bedringsprosessen innebærer en utvikling av ny mening og formål med livet, etterhvert som en vokser seg ut av- og kommer seg videre fra de enormt livsforringende effektene av lidelsen man har eller har hatt (Anthony, 1993). Jeg bruker bedringsprosessen som betegnelse på den utviklingen de egosyntone anorektiske pasientene må gå gjennom for å komme seg ut av rollen som anorektikere, og til å «finne tilbake til seg selv». Fra et liv som bare har handlet om kropp, vekt, avmagring osv. skal de finne et nytt perspektiv på- og ny

mening med livet sitt. Gjennom bedringsprosessen skal de også utvikle nye holdninger, verdier og følelser som ikke er relatert til anoreksi. De skal utvikle- eller finne tilbake til andre evner enn å være sultekunstner, og forhåpentligvis vil målet for dem ikke lengre være et tall på vekten, men et mål om bedring.

### **2.3.5. «Identitetsfølelse»**

Med identitetsfølelse mener jeg hvilken identitet pasienten føler at hun har. Hummelvoll (2004) skriver at med identitet menes det at en er den man er ment til å være, og at personlig identitet vil si å være identisk med seg selv. Identitet forstås som det organiserende prinsipp i personligheten, ansvarlig for enhet og kontinuitet. Det er bevisstheten om å være seg selv, en erkjennelse som skapes gjennom selv-observasjon og selvutvurdering. Identitet skaper bevissthet om seg selv som individ, med sin egen spesielle plass i verden (Hummelvoll, 2004). Denne definisjonen er ganske forskjellig fra hvordan egosyntone anorektiske mennesker oppfatter sin identitet. De føler ikke lengre at de er den de var før de ble syke, og bevisstheten om å være seg selv påvirkes av aspektene ved lidelsen de har. De observerer sin syke kropp og syke adferd, og vurderer seg selv ut i fra sitt syke sinn. Dermed får de en identitetsfølelse som ikke stemmer overens med deres *egentlige* identitet. De føler ikke at de er seg selv gjennom det samme perspektivet andre mennesker bruker til å definere sin identitet, men føler at de er seg selv i kraft av lidelsen de har. De mangler ikke en identitetsfølelse, den er bare syk. De føler at de er seg selv, gjennom at anoreksi personifiseres. Det er deres identitetsfølelse (Rich, 2006).

Andre sentrale begrep jeg vil utdype er allianse/alliansebygging samt jeg-svakheter og egostyrkende prinsipper.

### **2.3.6. Allianse og alliansebygging**

Begrepet allianse mellom sykepleier og pasient blir av Eide og Eide (2007) beskrevet som en positiv og gjensidig innstilling mellom partene om å samarbeide mot et felles mål. Forskning har påvist sammenheng mellom en tidlig og god allianse og et godt utfall av behandlingen (Eide og Eide, 2007). For å bygge en god allianse fremhever Hummelvoll (2007) blant annet likeverdighet, nærværenhet, en aksepterende holdning, avklaring av det gjensidige ansvarsforholdet, gjensidig

åpenhet, håp og at pasienten får innsikt i sin situasjon. Eide og Eide (2007) skriver at alliansebyggingen krever aktiv lytting, å møte pasienten med respekt og å vise at sykepleieren og institusjonen er til å stole på. Dette innebærer at avtaler holdes, rutiner følges og at pasienten får den støtten hun trenger. Dette vil føre til trygghet og tillit hos pasienten, noe som er en forutsetning for alliansen mellom sykepleier og pasient.

### **2.3.7. Jeg-svakhhet og egostyrkende prinsipper**

Mange anorektiske mennesker har, som nevnt, premorbid vært jeg-svake. Det å være jeg-svak går i følge Hummelvoll (2007) utover selvoppfatningen, opplevelsen av personlig integritet, relasjonen til andre og evnen til å makte hverdagens oppgaver. Egostyrkende prinsipper tar sikte på å styrke pasientens ego, og dermed styrke vedkommendes selvfølelse, intergitetsfølelse og evner i forhold til relasjonsbygging og hverdagsoppgaver (Hummelvoll, 2007). I følge Strand (1990) består de egostyrkende prinsippene av kontinuitet og regelmessighet, nærhet og avstand, fysisk omsorg, grensesetting, skjerming, containingfunksjon, realitetsorientering, samhandlinger, verbalisering, pedagogisk tilnærming, krav og mål samt trening i å se valgmuligheter og å foreta valg. Noen prinsipper vil være mer aktuelle enn andre i forhold til egosyntone anorektiske pasienter, og jeg skal beskrive prinsippene jeg mener er mest aktuelle, som kanskje kan bidra til egostyrking av disse pasientene.

#### Kontinuitet og regelmessighet

Dette er selve rammen for at forholdet mellom sykepleier og pasienten skal kunne etableres og utvikles. For å få lov til å forsøke å hjelpe pasienten må man oppnå en allianse. En må tilby kontakt og regelmessighet, bevise gjennom handling at man er til å stole på, ha en tålmodig og ikke-krevende utholdenhet, og være tilgjengelig. En kan ikke forvente at pasienten på sitt sykeste skal ta ansvar for sin situasjon og komme til sykepleieren. Man må forvente at pasienten stadig tester sykepleierens pålitelighet, og en må følge opp pasienten så lenge som nødvendig (Strand, 1990).

#### Nærhet og avstand

Kjernen i den profesjonelle holdning er å finne rett balanse mellom nærhet og avstand. Empati er i denne forbindelse et sentralt begrep. Empati er ikke å identifisere seg med pasienten, for da blir

man for nær og risikerer å bli handlingslammet. Dersom avstanden blir for stor evner man ikke å bli berørt av pasientens situasjon (Strand, 1990).

### Grensesetting

Grensesetting er en aktiv og terapeutisk måte å markere ytterpunkter pasienten ikke bør eller får overskride. Hensikten er å stanse pasientens uhensiktsmessige eller skadelige adferd, og oppfordre henne til å forandre på et slikt adferdsmønster (Strand 1990).

### Verbalisering

Verbalisering handler om å sette ord på opplevelser, følelser, tanker, konflikter og sammenhenger. For å kunne tåle mental smerte, angst, skyld og frustrasjon må man være i stand til å omformulere opplevelsene til tanker. Umiddelbart blir tankegangen ulogisk, ufiltret og overveldende, mens når man setter ord på tankene får man en slags utsettelse hvor en rekke å koble inn større deler av personligheten. Tanker og følelser som blir satt ord på blir dermed lettere å håndtere. Når man vet hva følelsen handler om får man erfaring, og erfaring er opplevelse tillagt mening. Det er viktig at pasienten finner mening i sin situasjon. Verbalisering brukes dessuten til å styrke identitetsfølelsen (Strand, 1990).

### Pedagogisk tilnærming

Dette prinsippet omhandler både veiledning og undervisning. Det kan foregå i situasjoner som byr seg naturlig, noe som er miljøterapiens kunst, eller det kan foregå mer organisert og planlagt som ved psykoedukasjon. Gjennom undervisning får pasienten mer innsikt i sin situasjon og økt evne til mestring og problemløsning (Strand, 1990).

### Krav og mål

Det er viktig at det settes krav til pasienten og mål for behandlingen. Kravene må tilpasses i forhold til hvor pasienten er i behandlingsprosessen. Kravene må ikke bli verken for små eller for vanskelige og umulige å lykkes med, men må være i tråd med hva pasienten kan håndtere og som vil kunne gi henne en mestringsfølelse. Dette vil i sin tur kunne styrke identitetsfølelsen. (Strand, 1990).

## **3. Metode**

### **3.1. Hva er metode?**

Dalland (2007) henviser til Professor Tranøy, som beskrev metode som en fremgangsmåte for å fremskaffe ny kunnskap eller å etterprøve sannheten, gyldighet og holdbarheten i påstander som fremsettes i vitenskaplige sammenhenger. Aubert definerte metode som en fremgangsmåte for problemløsning og frembringelsen av ny kunnskap. Metoden sier noe om hvordan man går frem for å finne frem til-, eller etterprøve, ny kunnskap. Den metoden man velger å benytte bør begrunnes i at man tror at den spesifikke metoden vil fremskaffe relevante og gode data, samt belyse ens problemstilling på en vitenskaplig interessant og kanskje nytenkende måte (Dalland, 2007).

### **3.2. Kvalitativ metode**

Kvalitative metoder brukes for å innhente informasjon i form av mening, opplevelser og erfaringer, som ikke kan omgjøres til statistikk. Metoder som er kvalitativt orientert brukes for å samle karakteriserende data vedrørende fenomenet man studerer. Videre kjennetegn ved kvalitative metoder er følsomhet som får frem mest nøyaktig gjengivelse av de kvalitative variasjonene. En går i dybden slik at man får mye informasjon om få undersøkelsesenheter og får belyst det særegne, spesielle og eventuelle avvikende. En får fleksibilitet i form av for eksempel halvstrukturerte intervju uten faste svaralternativ og nærhet til feltet ved at datasamlingen skjer via direkte kontakt med det aktuelle feltet. Innsamlet data frembringer sammenheng og helhet og fremstillingen forsøker å formidle forståelse. Forskeren ser fenomenet fra innsiden og erkjenner påvirkning og delaktighet, samt at det oppstår en jeg-du-relasjon mellom informanten og forskeren (Dalland, 2007).

#### **3.2.1. Kvalitativt forskningsintervju**

Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å få en beskrivelse og forståelse av en situasjon slik informanten opplever den. Man skal gjennom intervjuet forsøke å fortolke meningen med

sentrale tema som kommer opp under intervjuet. Man registrerer og tolker ikke bare hva som blir sagt, men måten det blir sagt på, stemmebruken, mimikken og andre nonverbale uttrykk. For å få frem nyanserte beskrivelser må man kanskje be informanten om å utdype utsagt, eller selv stille oppfølgningsspørsmål. Det skal være så deskriptivt som mulig, og informantens egne fortolkninger kan være viktige for analysen av intervjuet. En må da forsøke å få avdekket hva grunnlaget for informantens tolkninger er. Man ønsker å få frem spesifikke beskrivelser av fenomenet man undersøker og ikke informantens meninger rundt det. Ved å være bevisst naiv åpner man for ny og kanskje uventet informasjon. Som intervjuer må man fokusere på bestemte temaer i en balansegang mellom struktur og ustrukturert. Man kan lett miste verdifull informasjon dersom man er for strukturert, men samtidig kan man vandre helt utenfor fenomenet man ønsker å undersøke dersom det ikke er noen form for styring. Det er avgjørende for intervjuet at kontakten mellom intervjuer og informant er god. Man må derfor lytte aktivt, vise genuin interesse, se på informanten og registrere det nonverbale slik at man ikke risikerer å avbryte en eventuelle tenkepause. Den interpersonlige interaksjonen vil være grunnleggende for kunnskapen man får ut av intervjuet (Dalland, 2007).

### **3.3. Valg av metode**

Jeg valgte å bruke intervju, som er en kvalitativ metode. Et halvstrukturert kvalitativt intervju med flere informanter gav dybde og bredde, i tillegg til nærhet til feltet (Dalland, 2007). Jeg ønsket også å søke etter viktige funn i litteraturen. Hensikten med dette var å kunne understøtte eller sette spørsmålstegn ved intervjufunnene, som komplimentærfunn/informasjon og for å være i posisjon til å utføre en kritisk analyse og drøfting av intervjufunnene.

### **3.4. Intervju**

#### **3.4.1. Utførsel av intervju**

I forberedelsen til intervjuet var jeg i kontakt med en psykiatrisk døgnavdeling spesialisert på spiseforstyrrelser. Jeg intervjuet to sykepleiere ved avdelingen i februar. På forhånd hadde jeg sendt prosjektplan og intervjuguide (vedlegg 1), slik at de kunne forberede seg på intervjuet, og eventuelt gi beskjed om det var temaer de ikke ville diskutere. Jeg sendte også samtykkeskjema (vedlegg 2), signert av min veilederen og meg, til avdelingslederen, og fikk den tilbake med avdelingslederens-

og informantenes signaturer. Intervjuguiden min bestod av fem åpne spørsmål (jfr. vedlegg 1), og jeg stilte i tillegg noen oppfølgingsspørsmål. Under intervjuet forsøkte jeg å være bevisst naiv, jeg lyttet aktivt, og fulgte de andre rådene som Dalland (2007) gir for intervju. Informantene var svært engasjerte og utfylte hverandres svar. Ved digresjoner kom de alltid tilbake til det opprinnelige spørsmålet og holdte seg til emnet. Det virket også som de selv reflekterte over nye aspekter ved temaene vi diskuterte. Kontakten oss imellom var utrolig god fra starten, dermed ble interaksjonen svært bra og jeg fikk mange nyttige innspill vedrørende min problemstilling.

### **3.4.2. Bearbeidelse/analyse av intervju**

Etter intervjuet gjennomførte jeg en svært tidkrevende transkribering. Jeg brukte mye tid på å spole båndet tilbake for å forsikre meg om at jeg hadde transkribert helt korrekt og fått med meg alt. Dette for å unngå å miste viktig informasjon, men også av etiske grunner; Dersom jeg ikke hadde transkribert små anekdoter fordi de var mindre viktige, hadde jeg risikert å ta utsagn ut av sammenheng og forvrengt informantenes budskaper. Dessuten ville en slik utvelgelse fra min side ødelegge objektiviteten og gjøre forskningen upålitelig. Det ville ført til «cherry picking», hvor utvelgelsen er selektiv, subjektiv og utsagn tatt ut av sammenheng, slik at funnene tilsynelatende støtter forfatterens syn. Etter transkriberingen analyserte jeg intervjuet for å identifisere de viktigste funnene relatert til min problemstilling. Jeg hadde opprinnelig identifisert åtte viktige funn, men det ble for omfattende, og ville gjort drøftingen overfladisk på grunn av oppgavens størrelse. Dermed måtte jeg være mer selektiv og virkelig granske hva som var de aller viktigste funnene. Jeg kom da frem til tre hovedfunn.

### **3.4.3. Etiske overveielser**

For å ivareta de etiske aspektene i forbindelse med intervjuet avtalte jeg med avdelingslederen at de skulle få tilsendt samtykkeskjema, hvor jeg hadde skrevet under på taushetsplikt.

Samtykkeskjemaet vedlegges bacheloroppgaven anonymisert (jfr. vedlegg 2). Jeg ba om å få ha med båndopptaker til intervjuet, noe jeg fikk. Jeg forklarte at intervjumaterialet ville bli transkribert så snart som mulig etter intervjuet. Intervjuet ble slettet fra båndopptakeren umiddelbart etter transkribering. Håndskrevne intervjunotater ble makulert etter at de var kopier til PC. Da bachelorarbeidet var ferdigstilt ble transkriberingen og notater fra intervjuprosessen slettet fra

PC'en. Utskrevet intervjumateriale ble makulert. Alt intervjumateriale som ble brukt i oppgaven, inkludert navn på informanter, stedsnavn eller andre identifiserbare opplysninger ble anonymiseres for blant annet å ivareta informantenes trygghetsfølelse, interesser og integritet (Dalland, 2007).

### **3.5. Litteratursøk**

Til litteratursøket søkte jeg i databasene: The Cochrane Library, Google Scholar, ProQuest, ScienceDirect, Wiley Online Library, BIBSYS, Norart, Helsebiblioteket, PubMed og SweMed etter artikler og bøker, under arbeidet med prosjektplanen, og hadde mesteparten av litteraturen jeg trengte før jeg begynte med selve bacheloroppgaven. Søkeordene mine var: Integrity, body/bodily, identity, self concept, sense of self, self worth, anorexia nervosa, nurse/nursing, patient, egosyntonicity, egosyntony, egosyntonic, recovery, challenges, ambivalence, formation of identity, ambitendency, interalize, intergrate, incorporate, diagnosis, introjection, pathology, impoverished self, self defination, identity disturbances, anorexic behaviour, compliance, alliance og therapeutic relationship. Jeg kombinerte ordene på forskjellig vis og bøyde adjektiv/verb for nye søkeord. Søkeresultatet kom på totalt 10 relevante bøker og 35 relevante artikler. Jeg endte opp med å benytte 6 av bøkene og 23 av artiklene. Jeg valgte ut hva jeg ville bruke ved å se på hva som var den nyeste informasjonen og forskningen, om de som hadde skrevet litteraturen var anerkjente og pålitelige kilder til informasjon, samt hvor relevant litteraturen var i forhold til mitt relativt snevre tema. Jeg prøvde i størst mulig grad å finne litteratur som var skrevet av eller for sykepleiere, men på grunn av lite forskning innenfor temaet, og for å få mer dybde i informasjonen, måtte jeg også bruke litteratur skrevet av leger, psykiatere og psykologer. Jeg valgte bort en bok av Finn Skårderud, som kanskje ville vært naturlig å bruke, da den er skrevet som en håndbok for pasienter og pårørende i tillegg til for profesjonelle. Jeg mener at den blir litt overfladisk og ikke helt tilfredsstillende kravet til typen litteratur man bør bruke i en bacheloroppgave. Jeg brukte imidlertid internasjonale forskningsartikler hvor Skårderud hadde vært medforfatter, da han er en av de mest sentrale innen behandling av spiseforstyrrelser i Norge. En av bøkene jeg valgte handlet om sykepleie til en annen type pasientgruppe, men inneholdt viktige sykepleietiltak som kunne brukes i forhold til anorektiske pasienter. Jeg brukte flere artikler enn bøker da det generelt var vanskelig å finne bøker om mitt tema. Oftest var informasjonen faglig utdatert eller fullstendig manglende. Jeg måtte bruke mest internasjonal litteratur på grunn av lite norsk forskning på området. Det viktigste for meg var litteraturens relevans, pålitelighet og gyldighet i forhold til problemstillingen min, samt at majoriteten det jeg brukte var primærlitteratur.



### **3.6. Kildekritikk**

Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere kildene og litteraturen man har brukt, slik at leserne av oppgaven skal få innsikt i ens refleksjoner rundt dataens relevans og gyldighet i forhold til å belyse ens problemstilling (Dalland, 2007).

Jeg valgte å intervjuer to sykepleiere fra en psykiatrisk avdeling for spiseforstyrrede, da jeg mente at de ville kunne bidra med mer grundig og nøyaktig informasjon enn en sykepleier på en generell psykiatrisk avdeling. Den ene sykepleieren var psykiatrisk sykepleier mens den andre hadde en annen spesialisering. Sistnevnte hadde imidlertid så mye erfaring innen psykiatri og spiseforstyrrelser at hun var den jeg var blitt anbefalt da jeg hadde forhørt meg innen feltet angående informanter. Anbefalingene fra andre, utdanning og erfaring, det at de var to som ble intervjuet og at de var så samstemte om det de svarte på spørsmålene mine, gjør at jeg mener at informasjonen jeg fikk var tilfredsstillende. Det at jeg hadde båndopptaker og transkriberte alt, medførte at jeg ikke mistet verdifull informasjon underveis i intervjuprosessen, men min utvelgelse av det jeg anser som de viktigste funnene er noe som eventuelt kan gjøre dataen «sårbar» dersom jeg ikke har klart analysearbeidet godt nok. Jeg føler imidlertid at jeg har forvaltet informasjonen på en god, etisk og profesjonell måte, slik at det fremstilles pålitelig.

Det var rimelig vanskelig å finne litteratur om temaet mitt. Majoriteten av litteraturen jeg brukte var forskningsartikler i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter, i tillegg til et offentlig dokument, tre fagartikler, to oversiktsartikler, fem pensumbøker og tre andre fagbøker. De fleste forfatterne er kjente innen feltet og mange navn var kjente for meg fra begynnelsen. Litteraturen er skrevet for enten sykepleiestudenter, sykepleiere, leger, psykologer eller psykiatere. Majoriteten av tidsskriftene jeg benyttet var vitenskapelige tidsskrifter og inneholdt nyere kunnskap enn de fleste bøkene, dermed var det en overvekt av artikler som ble brukt. Mange artikler ble hentet fra sykepleietidsskrifter, men jeg måtte støtte meg til tidsskrifter for andre profesjoner som medisin- og psykiatritidsskrifter. Alle artiklene utenom oversiktsartiklene er originalartikler, og alle bøker og artikler utenom ovenfornevnte oversiktsartikler er primærlitteratur.

### **3.7. Vitenskapsteoretisk redegjørelse**

Hermeneutikk handler om å fortolke og gi mening til fenomener som kan fremstå som uforståelige, kaotiske eller selvmotsigende, for å finne frem til den underliggende meningen. Man må se hele mennesket, hvor kropp og sjel er integrert, for å få en helhetlig forståelse (Dalland 2007). Gjennom et hermeneutisk perspektiv og egen forforståelse i form av kunnskap, personlige erfaringer (se oppgavens innledning), tanker og følelser omkring egosyntone anorektiske mennesker, forsøker jeg å belyse et fenomen som kan virke høyst uforståelig for mange mennesker.

#### **4. Funn og drøfting**

Funnene mine er inndelt i tre hovedfunn: Alliansebygging; betydningen av alliansebygging og utfordringer vedrørende alliansebyggingen. Følgesvenn på en vanskelig vei; komplikasjoner i bedringsprosessen og tiltak for å overkomme disse. Fra anorektisk- til egen identitet; tiltak for å hjelpe pasienten til å gi slipp på den anorektiske identiteten og gjenvinne sin egen identitet. Etterhvert som jeg gjør rede for- og drøfter hovedfunnene vil jeg også utdype dem mer, for å få frem kompleksiteten i problemstillingen.

#### **4.1 Alliansebygging**

##### **4.1.1. Alliansebygging: det viktigste tiltaket**

Informantene forteller at det viktigste tiltaket når man skal hjelpe pasientene gjennom bedringsprosessen er å bygge en god allianse, noe som bekreftes av Ramjan (2004), King & Turner (2000), Westwood & Kendal (2011), Wright & Hacking (2012), Finelli (2001), Snell et al. (2010) og George (1997). Pasientene kommer fra en verden utenfor avdelingen som ikke forstår dem, sier informantene. «Nå må du slutte med dette tullet, det er jo bare å spise» er et av mange «gode råd» de blir møtt med av familie og bekjente. De møter nok motstand fra uvitende mennesker, noe som ikke akkurat er alliansedannende, påpeker informantene, så pasientene er på jakt etter en alliert når de kommer til avdelingen. Rich (2006) skriver at mange pasienter forteller at før de kom til behandling hadde de få personer å henvende seg til, som kunne forstå opplevelsen av anoreksi. En god allianse er i følge informantene grunnleggende for at bedringsprosessen skal bli deres egen, og det avgjør utfallet da det er de som må gjøre jobben selv.

Informantene forteller at for å bygge alliansen gjør sykepleierne nøyaktige og grundige utspøringer av pasientene. De vil vite hvordan pasientene har det og hvordan de tenker og føler, slik at sykepleierne på et vis kan få ta del i livet som «foregår i hodene deres» og forstå og akseptere deres lidelse bedre. Tierney (2008) understreker hvor viktig det er for alliansen at personalet forsøker å se lidelsen fra pasientens perspektiv. Vitousek et al. (1998) skriver at det å stille spørsmål for å få pasientene til selv å få tak i- og sette ord på følelser og komme til konklusjoner på egenhånd, er en anerkjent teknikk blant de forskjellige metodene for behandling av anorektiske pasienter. Det er viktig at pasienten «får si det først», fremfor at sykepleierne tolker det som blir sagt for dem. En fordel med en slik utspørring er at det hindrer en maktkamp mellom sykepleieren og pasienten, fordi sykepleieren ikke legger frem argumenter som pasienten kan avvise. Dessuten blir konklusjoner mer overbevisende og lettere å huske for pasientene dersom de kommer fra dem selv. Andre fordeler er at selvrapporingen blir mer nøyaktig, da det ikke finnes noe manuskript for konformerende pasienter å hente svarene fra eller for opposisjonelle pasienter å avvise. Sykepleieren bør ha innarbeidet gode kommunikasjonsteknikker, for i følge Travelbee (1999) kan kommunikasjonen enten hjelpe pasienten til å mestre ensomhet og lidelse, eller forsterke hennes opplevelse av isolasjon. Verbalisering er, i følge Strand (1990), egostyrkende og gir pasienten mulighet til å finne mening i situasjonen sin. Det kan imidlertid by på utfordringer da mange pasienter har problemer med å verbalisere tanker og følelser (Nordbø et al., 2011; George, 1997; Newton, 2005).

Trygghet er, i følge informantene, også avgjørende for alliansebyggingen, og det er mye trygghet i avdelingens rutine. Strukturen og de strikte reglene gjør at pasientene vet hva de har å forholde seg til, dermed blir det forutsigbart og trygt. Dette er i tråd med det egostyrkende prinsippet «Kontinuitet og regelmessighet», hvor Strand (1990) skriver at man må være tilgjengelig og vise at man er til å stole på, slik at alliansen kan dannes. Vitousek et al. (1998) skriver at en blanding av empati og strenghet, en aksepterende holdning og krav om forandring er terapeutisk. Vektøkning skal være udiskutabelt selv om sykepleierne kan empatisere med pasientenes redsel for det. I følge Strand (1990) vil krav og mål kunne styrke pasientenes identitetsfølelse. Informantene sier at å ha smør på brødkiven også er udiskutabelt. Samtidig har de en pedagogisk tilnærming, et viktig tiltak innen egostyrkende terapi (Strand, 1990), hvor de forklarer hvorfor nettopp smøret er så viktig for kroppen, slik at pasientene ikke bare vet hva de må spise, men hvorfor. Vitousek et al. (1998) skriver at informasjon som er direkte fordelaktig for pasientene inkluderer de fysiske og psykologiske konsekvensene av restriktiv spising, undervekt, egenskapene ved spesifikke matvarer

og komponentene i en balansert diett, forholdet mellom inntak- og forbrenning av kalorier og treningsfysiologi. Et annet pedagogisk tiltak, i følge informantene, er at pasientene fører sin egen vekturve. Dette bidrar til å dempe den sterke følelsesmessige opplevelsen mange har av å være tykk, samt fantasiene de har om hvor mye de vil rase opp i vekt når de begynner å spise. Det styrker dessuten alliansen og tilliten til personalet som har fortalt dem at vektoppgangen vil gå sakte men sikkert. Vitousek et al. (1998) skriver at det å forberede pasienter på ustabiliteten i appetitt og mønsteret i vektoppgangen i reernæringsfasen kan virke betryggende og vil øke sykepleiernes kredibilitet.

Åpenhet er, i følge informantene, grunnleggende for alliansebyggingen. Pasientene forskånes ikke, dersom blodprøvene er dårlige får de beskjed, det samme gjelder om de er i ferd med å dø. Lamoureux & Bottorff (2005) skriver at informasjon om hvor farlig anoreksi er, har gitt pasienter små glimt av motivasjon for forandring, selv om frykten for vektøkning fort har overskygget motivasjonen igjen. Likevel har det vitnet om håp for forandring. Åpenhet kan imidlertid være tveegget da Vitousek et al. (1998) skriver at grunnet lidelsens egosyntone natur kan pasienten komme til å reagere annerledes enn forventet på informasjon om hvor dårlig hun er, da det kanskje er hennes intensjon å være så tynn (syk) som mulig. Å få vite at hun er dårligere kan virke som en pådriver for- eller verdsettes av den anorektiske identiteten (Vitousek et al., 1998; Skårderud et al., 2006). Likevel må man være ærlig og direkte da pasientene er ekstremt vare for uærlighet, muligens fordi de har brukt uærlighet som et forsvar av deres egosyntone symptomer. Antydninger av uærlighet fra sykepleiere kan ugjenkallelig skade den allerede sårbare alliansen (Vitousek et al., 1998). Informantene forteller at de er åpne og ærlige ovenfor pasientene, men er svært oppmerksomme på den egosyntone naturen hos mange anorektikere og registrerer pasientenes eventuelle positive eller negative reaksjoner på informasjon om fysisk forverring.

#### **4.1.2. utfordringer ved alliansebyggingen**

Alliansebyggingen har sine utfordringer, forteller informantene. Nordbø et al. (2011), King & Turner (2000), Westwood & Kendal (2011), Wright & Hacking (2012), Serpell et al. (2003), Talarczyk (2011) og Vitousek et al. (1998) bekrefter at etableringen av en terapeutisk allianse med pasienter som føler at de «tjener mye» på sin lidelse er ekstremt vanskelig. Når pasienter blir innlagt kan de være defensive eller helt motvillige til behandling (Tierney, 2008; George, 1997; Garner, 1985), noe som også kan påvirke alliansebyggingen ved at personalet ubevisst kan få emosjonelle

reaksjoner som pasientene registrerer (Garner, 1985). Ramjan (2004) og King & Turner (2000) skriver at mange sykepleiere sliter med å etablere et terapeutisk forhold til anorektiske pasienter. Uten en tillitsfullt, terapeutisk allianse kan bedringsprosessen bli unødvendig utfordrende og forlenget (George, 1997).

Noen av grunnene til at mange sykepleiere strever med relasjonen til anorektiske pasienter er at de føler at de ikke har kontroll over bedringsprosessen, føler at de står i en maktkamp med pasientene, de stoler ikke på pasientene (Ramjan, 2004; King & Turner, 2000; Wright & Hacking, 2012), noe som er gjensidig fra pasientenes side (George, 1997). Dessuten strever sykepleierne med å forstå det komplekse sykdomsbildet (Ramjan 2004). Resultatet, i følge Ramjan (2004) og King & Turner (2000) er at sykepleierne blir frustrerte, føler seg mislykkede og distanserer seg fra pasientene, noe som blir helt ødeleggende for alliansen. George (1997) skriver at distanseringen faktisk kan øke den patologiske adferden hos pasientene. Strand (1990) skriver at pasientens behov for nærhet vil variere, noen ganger vil hun trenge sin «personal space», men det må ikke gå så langt at hun blir «too distant to reach». Andre ganger kan hun ha nærmest ubegrenset behov for nærhet. Sykepleieren bør klare å møte pasientens behov, uten at pasienten føler seg verken invadert eller oversett. Ramjan (2004) mener distansering skyldes mangelfull kunnskap, og etterlyser i likhet med Tierney (2008), Marks (2000), George (1997), King & Turner (2000) og Westwood & Kendal (2011) mer kunnskap hos sykepleiere som jobber med anorektiske pasienter.

Informantene forteller videre at man må veie sine ord, da pasientene kroppsliggjør følelser ekstremt mye. Mens andre pasientgrupper oftest vil høre at de er flinke, er det å rose anorektiske pasienter et minefelt. De vil absolutt ikke høre at de er flinke til å spise. Sykepleierne kan imidlertid si at pasienten har gjort en god jobb, noe som ikke setter fokuset på kroppen eller maten. Tierney (2008) skriver at negative kommentarer relatert til mat er spesielt vanskelig for disse pasientene. Vitousek et al (1998), Rich (2006), George (1997), Lamoureux & Bottorff (2005), Finelli (2001) og Nordbø et al. (2011) fremhever hvor vare pasientene er for andres meninger om dem, og hvor viktig det er at man unngår kommentarer relatert til deres kropp.

En annen utfordring, i følge informantene, er at noen pasienter kan ha problemer med tilknytning og følelsesregulering. Dette støttes av Newton (2005). Det kan gi seg utslag i at de kan føle at en sykepleier er bare snill, mens en annen bare slem, og det hele blir ekstremt unyansert. George (1997) skriver at siden mange anorektiske mennesker har en utpreget svart-hvitt-tenkning, vil dette ofte føre til at hun ser på individuelle sykepleiere som enten bare snille eller bare slemme. Pasienten

kan, i følge informantene, knytte seg for sterkt til én bestemt sykepleier. Dette er sykepleierne veldig bevisste på, da det kan medføre problemer for bedringsprosessen. For å slippe å miste sykepleieren pasienten har knyttet seg til, kan hun sabotere opplegget for å forbli syke nok til å bli værende. Nordbø et al. (2011), Vitousek et al. (1998), Wright & Hacking (2012) og Rich (2006) skriver at pasienter kan forbli innlagt selv om de egentlig ikke har motivasjon for bedring. En grunn til dette kan være tryggheten innlagte pasientene føler (Wright & Hacking, 2012). En annen grunn kan være at mange anorektiske mennesker lider av ensomhet (Nordbø et al. 2011). En årsak til lidelse er det å være innestengt i selvets fengsel og bare ha fokus på seg selv (Travelbee, 1999). Mange anorektiske pasienter vil nok kjenne på mye lidelse og ensomhet da anoreksien ofte fengsler dem i en sinnstilstand hvor alt handler om anoreksien. Rich (2006), Espídola & Blay (2009) og Finelli (2001) bekrefter at ensomhet, isolasjon og tomhet er vanlig blant anorektiske personer. Alliansebyggingen blir dermed en balansegang. Relasjonen må verken bli for svak eller for sterk.

#### **4.2 Følgesvenn på en vanskelig vei**

Informantene forteller at ambivalens er en vesentlig del av pasientenes lidelse og er tilstede under hele bedringsprosessen. Det ene øyeblikket ønsker pasienten behandling, mens i neste øyeblikk vil hun hjem. Nordbø et al. (2011) og Vitousek et al. (1998) atribuerer dette ikke bare til anoreksiens egosyntone natur og pasientens oppfattelse av fordeler med lidelsen (Westwood & Kendal, 2011; Espídola & Blay, 2009), men også til håpløshet. Mange pasienter ser på muligheten for å bli frisk som så umulig at det tapper dem for håp og mot (Nordbø et al., 2011). Den som er uten håp er overveldet av problemene sine, føler seg ofte fanget i dem og har vanskeligheter med å tenke fremover (Travelbee, 1999). Mange anorektiske pasienter kan ha et ønske om å bli frisk, men mangler håp og våger ikke å spise.

Informantene forteller at i dårlige perioder kan bedringsprosessen stagnere og pasienten går ned i vekt, kanskje ved at pasienten saboterer, trener kjempehardt eller lurer unna mat. Vitoutek et al. (1998) og Ramjan (2004) skriver at uvillige eller dypt ambivalente pasienter blir flinke til å manipulere omgivelsene. De drikker store mengder vann før planlagt veing, gjemmer unna mat (Tierney, 2008; Talarczyk, 2011) og kan opptre som samarbeidsvillige for å skjule saboterende adferd (Vitousek et al., 1998, Rich, 2006) og beskytte sin anorektiske identitet mot personalet som vil «ta anoreksien ifra dem» (Rich, 2006). Sabotasje medfører likevel ikke nødvendigvis utskrivelse, forteller informantene. Ved enkelte andre behandlingssteder kan imidlertid dette bli

konsekvensen (Vedlegg 3, side 2). Istedet kan problemet, i følge informantene, legges tilbake til pasienten. Sykepleieren kan spørre hva målet hennes med å være innlagt er; skal hun da bare være der og forbli kjempesyk eller jobbe med seg selv og bli frisk? Sykepleierne er hele tiden på jakt etter hva pasientene tenker og selv kan gjøre for å få det bedre, hvordan det er å stå i prosessen når det blir vanskelig og hva sykepleierne kan bidra med. Når prosessen stopper opp må alt på bordet, og de syke tankene skal ikke devalueres. Vitousek et al. (1998) skriver at personalet må forvente at bedringsprosessen vil være ujevn og forberede seg på tilbakeslag. Den rette responsen til mangel på fremgang bør være økt nysgjerrighet i forhold til hva det er som forårsaker endringene. Utholdenhet og optimisme fra sykepleierens side kan vil gagne unnvikende og demotiverte pasienter. Det er viktig å få frem alle tankene og følelsene til pasienten, inkludert de syke, dette blant annet for å hindre skjulte sabotasjetanker. Dette må balanseres med sykepleiernes kunnskap, for selv om pasientene er autoriteten på sin lidelse er det sykepleierne som innehar kunnskapene om for eksempel effektene av sultens påvirkning på kognitive funksjoner og følelsesmessig likevekt.

Informantene forteller at de bruker seg selv terapeutisk i prosessen og formidler til pasienten det de selv kjenner og tenker på. Travelbee (1999) beskriver det som at sykepleieren bruker seg selv målrettet i forsøk på å etablere en relasjon til pasienten og strukturere sykepleieintervensjonene, noe som krever selvinnsikt, selvforståelse, innsikt i menneskers drivkrefter, evnen til å tolke egen og andres adferd, samt evnen til å intervensere effektivt i sykepleiesituasjoner. Wright & Hacking (2012) skriver at terapeutisk bruk av seg selv er grunnleggende for alliansen. Informantene forteller videre at de godt kan utfordre pasienten ved bevisst naivitet; «Nå forstår jeg ingenting! Dette må du forklare meg», dersom pasienten viser anorektisk adferd. Målet er at pasienten selv skal bli nysgjerrig på sin adferd, og om hun er villig til å endre den. Tierney (2008) og Lamoureux & Bottorff (2005) rapporterer om pasienter som sier at de trenger noen som kan utfordre deres irrasjonelle side slik at de etterhvert kan få et mer riktig perspektiv. Vitousek et al. (1998) skriver at bevisst naivitet er en god teknikk, men kan imidlertid være mindre effektiv når pasientens kognitive funksjoner er nedsatte på grunn av utmagring/sult. Det kan da virke mot sin hensikt ved at pasienten tror at sykepleieren virkelig er uvitende. Informantene mener at etter at de ble mer nysgjerrige, utspørrende og begynte å bruke seg selv mer, klarer pasientene å bære motivasjonen til å fortsette prosessen selv, i motsetning til tidligere hvor sykepleierne følte at de måtte bære motivasjonen for dem. Vitousek et al. (1998) og Tierney (2008) skriver at en nysgjerrig, vennlig og ikke-konfronterende utspørring er en god teknikk for å få pasientene til å verbalisere sine tanker og følelser.

Informantene sier at de jevnlig har episoder hvor pasienten føler at alt bare blir uutholdelig og at hun ikke klarer å stå i prosessen lengre. Da bruker de tid på å høre på hva pasienten har å si og så utforsker de det i fellesskap, for å finne ut hva som egentlig skjer og hvorfor det har blitt slik. Ofte utløses episoden av at pasienten har nådd en vekt hun mentalt ikke er komfortabel med.

Uutholdelighetsfølelsen gir seg ofte etter en samtale, men dersom den ikke gjør det prøver ikke sykepleierne å overtale pasienten til å bli værende, for uten motivasjon har hun ikke noe igjen for det. Hun må ihvertfall ha en viss grad av motivasjon for å kunne fortsette jobben med å bli frisk, noe Vitousek et al. (1998), Nordbø et al. (2011), Tierney (2008), Westwood & Kendal (2011) og Espíndola & Blay (2009) bekrefter. Noen ganger hjelper det imidlertid å legge det tilbake til pasienten, å minne henne på om at hun må ønske å være i behandling. Da hender det at pasienten snur. Tierney (2008) skriver at pasienter selv sier at de trenger å bli motivert for å klare å stå i bedringsprosessen.

Vitousek et al. (1998) beskriver faktorer som er viktige for å øke pasienters motivasjon til fortsette behandling. Disse omfatter blant annet empati og validering, noe som Ramjan (2003), Rich (2006), Westwood & Kendal (2011), George (1997) og King & Turner (2000) skriver at en del sykepleiere sliter med, fordi de føler at pasientene har forårsaket sin egen lidelse. I tråd med dette skriver Tierney (2008) om pasienter som har følt at sykepleierne betraktet anoreksi som en selvpåført lidelse. I tillegg har de følt at sykepleierne bare betraktet dem som oppmerksomhetssyke, noe Rich (2006) og Westwood & Kendal (2011) bekrefter at mange oppfatter pasientene som. George (1997) skriver at pasientene ofte også oppfattes som manipulerende, enten de er det eller ikke.

Informantene sier at veldig ofte ønsker pasientene egentlig bare bekræftelse på at sykepleierne synes at de skal bli værende. De må imidlertid bli værende for sin egen del, ikke for andre som ønsker dem frisk sin del. I følge Nordbø et al. (2011) er det imidlertid noen pasienter som forblir innlagt kun for å tilfredsstille betydningsfulle andre. Slike pasienter vil sannsynligvis ikke komme langt i bedringsprosessen. Informantene forteller at de ser ikke bare på pasientens handlinger når bedringsprosessen stagnerer, men gransker nøye hva de selv har bidratt med. Dersom pasienten har gått ned i vekt må de vurdere om de kan ha gitt henne for lite mat eller latt henne trene for mye. Sykepleierne følger ikke bare med på pasientens handlinger og valg, men også egne vurderinger og sykepleietiltak. King og Turner (2000) skriver at etter sykepleierne i deres studie slet med pleien til de anorektiske pasientene, begynte de å stille spørsmålsteget ved egne holdninger og handlinger, noe som gav dem et helt nytt perspektiv. I tillegg til sykdomsinnsikt er altså sykepleiernes selvinnsett viktig, spesielt når bedringsprosessen stagnerer.



### **4.3. Fra anorektisk- til egen identitet?**

#### **4.3.1. Tiltak rettet mot den anorektiske identiteten**

En anorektisk person kan, som nevnt, i sine egne øyne aldri bli tynn nok. Informantene forteller at nesten alle som kommer til avdelingen tenker at de ikke er tynne nok til å være der. Mange slanker seg enda mer før de innlegges, for de føler at de ikke er «syk nok». Det blir gjort en grundig kostanamnese ved innkomst, noe som er en stor kunst i «spiseforstyrrelsebransjen». Sykepleierne er ekstremt nøye med å hjelpe hverandre med kostanamnesen, for de kan ikke stole på hva pasienten sier at hun spiser. Vitousek et al. (1998) skriver at det er vanlig at pasienter er uvillige til å svare på spørsmål angående deres anorektiske adferd, som også innebærer spisemønster, eller så gir de falsk informasjon.

Den egosyntone anorektiske pasienten kan være svært vanskelig å behandle da hun er så ekstremt fokusert på lidelsen, forteller informantene. Pasienter føler ofte at fordelene med lidelsen utveier ulempene. Fordelene kan være følelsen av kontroll (Rich, 2006; Westwood & Kendal, 2011; Lamoureux & Bottorff, 2005) og trygghet, å bli lagt merke til eller føle seg spesiell, ny identitet, kommunisere problemer gjennom adferd (Espídola & Blay, 2009), å bli ivaretatt og tap av menstruasjon (Vitousek et al., 1998; Serpell et al., 2003; Skårderud et al., 2006; Nordbø et al., 2011). I tillegg har Nordbø et al. (2011) identifisert faktorer som interferer med pasienters ønske om å bli frisk. Disse omfatter følelsen av å være fanget i lidelsen, at spising blir for vanskelig, at vektoppgang føles grusomt eller fornektelse av lidelsen, noe som medfører at de ikke ser behovet for forandring. Fortvilelse eller andre negative følelser senker dessuten motivasjonen for å bli frisk, samt at de ikke vil miste det de anser som fordeler ved anoreksien. Feiltolkning og overanalysering av betydningsfulle andres meninger om dem gjør dem også redd for bedring, av frykt for at folk skal slutte å bekymre seg for dem. Hovedfaktorene som motiverer pasienter til å bli friske er, i følge Skårderud et al. (2006), følelsen av vitalitet og selvstendighet, sykdomsinnsikt og anerkjennelse av de negative aspektene ved lidelsen.

Vitousek et al. (1998), Serpell et al. (2004), Talarczyk (2011) og Nordbø et al. (2011) mener at det kan være nyttig å la pasientene skrive ned lister over de positive og negative aspektene ved lidelsen. Etterhvert kan de kanskje se at fordelene ikke nødvendigvis utveier ulempene. Dersom pasienten

umiddelbart ikke vil innrømme ulemper, men møter en sykepleier som oppriktig er interessert i alle konsekvensene av å leve med anoreksi, kan pasienten bli mer villig til å fortelle om de negative sidene ved lidelsen. Som profesjonell sykepleier bør man være like opptatt av hva anoreksien gir pasienten som hva den tar (Vitousek et al., 1998).

Lamoureux & Bottorff (2005) skriver at det også kan være fordelaktig å få pasientene til å skrive ned og etterhvert identifisere «syke»- og «friske» tanker. Vedrørende «syke» tanker forteller informantene at den daglige veiingen kan avgjøre dagsformen; pasienten kan bli glad ved vektnedgang og ha en veldig destruktiv holdning. Da kan sykepleierne adressere de destruktive tankene og kanskje prøve å utforske dem i fellesskap med pasienten. Man må ikke anerkjenne den anorektiske tankegangen, men akseptere at den er tilstede, og heller prøve å jobbe konstruktivt med den. Informantene sier at de ikke fordømmer den «anorektiske siden» av pasienten, men de slår ganske hardt ned på anorektisk adferd, for dersom pasientene får opprettholde adferden forblir de i anoreksien. Dette er et viktig tiltak, men hvordan det gjøres er også viktig. Det må være i form av profesjonell grensesetting og ikke gjennom sykepleierens personlige reaksjoner. Vitousek et al. (1998) skriver at det er profesjonelt uansvarlig å reagere følelsesmessig ovenfor pasienten ved anorektisk adferd. Sykepleieren må huske at adferden er en forståelig reaksjon på behandlingen som pasienten oppfatter som truende (Vitousek et al., 1998; Nordbø et al., 2011; Westwood & Kendal, 2011). Grensesetting blir nødvendig ved adferd som er destruktiv (Strand, 1990). Mange anorektiske pasienter trenger grensesetting i forhold til destruktiv adferd som selvskading, spisevegring og overtrening.

Informantene sier at pasientene kan akseptere noe vektoppgang i bedringsprosessen, men ofte har de et tall de ikke vil passere. Det kan for eksempel være 40- eller 50-kilogrensen. Ofte korrelerer det med BMI 17, 18 eller 19. Informantene har opplevd at mange har reist hjem rett før de nådde «sin grense», og de sier at det er vanskelig å få folk opp til BMI 20. Nordbø et al. (2011) skriver at ønsket om å bli frisk reduseres betydelig når pasientene ser og kjenner at de har gått opp i vekt. Vitousek et al. (1998) viser til studier som indikerer at blant anorektiske pasienter som begynner i behandling er det bare halvparten som gjennomfører hele opplegget. Informantene forteller imidlertid om et virkemiddel for å få pasientene opp til BMI 17, nemlig at da får de begynne å trene. Dette er noe pasientene strekker seg etter, og sykepleierne bruker mye tid på psykoedukasjon for å lære pasientene hvorfor det er håpløst å la dem trene dersom de ikke går opp i vekt. Talarczyk (2011) har også erfart at tilgang til trening gir pasientene et stort incentiv til å øke vekten.

Informantene forteller at de også må jobbe psykoedukativt med pasientenes forhold til omgivelsene, da mange av de dårligste anorektikerne er hjerterå og styrer omgivelsene sine med jernhånd, enten det gjelder småsøsken, mødre eller andre betydningsfulle. Vitousek et al. (1998) og Wright & Hacking (2012) skriver at mange anorektiske mennesker liker kontrollen de får over andre gjennom sykdommen. Informantene forteller at pasientene blir ekstremt selvopptatt og introvert, og verden blir utrolig liten tilslutt. Alt handler om anoreksien. Mange sier «Jeg er jo ingen uten spiseforstyrrelsen, så hvem er jeg da hvis jeg ikke har anoreksi?» Nordbø et al. (2011), Rich (2006), Finelli (2001), Espíndola & Blay (2009) og Lamoureux & Bottorff (2005) skriver alle om pasienter som føler at de er «ingen» uten anoreksien.

#### **4.3.2. Tiltak for å hjelpe pasienten med å finne tilbake til egen identitet**

Informantene føler at det er kjempevanskelig å styrke pasientens identitetsfølelsen, å finne tilbake til den egentlige identiteten, etterhvert som pasienten kommer lengre i bedringsprosessen. De må forsøke å finne ut hva pasienten tenker, samtale, støtte og hjelpe henne til å holde ut fasen hvor hun er på jakt etter seg selv. Sykepleierne må oppmuntre pasienten til å våge å være i tomrommet som oppstår etterhvert som anoreksien blir mindre, hvor hun kanskje må kjenne på forlengst begravde smertefulle følelser, samtidig som hun prøver å finne ut «hvem er jeg egentlig?». Lamoureux & Bottorff (2005) skriver at når pasienter begynner å fjerne seg fra sin anorektiske identitet, føles det som et skummelt, ukjent terreng, hvor de ikke vet hvem de er. Vitousek et al. (1998) skriver at sykepleierne må ha anoreksiens egosyntone natur like mye i tankene i denne fasen som de hadde i fasen hvor pasienten var i opposisjon, slik at de kan empatisere med følelser av sorg og meningsløshet som noen pasienter føler når anoreksien forsvinner. Finelli (2001) og Espíndola & Blay (2009) beskriver også tap av identitetsfølelse etterhvert som anoreksien forsvinner. Det kreves grundig oppfølging for å forhindre tilbakefall.

Om den egosyntone anorektiske pasienten sier informantene at hun skal være bra forherdet om man ikke klarer å finne frem til noe som helst friskt i henne, men samtidig uttrykker de at disse pasientene er de aller vanskeligste å behandle. De som har vært syk lengst skjønner kanskje ikke engang at de er spiseforstyrret, for de kjenner ikke til noe annet. Nordbø et al. (2011), Westwood & Kendal (2011), Espíndola & Blay (2009), Talarczyk (2011) og Vitousek et al (1998) skriver at mange pasienter ikke ønsker å bli bedre fordi de fornekte at de er syke. Da de ikke er syke er det heller ikke noe å reparere, i deres øyne. På tross av at denne pasientgruppen er vanskelige å

behandle har informantene tro på det de gjør på avdelingen, og mener å se resultater av det. På spørsmål om «solskinshistorier», klarer de imidlertid kun å huske én. Den tilsynelatende selvmotsigelsen i uttalelsen om resultater kan imidlertid komme av informantenes definisjon av «resultater». Innen behandlingen av disse pasientene kan man ikke forvente at alle skal bli friske, da lidelsen er svært behandlingsresistent. Et godt resultat kan kanskje være å hindre at pasienter dør, eller at de klarer å ha en relativt stabil helse og livskvalitet, tross lidelsen deres.

## **5. Konklusjon**

Å bygge en allianse med pasienten er avgjørende for bedringsprosessen, og dette gjøres best ved at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk. Å få pasienten til å verbalisere sine tanker og følelser vil kunne gi sykepleierne innsikt i pasientens egosyntone tankemønster og følelser. Det vil også kunne gi pasienten muligheten til å trekke egne konklusjoner, bli nysgjerrige på hvordan og hvorfor anoreksien driver henne og få større selvinnikt. Det kan være verdifullt å identifisere og fokusere på motiverende og demotiverende faktorer for bedring, og jobbe bevisst og systematisk med disse for å kunne øke pasientens motivasjon. Hovedfaktorene som motiverer pasienter til å bli friske er følelsen av vitalitet og selvstendighet, sykdomsinnsikt og anerkjennelse av de negative aspektene ved lidelsen. Det kan være nyttig å la pasienten skrive ned lister over det hun anser som de positive og negative aspektene ved lidelsen, da hun etterhvert kan se at fordelene ikke nødvendigvis utveier ulempene. I forhold til de andre motiverende faktorene kan fysisk aktivitet gi pasienten følelsen av vitalitet, større ansvar i bedringsprosessen kan stimulere selvstendighetsfølelsen og psykoedukasjon kan gi sykdomsinnsikt. Fokus på egostyrkende terapi kan gjøre pasienten mer «jeg-sterke» og sette henne bedre i stand til å finne tilbake til sin egen identitet. Spesielt viktig blir dette etterhvert som hun kommer lengre i bedringsprosessen, ikke minst når hun befinner seg i det «tomrommet» hvor den anorektiske identiteten er borte og hun er på jakt etter seg selv. Dersom pasienten blir frisk må sykepleieren imidlertid ikke glemme at «tapet» av anoreksien kan medføre en sorgreaksjon. Derfor er oppfølging nødvendig for å hindre tilbakefall.

Jeg mener at metoden jeg brukte for å komme frem til mine funn ikke nødvendigvis var den enkleste, men den rette. Jeg hadde en komplisert problemstilling, som krevde kunnskap fra noen som selv hadde stått i den. I teorien kan sykepleietiltak virke relativt enkle, men i praksis viser det seg ofte å være mer utfordrende. Noen ting kan man ikke lese seg frem til, men må læres gjennom erfaring. Jeg fikk viktig kunnskap gjennom informantenes erfaringer som jeg ikke hadde klart å

fremskaffe gjennom litteratur alene. Det betyr ikke at jeg er klar til å gå ut og utøve sykepleie for egosyntone anorektiske pasienter, men jeg har fått en forståelse som jeg ellers ikke ville ha oppnådd.

Noe viktig jeg har lært gjennom arbeidet med problemstillingen min er å akseptere at en stor del av pasientene ikke blir friske. Dette reflekterer imidlertid sjeldent sykepleiernes evner, men er et uttrykk for behandlingsresistensen hos mange av pasientene, grunnet lidelsens egosyntone natur. Man bør altså ikke føle seg «mislykket» som sykepleier dersom man ikke klarer å følge pasienten gjennom hele bedringsprosessen fordi den aktuelle pasienten ikke klarer å bli frisk. Sitatet «*There can be no curing without caring, but there may be caring without curing*» (Leininger, 1981 s. 11), er noe alle sykepleiere som jobber med egosyntone anorektiske pasienter bør bære med seg.

## Litteraturliste

\*Anthony (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16. 4: 11-23.

<http://128.197.26.36/cpr/repository/articles/pdf/anthony1993.pdf> (Hentet ut 10.01.12)

Eide og Eide (2007) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (Kap. 1, s. 11 – 28)

\*Espíndola & Blay (2009) Anorexia Nervosa's Meaning to Patients: A Qualitative Synthesis. I: *Psychopathology*, 42. 2: 69 – 80. (Bestilt via biblioteket)

Dalland (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (Kap. 4, s. 60 – 79, kap. 5, s. 80 – 97, kap. 6, s. 98 – 127, kap. 7, s. 128 – 178, kap. 10, s. 232 – 252)

\*Finelli (2001). Revisiting the identity issue in anorexia. I: *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 39. 8: 23 – 29.

<http://search.proquest.com/docveiw/225545586/fulltext?accountid=26469> (Hentet ut 10.01.12)

\*Garner (1985) Iatrogenesis in anorexia nervosa and bulimia nervosa. I: *International Journal of Eating Disorders*, 4. 4: 701 – 726.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.2260040427/pdf> (Hentet ut 10.01.12)

\*George (1997). The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship. I: *Journal of Advance Nursing*, 26. 5: 899 – 908.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1997.00421.x/full> (Hentet ut 10.01.12)

Hummelvoll (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykiatrisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademiske (Kap. 1, s. 25 – 53, kap. 4, s. 105 – 124, kap. 11, s. 284 – 311)

\*King & Turner (2000). Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective, I: *Journal of Advanced Nursing*, 32. 1: 139 – 147.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2000.01451.x/full> (Hentet ut 10.01.12)

Kringlen (2008). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Adademisk. (Kap. 19, s. 215 – 222)

\*Lamoureux & Bottorff (2005). «Becoming the Real Me»: Recovering from Anorexia Nervosa. I: *Health Care for Women International*, 26. 2: 170 – 188.

<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07399330590905602> (Hentet ut 10.01.12)

\*Leininger (1981). The phenomenon of caring: importance, research questions and theoretical considerations. I: *Caring: an Essential Human Need*. (Red. Leininger). New Jersey: C.B. Slack inc. (Kap. 1. s. 3 – 15)

\*Marks (2000). In-Patient Care From a Nursing Perspective. I: *The Encultured Body: Policy implications for healthy body image and disordered eating behaviours*. (Red. Gaskill & Sanders). Brisbane: Queensland University of Technology. (Kap. 13, s. 119 – 125)

[http://www.hlth.qut.com/nrs/publications/the\\_encultured\\_body.pdf#page=131](http://www.hlth.qut.com/nrs/publications/the_encultured_body.pdf#page=131) (Hentet ut 10.01.12)

\*Newton (2005). Exploring the Psychopathology of Anorexia Nervosa: A Mahlerian Standpoint. I: *Perspectives in Psychiatric Care*, 41. 4: 172 – 180.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6163.2005.00040.x/full> (Hentet ut 10.01.12)

\*Nordbø et al (2011) Reluctance to Recover from Anorexia Nervosa. I: *European Eating Disorders Review*, 20. 1: 60 – 67.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.1097/pdf> (Hentet ut 10.01.12)

\*Ramjan (2003). Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. I: *Journal of Advanced Nursing*, 45. 5: 495 – 503.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2003.02932.x/full> (Hentet ut 10.01.12)

\*Rich (2006). Anorexic dis(connection): managing anorexia as an illness and an identity. I: *Sociology of Health and Illness*, 28. 3: 284 – 305.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9566.2006.00493.x/full> (Hentet ut 10.01.12)

\*Ryan et al (2006). Discursive constructions of 'eating disorders nursing': an analysis of nurses' accounts of nursing eating disorder patients. I: *European Eating Disorders Review*, 14. 2: 125 – 135.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.666/full> (Hentet ut 10.01.12)

\*Schmidt & Treasure (2010). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive – interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. I: *British Journal of Clinical Psychology*, 45. 3: 343 – 366.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/014466505X53902/full> (Hentet ut 10.01.12)

\*Serpell et al (2003). The use of Pros and Cons of anorexia nervosa (P-CAN) Scale with children and adolescents I: *Journal of Psychosomatic Research*, 54. 6: 567 – 571.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399902004646> (Hentet ut 10.01.12)

\*Skårderud et al (2006). The meaning of self-starvation: Qualitative study of patients' perception of anorexia nervosa. I: *International Journal of Eating Disorders*, 39. 7: 556 – 564.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20276/full> (Hentet ut 10.01.12)

\*Snell et al (2010). Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. I: *Journal of Clinical Nursing*, 19. 3-4: 351 – 358.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2009.03000.x/full> (Hentet ut 10.01.12)

\*Starzomska (2009). Application of the concept of egosyntonicity to the assessment of anorexic patients' competence. I: *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2009. 1: 39 – 43.

[http://www.archivespp.pl/uploads/images/2009\\_11\\_1/39\\_p\\_Archives\\_1\\_09.pdf](http://www.archivespp.pl/uploads/images/2009_11_1/39_p_Archives_1_09.pdf)

(Hentet ut 10.01.12)

\*Statens helsetilsyn (2000). Alvorlige spiseforstyrrelser: *Retningslinjer innenfor behandlingen i spesialisthelsetjenesten*. Utredningsserien 7:2000. (s. 9 – 24, 31 – 34, 56 – 58).

[http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/alvorlige\\_spiseforstyrrelser\\_ik-2714.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/alvorlige_spiseforstyrrelser_ik-2714.pdf) (Hentet ut 10.01.12)

Strand (1990). *Fra Kaos mot samling, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (Kap. 7, s. 74 – 129)

\*Talarczyk (2011) Therapy of patients diagnosed with anorexia nervosa treated at an in-patient ward – specificity, rules and dilemmas. I: *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2011. 1: 53 –



61.

[http://strona.app.nazwa.pl/uploads/images/2011\\_13\\_1/Talarczyk53\\_Archives1\\_11.pdf](http://strona.app.nazwa.pl/uploads/images/2011_13_1/Talarczyk53_Archives1_11.pdf)

(Hentet ut 10.01.12)

\*Tierney (2008). The Individual Within a Condition: A Qualitative Study of Young People's Reflections on Being Treated for Anorexia Nervosa. I: *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 13. 6: 368 – 375.

<http://jap.sagepub.com/content/13/6/368.full.pdf+html> (Hentet ut 10.01.12)

\*Travelbee (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal

Norsk Forlag AS. (kap. 1, s. 29 – 48, kap. 6, s. 98 – 109, kap. 7, s. 117 – 123, kap. 9, s. 135 – 166, kap. 10, s. 171 – 217, kap. 11, s. 219 - 262).

\*Vitousek et al. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. I: *Clinical Psychology Review*, 18. 4: 391 – 420.

<http://www.fafich.ufmg.br/transtornosalimentares/artigos-e-documentos/topicos-negligenciados-no-tratamento-de-transtornos-alimentares/motivacao.pdf> (Hentet ut 10.01.12)

\*Westwood & Kendal (2011). Adolescent client views towards the treatment of anorexia nervosa: a review of the literature. I: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, doi: 10.1111/j.1365 – 2850.2011.01819.x. (Kun online versjon, utskrift 26 sider).

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2011.01819.x/full> (Hentet ut 10.01.12)

\*Wright & Hacking (2012). An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals. I: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19. 2: 107 – 115.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2011.01760.x/full> (Hentet ut 10.01.12)

\*Selvvalgt litteratur: 461 sider.

**Vedlegg 1.**  
**Intervjuguide**

1. Hvordan kan man som sykepleier skape en allianse med en pasient som i beste fall er ambivalent-, og i verste fall kan være motvillig, til å få hjelp?
2. Har dere noen tiltak for ikke å gi «den anorektiske identiteten» så mye oppmerksomhet (destruktiv anerkjennelse for pasienten), uten at hun føler seg oversett generelt?
3. Hvordan kan man rose pasienten for compliance/bedring uten at hun føler det som negativt/truende i forhold til hennes syke selvilde?
4. Hva gjør dere når pasienten føler at hun ikke holder ut bedringsprosessen?
5. Hva kan man gjøre for å styrke selvbildet/identitetsfølelsen, eller «finne tilbake til den egentlige identiteten», til pasienten etterhvert som hun kommer lengre i bedringsprosessen?

## Vedlegg 2. Samtykkeskjema



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

Profesjonshøgskolen  
Sykepleie og helsefag

J.nr.:

### TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

#### SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stiles til: \_\_\_\_\_  
Avdeling / Institusjon

Ved: \_\_\_\_\_  
Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave \_\_\_
- 2.) Deleksamen \_\_\_
- 3.) Semesteroppgave \_\_\_
- 4.) Prosjektarbeid \_\_\_
- 5.) Bacheloroppgave

søker:

Student: \_\_\_\_\_

Bachelor i sykepleie: Kull: 09-H Studiested: Rana

Videreutdanning, linje: \_\_\_\_\_ Kull: \_\_\_\_\_

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen: Jeg skriver en bachelor

- oppgave med problemstillingen: \_\_\_\_\_

"Jeg er anoreksi": \_\_\_\_\_

- Hvordan kan jeg som sykepleier på psykiatrisk døgnenhet  
følge anorektiske pasienter med et egosyntont forhold  
til sin lidelse, gjennom bedringsprosessen, slik at de  
ikke mister sin identitetsfølelse?

Jeg ønsker å finne ut om sykepleietiltak i et overnevnte  
pasienter ved deres avdeling, samt å høre om erfaringene til respondentene

Metode v/ datainnsamlingen: Spesifisert intervju, halvstrukturert  
med intervjuguide (5 spørsmål).

Respondenter / intervjupersoner: \_\_\_\_\_

Disse, samt institusjon anonymiseres i oppgaven. Identifiserbar  
informasjon vil ikke bli brukt.

Hjelpemidler til bruk v/ datasamlingen: Båndopptaker, penn og papir  
Opptak slettes umiddelbart etter transkribering, det legges  
ikke lydfil over på PC, transkribering slettes og notater makuleres

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt. Umiddelbart etter ferdigstilt  
bachelor oppgave.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: Tirsdag 14. februar 2012, kl. 12-14.

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede  
student eller faglærer.

Med hilsen

\_\_\_\_\_  
Student

Aase B. Mollnes

\_\_\_\_\_  
Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til  
faglærer.

Jnr.:

Dato: \_\_\_\_\_

Til

Student: \_\_\_\_\_

Faglærer: Arase Meddersen

Høgskole: Universitetet i Nordland and. Mo i Rana

Adresse: Postboks 614

Postnr. / poststed: 8607 Mo i Rana

**SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHEMING AV DATA.**

Søknad av dato 14/2-12 er behandlet dato \_\_\_\_\_ av saksbehandler / organ:

Vedtaket: \_\_\_\_\_

Evt. merknader knyttet til vedtaket: \_\_\_\_\_

*Ass. enhetsleder*

Underskrift

Skrift

## Vedlegg 3 Pasientkontrakt

### **Samarbeidskontrakt for inneliggende pasienter ved - Spesialenhet 2006**

#### **Bakgrunn**

En spiseforstyrrelse medfører konfliktfylte tanker og følelser, dårlig selvtillit og et problematisk forhold til mat, drikke, vekt, fysisk aktivitet og misnøye med egen kropp. Forutsetningen for at du skal øke din livskvalitet, er at du ønsker å endre nåværende livsstil. Behandlingen inneholder faste rammer og strukturer, og er basert på et frivillig samarbeid med deg. Kontrakten er utarbeidet på bakgrunn av kunnskap, faglig kompetanse, erfaringer og evalueringer fra miljøpersonell, behandlere og tidligere pasienter.

#### **Prøveuke**

Før du underskriver kontrakten, vil du få en prøveuke for å bli kjent med enheten, med pasienter, personalet og behandlingsaktivitetene. I prøveuka må du vurdere din motivasjon for å arbeide med din spiseforstyrrelse og de problemene den medfører. Kontrakten gjennomgås på siste prøveukedag og vil etter underskrivning være bindende under hele innleggelsen.

#### **Behandlingsopplegg**

Behandlingsopplegget er delt i 3 faser. Alle er i fase 1 i minst 2 uker, og der er personal – tilgjengeligheten stor, fordi du vil trenge masse støtte, trygging og omsorg. Hovedfokuset er på ernæring, kvile og psykisk stress. Dette fokus gjelder også i fase 2, men samtidig utforskes symptomenes årsaker og hva som hemmer deg i ønsket livsutfoldelse. Behandlingen i fase 2 er i hovedsak gruppebasert, men du vil også få individualterapi. Gradvis må du ta mer ansvar for din egenomsorg. I fase 3 arbeides det mentalt og praktisk med livet utenfor enheten. Du kan bruke enhetens leilighet som overgangsbolig, eller ta lengre permisjoner i egen bolig. Gradvis tilvenning skjer i forhold til bolig, arbeid eller skole. Overgangen fra en fase til en annen avhenger av en helhetsvurdering der vi ser på: vekt, utholdenhet, modenhet, konsentrasjon, stabilitet/ansvar mht kosten, fysisk form, psykisk form og samarbeidsvilje.

#### **Vekt**

Er du undervektig kreves det vektøkning på 0,7 kg i uka. Minste målvekt for deg over 18 år er BMI 20, for deg under 18 år gjelder BMI 19. Du som er under BMI 17 vil bli veid av personalet 1 (2) ganger i uka, alltid i undertøy for å få samme utgangspunkt hver gang. Ved vekt over BMI 17 lages individuelle veieavtaler. BMI utregnes ved:  $\text{vekt} : \text{høyde}^2$

#### **Spiseliste/ måltider**

Vi vil i fellesskap utarbeide en spiseliste, som sier hva din daglige mengde mat og drikke er. Spiselista lages ut fra om målet er vektøkning eller vektstabilisering. Du kan ha 4 til 6 måltider daglig. Næringstilskudd gis ved vekt under BMI 14 og hvis du har problemer med vektøkning gjennom fast føde. Alle måltidene spises sammen med medpasienter og to av personalet. Du må møte til alle måltidene. For å få til endring er målet at må du spise etter spiselista, men ingen tvinger i deg maten. Måltidene varer en halv time. Kjøkkenpersonalet smører og ordner maten for deg de to første ukene, deretter avtales det når du selv gradvis skal ta over smøring av mat til måltidene. Etter måltidene er det felles samvær (oppfølging) i minst en halv time med ulike aktiviteter sammen med personalet. Dette for å hjelpe deg til å unngå destruktiv adferd som overspising/oppkast eller trening.

#### **Fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet er avhengig av din fysiske og psykiske helsestand. I fase 1 er aktivitet begrenset til spaserturer, først med følge, senere alene. Alle under BMI 20 har utgang med følge i ca 15 min. x 2, de 2 første ukene. Ved BMI over 20 kan du ta spaserturer på 5 - 30 min. x 2 med følge. Utvidet aktivitet etter de to første ukene reguleres fortløpende individuelt ut fra ernæring og vektutvikling.

### **Ukeplan**

Ukentlig planlegges og evalueres mål og tiltak sammen med miljøkontakt og behandler. Fokus er på kost, spisesituasjon, vekt, fysisk aktivitet, permisjoner, nettverk, følelser, selvbilde og aktiviteter utenfor posten. Hver fase har i tillegg sin ukeplan som er obligatorisk. Fritak kan søkes og gis av behandlingskontaktene.

### **Medikamenter**

Du skal kun bruke medikamenter forordnet av postens leger. Bruk av helsekostpreparater skal godkjennes av behandlingskontaktene.

### **Permisjoner**

For å komme inn i behandlingsrutinene, og for å kunne være konsentrert om arbeidet rundt din spiseforstyrrelse, må du være i posten de to første helgene. De tre neste helgene får du selv bestemme om du drar hjem på overnattingsperm, med mindre personalet vurderer det som uheilsomt. Dagspermer prøves fra helg 3 der geografien tillater dette. Deretter må du reise hjem i helgene om ikke spesielle årsaker tilsier det motsatte. Hjemreiser må dekkes av den enkelte. Målet er at rammene rundt normale, regelmessige måltider og spising skal kunne overføres til hjemmesituasjonen. Ulike andre tiltak vil også måtte erfares på hjemstedet.

### **Kontraktbrudd**

Bruk av alkohol, narkotiske stoffer, avføringsmidler, vandrivende midler, overspising med oppkast, eksterem fysisk aktivitet eller selvskading sees som kontraktbrudd, og det vil føre til tenkeuke om mer hensiktsmessige løsninger ikke etterfølges. Målet er å uttrykke følelser og behov med ord og ikke gjennom negativ adferd. Pasienter med alkohol – eller rus problemer vil bli testet. Selvskading har ofte en smitteeffekt overfor medpasienter og må derfor om mulig tildekkes og ties om.

Ved kontraktbrudd vil vi først sjekke mulige årsaker til dette. Deretter planlegges nye tiltak som du og vi kan prøve ut, for at behandlingen skal fortsette i riktig retning. Fører ikke de nye tiltakene fram vil du få en tenkeuke / "time out". Tenkeuka er en pause fra all behandling, for at du skal kunne vurdere om du fortsatt vil arbeide for endringer i tråd med postens behandlingsopplegg. I praksis betyr dette at du må dra hjem og kjenne på hvordan det er å fortsette på egen hånd. Personalet er tilgjengelig for støtte og veiledning pr.telf eller gjennom andre avtaler. Dersom du etter tenkeuken fortsetter behandlingen, må du forholde deg til kontrakten i minst 4 uker, før en ny tenkeuke vurderes. Manglende samarbeid og kontraktbrudd etter tenkeuka, tolkes som mangledne motivasjon og vil føre til utskrivning.

### **Motivasjon**

Din egen motivasjon og ønske om endring for egen del, er som tidligere nevnt den viktigste faktor for at behandlingen skal kunne lykkes. Målet er bedre helse og økt livskvalitet, der du mer åpent kan kommunisere tanker og følelser med ord og etterleve egne ønsker og behov bedre mht bolig, arbeid/skole, fritid og sosialt. Vi vet at behandlingen kan hjelpe, og ønsker å samarbeide med deg innen de rammer som er beskrevet i kontrakten.

Pasient: .

Dato: .

Egne ønsker / mål:

Miljøansvarlig:

Behandlingsansvarlig:

REGIONALT KOMPETANSESENTER FOR SPISEFORSTYRRELSER