

# Bacheloroppgåve

## Omsorgsfull tvang

Caring coercion

Kandidatnummer: 1017

Emnekode: SYBA3900

Emnenamn: Bacheloroppgåve

Studieprogram: Bachelor i sjukepleie

Tal på ord: 11 493

Frist for innlevering: 19.03.21

## SAMANDRAG

### **Bakgrunn**

Hensikt med denne oppgåva er å undersøke fenomenet tvangssonding, og å reflektere rundt kva måtar sjukepleiar kan bruke omsorga sin treeining frå Kari Martinsen for å betre gjennomføringa.

### **Problemstilling**

«Kan tvangssonding av ein ungdom med anorexia nervosa bli gjort med omsorg?»

### **Metode**

Oppgåva er eit litteraturstudie. Det har blitt gjennomført manuelle søk for å få oversikt og teori knytt til emnet og eit systematisk litteratursøk for å få forskingsartiklar som kan vere til hjelp for å svare på problemstillinga. Det systematiske søket enda på seks artiklar, tre kvalitative, ein kvantitativ, ein litteraturgjennomgang og ein utvikling av retningslinjer.

### **Resultat**

Samla vis funna at sjølv om tvangssonding blir opplevd som ubehageleg, ser dei fleste på det som nødvendig. Det er nyttig med individuell tilpassing og god erfaring hos personalet. Ein veit for lite om effekten sonding har på utfall, særleg langsiktig.

### **Konklusjon**

Gjennom nok øving på prosedyra, samtale med pasient for å gje tilstrekkeleg informasjon og for relasjonsbygging kan sjukepleiar få den moralske innsikta av pasientopplevinga om gjer det mogleg å tilpasse sondingane til den enkelte pasient. Dette gjer det mogleg å gjennomføre sondingane med omsorg.

**Nøkkelord: Sjukepleie, anorexia nervosa, ungdommar, omsorg, tvang, tvangssonding**

# Innholdsfortegning

1.0 INNLEIING .....	1
1.1 Grunngeving for val av tema .....	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.2.1 Avklaring av omgrep.....	2
1.2.2 Avgrensing av problemstilling .....	2
1.3 Oppbygging av oppgåva .....	3
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME.....	4
2.1 Ungdommen med anorexia nervosa.....	4
2.2 Tvangssonding .....	7
2.3 Omsorg .....	8
3.0 METODE.....	10
3.1 Litteratursøk og søkestrategi.....	10
3.2. Kvalitetssikring og etiske vurderingar .....	13
3.3. Val av faglitteratur og kritikk .....	13
4.0 FUNN .....	16
4.1 Ei ubehageleg oppleving.....	16
4.2 Eit nødvendig onde.....	16
4.3 Individuell tilpassing .....	17
4.4 Erfaring hos personalet .....	17
4.5 Utfall .....	18
5.0 DRØFTING.....	19
5.1 Praktisk utføring og øving.....	19
5.2 Bruk av samtale til å forstå og informere.....	20
5.3 Tilpassing og tilrettelegging.....	21
5.4 Kan tvang vere omsorg? .....	23
5.5 Å sjå lenger enn sjølve sondinga .....	25
6.0 AVSLUTNING.....	27
LITTERATURLISTE.....	28

## 1.0 INNLEIING

De maktsyke fiendene mine slepte meg inn på skjermet avdeling og inn på sonderommet. Jeg som aldri mer skulle inn dit. Alt ble lukket og låst, jeg var låst. Fire mot en var feigt. De holdt meg. Satt bak meg og holdt hodet mitt, satt overalt, holdt meg rundt livet, armer, ben, alt. De hadde nok trent på det i gymsalen, trent på det og ledd. Jeg ville flykte, men ble holdt fast. De var flere enn fire i sonderommet, de var flere tusen, og med kalorimilliardene var de flere tusen milliarder mot meg. Sonden fant tårekanalen i nesen min, og tårene kom enda jeg ikke hadde flere tårer igjen. Jeg hylte. Jeg måtte forsvare meg fra det som tok livet mitt: fiender med kalorier. Det var mitt liv. Det var ikke et liv.

(Høgevold, 2008, s.115-116).

### 1.1 Grunngeving for val av tema

Eg har vore i praksis i på barne- og ungdomsavdelinga på Regional Seksjon for spiseforstyrrelser (RASP) og jobbar der framleis. Eg fekk då lyst til å utforske temaet tvangssonding, då dette er noko eg opplev som særleg krevjande når det kjem til å arbeide med denne pasientgruppa. For å gjennomføre tvangssonding ein pasient motsett seg må ein bruke kortvarig fasthalding i henhold til § 4-8 (Psykisk helsevernloven, 1999). Nasjonale strategidokument og styringssignal har i fleire år uttrykt ønske om å redusere bruk av tvang. Frå 1.september 2017 blei *Psykisk helsevernloven* (1999) revidert for å auke sjølvbestemming og rettssikkerheit for pasientar. Dette omfatta blant anna strengare krav til grunngeving for tvangsvedtak som kortvarig fasthalding (Bremnes og Skui, 2020, s.2). I 2018 blei det rapportert om 15 000 tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern, litt over halvparten av desse gjeld kortvarig fasthalding. Desse er fordelt på 2300 pasientar, der 187 var yngre enn 18 år. 18 % av desse haldingsvedtaka gjaldt mindreårige pasientar (Bremnes og Skui, 2020, s. 32). Førekost av tvangssonding ser ut til å nå ein topp mellom 15 og 18 år (Fuller et al., 2020, s.287). I ein ideal verden hadde ein ikkje trengt å gjennomføre tvangssonding. Dessverre er anorexia nervosa den mest dødelege psykiske lidinga som finnes og dette er særleg knytt til komplikasjonar av undervekt og manglande ernæring som førar til hjarterytmeforstyrningar og organsvikt (Fuller et al, 2020; Halvorsen og Sandvik, 2020, s.265). Prognosen er dårlegare hos innlagte pasientar, då innlegging er synonymt med ei meir alvorleg lidning. Dess meir normalisert vekt alvorleg undervektige pasientar får i løpet av behandlinga, til betre er

prognosen. Ei norsk undersøking av ungdommar med anorexia nervosa henviste til spesialisthelsetenesta kom fram til at om lag 80% var friske etter fem år. Hos vaksne er talet nede i 1/3 etter fem år. Det er derfor og større betringspotensiale hos ungdommar. (Rø, 2020, s.321). Det er usannsynleg å kunne fjerne bruk av tvangsmiddel heilt. Så når tvangssondinga først må skje, korleis kan vi gjere det på best mogleg måte? Hensikt med oppgåva er å utforske bruken og opplevinga av tvangssonding hos ungdommar med anorexia nervosa som er innlagt på sjukehus, for så å reflektere rundt moglege forbetringar ved hjelp av treeininga til omsorg av Kari Martinsen.

## **1.2 Problemstilling**

*«Kan tvangssonding av ein ungdom med anorexia nervosa blir gjort med omsorg?»*

### **1.2.1 Avklaring av omgrep**

Tvangssonding er gjennomføring av tvungen ernæring med næringsdrikke eller sondemat gjennom nasogastrisk sonde (sondeslange lagt gjennom nase) (Lindefjeld, 2020, s.207). Dette blir gjennomført ved bruk av kortvarig fasthalding, altså at pasienten blir haldt fast av personell for å vere i ro (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-8).

Anorexia nervosa, også kalla anoreksi, definerast kort som ei liding karakterisert av bevisst vekttaut som blir framkalla og vedlikehalde av pasienten (Rø et al., s.62).

Ungdom blir her definert som åra frå tenåra startar ved 13 år til og med 17 år. Øvre grense er sett der for å avgrense til kun ungdomspsykiatrien, og ikkje vaksenpsykiatrien. Valet på ungdommar kom av at det er mest vanleg å utvikle anoreksi i denne alderen, samt at tal tvangssondingar når ein topp rundt denne aldersgruppa (Helsedirektoratet, 2017, s.7; Fuller et al, 2020, s.287).

Omsorg blir i denne oppgåva definert etter omsorgstenkinga til Kari Martinsen, med fokus på omsorga sin treeining (Alvsvåg, 2016).

### **1.2.2 Avgrensing av problemstilling**

Fleire med anorexia nervosa har og andre psykiske diagnosar, som til dømes angst og depresjon, på same tid (Rø, 2020, s.284). Dette kan det hende ein må ta hensyn til i tvangssonding, og det kan spele inn på prognose. Dette vil ikkje bli eit fokusområde i denne oppgåva.

Fleire ting gjer ein meir utsett for å utvikle anorexia nervosa. Blant desse risikofaktorane finn ein traumer, både fysiske, psykiske og seksuelle (Aasen, 2020, s.296). For ein som har opplevd vald og seksuell vald kan det tenkast at kortvarig fasthalding og tvungen sonding kan vere ekstra krevjande, og kanskje ein trigger. Dette er viktig å tenke på, men det vil ikkje bli belyst i denne oppgåva.

Foreldre er ein svært viktig del av behandlinga, men for å avgrense vil dei berre kome noko med i oppgåva. Søsken kjem dessverre ikkje inn i oppgåva, men viktigheita av å inkludere og ivareta dei i behandling blir ikkje undervurdert.

Anoreksi er ei lidning som først og fremst rammar kvinner (Torsteinsson, 2020, s.68). Ein trur at om lag 1 av 10 med lidinga er menn, og kun 5% av nye diagnosetilfelle mellom 2008-2016 var gutar/menn (Rø, 2020, s.50-51). Dette er og synleg i pasientutvalet i forskinga, som då i all hovudsak er jenter. Betre forståing av menn og gutar med anoreksi er truleg nødvendig, men ikkje eit fokusområde i denne teksten, og gutar blir derfor underrepresentert her.

Reernæringsyndrom er ein frykta komplikasjon av for raskt reopptak av næring ved alvorleg undervekt, som gjev forstyrningar i kroppen sin væske- og saltbalanse, væskeansamling i kroppen, hjartepåverking og/eller organsvikt. Dette er sjeldan, men alvorleg, og oppstår kun om ein har ete lite eller ingenting, om lag under 400-500 kcal per døgn dei siste to vekene (Halvorsen og Sandvik, 2020, s.268). Denne komplikasjonen vil ikkje vere ein del av denne oppgåva.

Tvang er eit omgrep som ein ofte assosierer med etikk. Eg ønska heller å utforske tvang opp mot omsorgstenking, og etisk diskusjon knytt til tvangssonding vil derfor ikkje vere fokus i denne oppgåva.

### **1.3 Oppbygging av oppgåva**

Eg har no presentert bakgrunn for val av tema og problemstilling, kort definert omgrep og avgrensingar i problemstillinga mi. Vidare vil eg først beskrive teorien knytt til omgrepa ungdommen med anorexia nervosa, tvangssonding og omsorg. Deretter vil eg gå gjennom metoden min. Metodedrøfting vil ikkje få eit eige kapittel, men vil kome fram undervegs i metodekapittelet. Så vil eg presentere funn i artikkane, som eg deretter vil drøfte opp imot mi teoretiske referanseramme. Til slutt vil eg oppsummere oppgåva og svare på problemstillinga.

## 2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

### 2.1 Ungdommen med anorexia nervosa

Spiseforstyrningar omhandlar fleire lidningar, der unormal åtferd knytt til eting er det mest sentrale symptomet, men endra tankar og kjensler knytt til mat, kropp og eting er og sentralt. I tillegg finn ein kompensierende åtferd som overdriven trening, oppkast og misbruk av avføringsmiddel, appetittdepande middel og diuretikum. Dei mest kjende spiseforstyrningane er anorexia nervosa, bulimia nervosa og overspisingslidelse (Rø, 2020, s.44). Denne oppgåva fokuserer på anorexia nervosa. Diagnosekriteria frå ICD- 10 for sjukdommen inkluderer a) kroppsvekt på minst 15% under forventa vekt eller KMI på 17,5 eller mindre. Hos prepubertale gjeld manglande evne til å nå forventa vektuke i vekstperiode. Kriterie b) sett fast at vekttape må vere sjølvframkalla gjennom å unngå «feitande mat». Kompensierende åtferd kan og vere til stades. Kriterie c) omhandlar eit forstyrra kroppsbilete, der frykta for å bli overvektig er vedvarande og blir ein påtrengande og overdriven ide, der pasienten pålegg seg sjølv ei svært låg vektgrense. Kriterie d) og e) omhandlar endokrin påverking, men desse to skal vekk frå diagnosekriteria når ein går over til ICD 11, og er derfor på veg ut av klinisk bruk. Med endringa blir kriteriet for undervekt under 18,5 i KMI (Rø, 2020, s.62-64).

Ein større oversiktsartikkel konkluderte med at blant europeiske kvinner vil 1-4% utvikle anoreksi i løpet av livet. I Noreg har vi ikkje gjort store strukturerte intervju for å undersøke førekomst av spiseforstyrningar sidan 1990-talet, og nye gode tal er ønskeleg. Nyare undersøking av kven som får anoreksidiagnose i spesialisthelsetenesta vis at det totalt sett ikkje er auke i kor mange som får diagnosen, men det er auke i gruppa jenter 10-14 år (Rø, 2020, s.50). Spiseforstyrningar debuterer som regel i ungdomsåra. Prognosen er god for mange, men det er likevel nokre som har langvarige spiseforstyrningar og betydelege somatiske komplikasjonar (Helsedirektoratet, 2017, s.7). Vi ser at om lag 50% blir friske av anoreksi, om lag 30 % blir betydeleg betre, medan om lag 20% får eit svært langvarig løp (Rø, 2020, s.321). Lidinga har fleire moglege komplikasjonar, dei mest alvorlege og potensielt dødelege er nemnt i innleiinga. Sidan skjelettet er under mest utvikling frå 12-18 år er unge ekstra utsett for osteoporose, midlertidig eller permanent redusert høgde og feil tannstilling grunna vekstretardasjon av kjeve (Halvorsen og Sandvik, 2020, s.265-267).

Å vere ung kvinne er den aller største risikofaktoren for å utvikle ei spiseforstyrning, men som regel er årsaka samansett av fleire faktorar. Ein kan vere genetisk eller biologisk sårbar. Hos pasientar med anoreksi ser vi særleg samanheng med visse kognitive vanskar, og både strukturelle og funksjonelle forandringar i hjernen. Det er likevel stor usikkerheit knytt til om dette er ein sårbarheitsfaktor, eller om dette er eit resultat av underernæring. Låg kroppsvekt i ungdomstida har vist seg å vere ein risikofaktor. Pubertet medføra kroppslege, emosjonelle og hormonelle endringar, og er ein periode der særleg jenter er meir utsette for å utvikle ei spiseforstyrning (Helsedirektoratet, 2017, s.13).

Den evige diskusjonen om arv og miljø er også gjeldande ved utvikling av spiseforstyrningar. Ulike personlegdomstrekk som låg sjølvkjensle, rigiditet og perfektjonisme er overrepresentert hos dei som utviklar ei spiseforstyrning. Personar som allereie har ei anna psykisk lidning som tvangsliding, ADHD, PTSD, personlegdomsforstyrningar eller autismspekterlidningar er meir utsett. Dette kan både vere grunna felles genetiske faktorar som gjer ein sårbar for ulike psykiske lidningar og at belastninga av ein anna psykisk lidning kan gjere ein meir utsett for å utvikle ei spiseforstyrning. Har ein foreldre med ei spiseforstyrning, eller ei annan psykisk lidning, kan både ein belasta familiesituasjon grunna denne lidninga og genetiske faktorar frå desse foreldra gjere ein meir sårbar (Helsedirektoratet, 2017, s.13-15).

Ein ser og at foreldre med høgare utdanning oftare sett høge krav til barna sin, som særleg jenter internaliserer på ein måte som gjer dei meir stressa og sjølvkritiske. Dårleg familiekommunikasjon, fokus på kroppsstorleik og slanking hos foreldre, lite omsorgsfulle foreldre eller lite emosjonell tilgjengelegheit hos foreldra kan og auke risikoen for spiseforstyrningar i ungdomstida. Tap av nære og trygge relasjonar og traumatiske erfaringar kan føre til depresjon og andre psykiske reaksjonar og igjen auke sårbarheita hos ungdommen. Utrygg tilknytning til omsorgspersonar grunna forhold hos barnet, til dømes prematuritet, eller hos omsorgspersonen, til dømes fødselsdepresjon, har og samanheng med utvikling av psykiske lidningar, inkludert spiseforstyrningar (Helsedirektoratet, 2017, s.13-15).

Sosiokulturelle faktorar kan og gjere ein meir sårbar, særleg om ein allereie har andre risikofaktorar. Overgangsperiodar som pubertet, overgang til ungdomsskule eller mellom ungdom og vaksen er gjerne kritiske. Mobbing, erting og å få negative kommentarar for kropp eller vekt aukar og risikoen. Dei som deltek i idrettar med fokus på kroppsstorleik og/eller utsjånad er meir utsette. Samfunnet har og skapa eit skjønneheitsideal som i stor grad fokuserer på å vere slank, og dette vert formidla gjennom både familie, vennar og media. Dette kan utvikle miljø av jenter som er opptekne av kroppsstorleik og slanking, der dei internaliserer usunne tynnleiksideal, kroppsmissnøye og bruk av diettar med lågt kaloriinnhald. Alt dette kan



gjere ein meir sårbar, men ein treng som regel ein utløysande faktor som brot, tap av vennar, bytte av skule eller liknande (Helsedirektoratet, 2017, s.14- 15).

På same måte som ein har risikofaktorar har ein og beskyttande faktorar. Dette kan vere gode familierelasjonar, sosiale nettverk der ein har tilgang på støtte ved behov og gode førebilete i form av foreldre, lærarar, trenarar eller helsesøster. Fokus på sunne kroppsdeale, fremming av godt sjølvbilete, rutine for regelmessige måltid, motverking av slanking og vekttao hos unge gjennom haldningar og tidleg oppdaging er og sentralt i førebygging (Helsedirektoratet, 2017, s.15).

Når ein først har utvikla ei spiseforstyrring vil det vere fleire vedlikehaldne faktorar som gjer det meir vanskeleg å bli frisk. Blant desse finn vi dei fysiologiske, psykiske og kognitive forstyrringane ein får av låg vekt og underernæring, som forsterkar den spiseforstyrra åtferda. Kognitive og kjenslemessige faktorar som gav sårbarheit kan og bli forsterka og oppretthaldande. Samspel i familien blir i stor grad påverka, og kan gje unyttige eller negative samspelsmønster (Helsedirektorater, 2017, s.15).

Familiebasert behandling (FBT), der familien er ein aktiv del av behandlinga, er anbefalt i behandling av barn og ungdom med spiseforstyrringar (Helsedirektoratet, 2017, s.67-68). Problem i familien kan kome av sjukdommen, og er derfor ikkje i seg sjølv ein indikasjon for at familien ikkje skal delta i behandlinga. Betring av spiseforstyrringa har og vist seg å betre familieforholda. Etter fylte 16 år må ungdommen samtykke til å ha familien med i behandling. Likevel kan helsepersonell dele den informasjonen det er nødvendig at føresette har for å oppfylle sitt ansvar. Om foreldra ikkje kan eller vil inkluderas i behandling bør andre omsorgspersonar, som ein fosterforelder eller anna tilsett i barneverntenesta, kome inn i behandlinga (Helsedirektoratet, 2017, s.28-29). Behandling av spiseforstyrringar vil alltid innehalde ein kombinasjon av konkrete åtferdstiltak for å redusere symptoma, samt psykoterapeutisk arbeid retta mot dei underliggande og vedlikehaldne faktorane. Pasientane kan få enten poliklinisk oppfølging, dagbehandling eller døgnbehandling, som kan vere enten individ- eller gruppebasert (Helsedirektoratet, 2017, s.9). Medikamentell behandling kan vere aktuelt (Helsedirektoratet, 2017, s.68).

Hos innlagte ungdommar med anoreksi anbefaler ein eit behandlingsmål på reduksjon av undervekt med 0,5 til 1,5 kg kvar veke, med ei målvekt mellom 25 og 75 percentilen (KMI percentil) (Helsedirektoratet, 2017, s. 84). Dette er grunna konsekvensane av undervekt som vekstretardasjon, manglande pubertetsutvikling og osteoporose. I tillegg krympar hjernen hos pasientar med anoreksi, særleg hos ungdommane. Ved reduksjon av undervekt normaliserast

storleiken og etter tilfriskning får hjernen til pasientane tilbake sin anteke storleik. Pasientane får og endra hjernemetabolisme, med endringar i områder som er involverte i kjensler, spiseåtferd og sjølvregulering. I tillegg er dopamin- og serotoninssystema affiserte, som kan påverke korleis hjernen bearbeidar og handterer inntrykk (Bang, 2020, s.270- 271). Fordelar med rask vektoppgang er kortare sjukehusopphald, mindre institusjonalisering og raskare betring. Ulemper kan vere at det kan verke lite motiverande å få til, og kan skremme pasientane vekk (Helsedirektoratet, 2017, s.80).

## **2.2 Tvangssonding**

Nynorskordboka definerer det å tvinge som press, makt (middel), underkuing og ufridom (Språkrådet og Universitetet i Bergen). I helse- og omsorgssektoren definerer vi det som å gjennomføre tiltak som ein pasient eller brukar motsett seg, eller som er så inngripande at ein normalt ville motsett seg det. Grunnlaget er ofte å forhindre vesentleg skade på pasienten, eller å dekke grunnleggande behov (Ursin, 2020).

Hos ein pasient over 16 år med ei alvorleg spiseforstyrning, som motsett seg frivillig ernæring, kan ein fatte vedtak om tvungen ernæring. Dei fleste pasientane som er innlagt med ei spiseforstyrning har eit slikt vedtak, men ikkje alle. Nokre treng dette vedtaket for å kunne tillate seg å ete sjølv (Lindefjeld, 2020, s.207). Tvungen ernæring er regulert i Psykisk helsevernloven (1999) i § 4-4. Lova sett blant anna krav til at pasienten allereie er under tvungent psykisk helsevern, er undersøkt nok til at ein kan vurdere det som nødvendig, samt enten manglande samtykkekompetanse eller nærliggande og alvorleg fare for pasienten sitt liv og helse. Då foreldre har rett til å samtykke på vegne av barn under 16 år (Pasient- og brukerettighetsloven, § 4-4) vil ein kunne ernære desse på bakgrunn av samtykke, sjølv om dei sjølv motsett seg dette, i henhold til § 2-1 i *Psykisk helsevernloven* (1999). Om begge foreldre har foreldreansvar treng ein samtykke frå begge. Dersom om ein eller begge motsett seg behandlinga kan ein anvende barnevernlova. Barnevernet kan då fatte vedtak for å erstatte ein eller begge sitt samtykke (Lindefjeld, 2020, s.208).

For å gjennomføre sondinga på ein trygg måte blir det ofte nødvendig med kortvarig fasthalding. Dette er strengt regulert, og skal kun bli brukt om det er openbart forgjeves eller utilstrekkeleg å bruke mindre alvorlege middel, samt at det skal vere for å hindre skade på pasienten, andre menneske eller materie. Ein må ha vedtak frå fagleg ansvarleg, og det skal dokumenterast så fort som mogleg. Bruk av slike middel kan klagast inn til Kontrollkommisjonen av både barnet og eventuelt føresette (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-8).

Gjennomføring av tvangssonding skjer ved at ein sjukepleiar legg ned ein nasogastrisk sonde, og gir næringsdrikke eller sondemat gjennom denne. I forkant skal pasienten alltid ha blitt motivert til å ta frivillig næring først. Pasienten, som i dette tilfellet motsett seg dette, må då bli haldt fast av miljøpersonell. Dette kan då vere både sjukepleiarar, andre miljøterapeutar eller pleieassistentar. Dei som held pasienten må ha øvd på teknikkar for fasthalding, og samarbeid seg imellom undervegs. God kompetanse på halding, sondenedlegging og godt samarbeid kan bidra til betre gjennomføring. Etter kvar tvangssonding skal ein gjennomføre ein ettersamtale med pasienten. Her er målet å høyre pasienten si oppleving av sondinga, og kva ein kan gjere annleis. Dette gjer ein for å støtte pasienten og å fremme den terapeutiske relasjonen mellom pasienten og personalet. Personalet som deltek i tvangssonding bør få tilbod om rettleiing av nokon som er erfaren innanfor emnet, samt tilbod om debrief i etterkant av sondingar (Lindfeldt, 2020, s.207).

## **2.3 Omsorg**

*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (2019, NSF) gjev oss ei rettesnor å følge i vår praksis som sjukepleiarar. Omsorg er tungt forankra i sjukepleieryrket, som vi ser i 2.3: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg».

Denne oppgåva vel å definere omsorg ut i frå Kari Martinsen sin omsorgsteori. Ho fortel at omsorga er ei treeining. Det første punktet er at omsorga er relasjonell, og avheng av minst to partar. Omsorg er fundamentalt ved mennesket sin eksistens, og handlar om forholdet mellom menneske. Menneska er avhengige av kvarandre, og det vil ofte ikkje vere likestilte partar i utøvinga av omsorg. Den eine treng omsorg av den andre, som vi ser i sjukepleieryrket der pasienten er avhengig av omsorg frå sjukepleiaren. Ein viser omsorg gjennom å vise omtanke for den andre, å hjelpe med konkrete tiltak, sjølvstendigjering eller å auke verdigheita til pasienten (Alvsåg, 2010, s.346-348).

Ei anna side av omsorga er praktisk og konkret. Den kjem til uttrykk i konkrete handlingar, og måten dei blir utført på. Vi lærer alle omsorg gjennom å mota eller å gje omsorgsfulle handlingar og så reflektere rundt desse. Gjennom å observere manglande omsorg i handlingar, eller å sjølv utføre dei, kan vi kjenne på ubehag og bebreide oss sjølv. Då kan vi lære av å reflektere rundt situasjonen og ta sjølvkritikk. På denne måten kan vi møte slike situasjonar på ein meir omsorgsfull måte i framtida (Alvsåg, 2010, s.348- 349).

Omsorga er og moralsk. Det handlar om å ville forstå korleis den andre pasienten har det, og måten ein er til stades i situasjonen. Ein skal gje omsorg utan å forvente noko. God omsorg forutsett god situasjonsforståing og vurdering av kva mål ein har i situasjonen. Det betyr og å

vurdere kva ressursar pasienten sjølv har, og å ivareta desse gjennom å hjelpe pasienten med å hjelpe seg sjølv. Om ein hjelper meir enn det pasienten har bruk for kan vi likevel ikkje seie at ein gjev for mykje omsorg, men heller at ein gir for mykje pleie (Alvsvåg, 2016, s.351).

Kari Martinsen seier at omsorga og fagkunnskapen treng kvarandre for å hjelpe pasienten på best moglege måte (Alvsvåg, 2010, s.357). Ho vektlegg og maktforholdet mellom pasient og sjukepleiar. Makt treng ikkje å vere positivt eller negativt, det kjem ann på kva ein brukar det til. Ein kan bruke makt for å gje riktig omsorg og pleie til ein pasient, eller ein kan la vere å realisere omsorga då ein manglar mot til å bruke makta ein har som fagperson (Alvsvåg, 2016, s.351). Martinsen brukar omgrepet svak paternalisme, som går ut på at ein må påvise svikt når det kjem til kompetanse eller frivilligheit for å kunne regulere åtferd. For at dette ikkje skal bli eit maktovergrep må ein ha moralsk bevisstheit og utøve skjønn (Slettebø, 2013, s.76).

Kari Martinsen seier at det å tyde inntrykka vi får av pasienten er skjønn i sjukepleie. Klinisk skjønn er ein form for fagleg skjønn, der vi handlar godt, riktig og hensiktsmessig overfor pasienten i den situasjonen. Det krevjar god situasjonsforståing. Nokre situasjonar kan ikkje ha heilt konkrete lover og retningslinjer for akkurat gjennomføring. Derfor treng ein god innsikt i heile enkeltsituasjonen for å bruke skjønn for å kome fram til riktig handlemåte (Alvsvåg, 2016, s.355). Martinsen hevdar at

På sitt beste formidler det [skjønnet] både faglighet og omsorgens barmhjertighet. I en sykepleiefaglig sammenheng vil det si å vere åpen og medlidende for den andres lidelse og smerte, samtidig som en vurderer tilstanden faglig. Medfølelsen, barmhjertigheten, tilliten og ærligheten arbeider sammen med fagkunnskapene når vi handler riktig og godt mot den andre.

(gjengitt i Alvsvåg, 2016, s.357).

Ut i frå arbeidsmåte og emna ho jobbar med kan Kari Martinsen kallast fenomenolog. Denne tradisjonen vektlegg «dei spontane og intuitive sidene ved menneskeleg oppførsel og handlinger og menneskets mer eller mindre umiddelbare erfaring av verden rundt seg (Nordtvedt, 2016, s.58).

## 3.0 METODE

Denne oppgåva baserer seg på metoden litteraturstudie. Eit litteraturstudie er ei systematisk innsamling av litteratur og forskning frå skriftlege kjelder. Desse blir kritisk gjennomgått for å bidra til å svare på ei problemstilling. Hensikta er å gje ei god og oppdatert forståing av kunnskapen problemstillinga etterspør, samstundes som ein ryddig vis fram korleis ein har innhenta denne kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 77-79).

### 3.1 Litteratursøk og søkestrategi

Eg starta med å forsøke å få ei oversikt gjennom vidstrakte søk med variasjonar i bruk av ord. Allereie her avgrensa eg til engelsk språk, då dette er det eg kan best, og det som blir mest brukt av land det er aktuelt å samanlikne seg med. Då gjorde eg store søk på berre «anorexia nervosa» og/eller berre «nasogastric feeding» på Google Scholar, Wiley, Medline, Cinahl og Helsefagbiblioteket. Hovudmålet var å få ein tanke om kva litteratur som fantes, men eg fann den nasjonale faglege retningslinja for behandling av spiseforstyrningar (Helsedirektoratet, 2017) som eg tok i bruk i teksten. Denne er basert på fleire artiklar og rapportar, der eg ikkje har moglegheit til å ettergå primærkjeldene, men eg vel å stole på at dette er gjort grundig av Helsedirektoratet. Retningslinja har og brukt den nasjonale rettleiaren for utvikling av kunnskapsbaserte veiledarar (Helsedirektoratet, 2012). Denne fortel at retningslinjer skal bygge på kunnskapsbasert praksis, altså inkludere forskingsbasert-, erfaringsbasert- og brukarkunnskap.

Sidan eg arbeidar på RASP blei eg råda å lese ei ny handbok dei har gitt ut knytt til forståing og behandling av spiseforstyrningar (Rø, 2020) på jobb. Sidan eg allereie visste om at denne var ny, oppdatert og gav eit grundig og nyansert bilete av spiseforstyrningar valde eg denne framfor anna pensumlitteratur knytt til psykiatri. Desse er gjerne noko eldre, og har berre eit kapittel om spiseforstyrningar. Eg har og fått litt hjelp av ein kollega som arbeidar som psykiatrisk sjukepleiar på kompetanseposten på RASP, som har fortalt kva land dei pleier å samanlikne seg med, då retningslinjer varierer frå land til land. Då fekk eg beskjed om at dei særleg brukar Norden, Storbritannia og Australia, men og ein del generelt frå Europa og USA. For å finne inspirasjon gjekk eg inn på RASP sin publiseringsside for eiga forskning på OUS. Der fann eg ein artikkel med tal på bruk av tvang, i ei konkret spiseforstyrningsavdeling for barn og unge, sett opp mot pasientutfallet fem år seinare (Blikshavn et al. 2020). Denne valde eg å bruke, sjølv om den ikkje dukka opp i mitt systematiske søk.

Eg hadde eit ønske om å ha med noko skjønnlitterært om emnet, og gjekk derfor på helsefagbiblioteket på OsloMet og leita i seksjonen med temaet spiseforstyringar. Der fann eg ei sjølvbiografisk bok som handlar om ei jente sitt liv med anoreksi frå alderen 12 til 18 år (Høgevold, 2008). Eg tykkjer den hadde nokre gode sitat som skapar eit bilete av korleis ei tvangssonding kan opplevast for ein ungdom.

I følgje Mesh er det best tilpassa ordet for tvangssonding «Enteral nutrition». Dette blei noko upresist i søket mitt, då det førte til at eg fekk opp svært mange medisinske artiklar om alle typar enteral ernæring. Eg fann gjennom «Keywords» i fleire artiklar at det var vanleg å bruke «nasogastric feeding» eller «force feeding» så eg brukte desse som fritekstord. Eg brukte begge mesh orda «anorexia nervosa» og «eating disorders» i tilfelle nokre tekstar ikkje hadde avgrensa til dette. Dei fleste som får sondeernæring får det grunna undervekt, som då ofte kjem av anorexia nervosa, men det kan kome av andre lidingar som «food avoidance emotional disorder» [FAED] (Neiderman et al., 2001). Eg sette då at det primært handla om anorexia nervosa som eit inklusjonskriterie. Då eg allereie i mine store oversiktssøk såg at det var lite forskning rundt emnet, og at relativt store søk hadde få resultat, fann eg ut at eg ikkje skulle søke for avgrensa. Derfor valde eg å utelukka omsorgsomgrepet frå søket mitt, då eg allereie hadde lite å velje mellom utan å inkludere det. Eg vil heller sjå på søkeresultata mine opp mot omsorgsteorien i drøftingsdelen min. I desse oversiktssøka såg eg og at fleire av tekstane hadde eit medisinsk fokus, og då eg var meir interessert i pasientoppleving, det psykiske aspektet, og råd/retningslinjer for gjennomføring, bestemte eg meg då for å ekskludere dei meir medisinske artiklane. Dette var til dømes artiklar med fokus på risiko for reernæringssyndrom eller vurdering av tilstrekkeleg vekttoppgang.

Deretter laga eg eit PICO-skjema (sjå vedlegg 1) med fleire søkeord, som eg kombinerte på ulike måtar for å få varierte søk. PICO står for Pasient/Problem, Intervention, Comparison og Outcome (Thidemann, 2019, s.83). Eg forsøkte å søke med AND “adolescence”, men såg at nokre artiklar ikkje kom med til tross for at dei hadde fokus på denne aldersgruppa. Då fjerna eg det frå søket, og la heller til aldersgruppa 13-17 år som eit inklusjonskriterie. Grunngeving for aldersgruppa er nemnt i omgrepsavklaring. I denne fasen bestemte eg meg for å ekskludere tekstar som var eldre frå år 2000. Under mine oversiktssøk hadde eg tidleg fatta interesse for teksten til Neiderman et al. (2001), om pasient- og foreldreoppleving av tvangssonding. Eg såg at fleire andre tekstar refererte til denne i sin nyare forskning, seinast i 2020 av Blikshavn et al. Dette fører til at eg inkluderer 20 år med forskning, som jo er ein del, men som ein likevel ser er det ikkje store mengder litteratur som kjem opp desse åra heller.

Dette fortel litt om at denne pasientgruppa og problematikken dessverre kanskje er litt underrepresentert i forskinga.

Søk blei gjennomført i databasane Medline, Cinahl og PsychInfo, Epistemonikos og Cochrane. Cinahl og Medline blei vald då dei er anerkjente databasar innanfor helse og sjukepleie. Eg brukte og PsychInfo, då dette blei foreslått av ein bibliotekar på søkekurs arrangert av Helsefagbiblioteket på OsloMet til dei som hadde fokus på psykiatriske tema. Dette søket gav ingen andre artiklar enn dei eg fann på Cinahl og Medline, og blir derfor ikkje vidare beskrive. Epistemonikos og Cochrane blei brukt for å finne systematiske oversiktsartiklar.

Eg starta med søkeorda «anorexia nervosa» or «eating disorder» and «force feeding» or «nasogastric feeding» i både Cinahl og Medline, gjennom same vert. Det var då avgrensa til kun «peer reviewed» og kun frå år 2000. Sidan dette er samanslåing av to databasar blei alle orda fritekstord. Då fekk eg 49 treff. Då gjekk eg vidare til å søke i berre Cinahl, som har eit større sjukepleiefokus. Her blir søkeorda som er godkjente basert på Mesh, men dei er meir retta mot sjukepleie, og kallast «Cinahl subject headings» (Thidemann, 2019, s.86). Søkeorda var «eating disorder» or «anorexia nervosa» and «nasogastric feeding» (fritekst) or “force feeding” (fritekst) or “restraint, physical”. Eg avgrensa med at teksten var «peer reviewed», og ikkje eldre enn frå 2000. Eg avgrensa og med «research article», då eg i dette søket var ute etter forskingsartiklar. Då fekk eg 10 treff. Eg valde ut fire av desse, som kom innanfor mine inklusjonskriterier (Halse et al., 2005, Kodua et al., 2020, Fuller et al., 2020 og Neiderman et al. 2001). Seks blei ekskludert, tre grunna meir medisinsk fokus, to med fokusområdet på korleis kroppen tåla næring gjennom sonde, og ein annan handla om førebygging av reernæringsyndrom. Eit studie omhandla lengda på opphald for pasientar med anoreksi, eit anna handla om premature barn sine spiseplagar, og ein handla om epidemiologi av spiseforstyringar hos barn mellom 5 og 13 i Australia, og alle desse blei og vurdert til å vere utanfor det problemstillinga spør etter. Dei tre første blei ekskludert etter lesing av «abstract», medan dei siste tre såg eg allereie på tittelen at fall utanfor mine inklusjonskriterie. Eg gjennomførte og same søk i databasen Medline, der fekk eg 15 resultat. Eg las gjennom titlar og «abstract», men berre ein av tekstane kom innunder mine inklusjonskriterie, og den hadde eg allereie frå søket mitt i Cinahl.

For å finne ei systematisk oversikt søkte eg i Epistemonikos og brukte same søkeord. Der fekk eg 11 treff då eg avgrensa til kun systematiske oversiktar. Fleire artiklar omhandla då feil diagnose som slag, eller bruk av sonde etter kirurgi. Tre omhandla anoreksi. Ein blei utelukka då fokusområdet var vurdering av ulike måtar å reernære undervektige pasientar og

samanlikning av dei. Den eine blei inkludert (Kells og Kelly Weeder, 2016). Den tredje var av same forfattarar, årstal og utgivarstad som den andre. Abstract var forskjellig, men linken til artikkelen var øydelagt, og når eg forsøkte å søke på tittelen og DOI i andre databasar og Oria, dukka berre artikkel nr.2 opp, så eg enda med å kun bruke den eine artikkelen.

Eg søkte og etter systematiske oversikter i Cochrane, der fekk eg ingen treff med alle søkeord, og måtte avgrense til «anorexia nervosa» og «nasogastric feeding». Der fekk eg tre treff, som alle handla om det medisinske knytt til vektoppgang, og vurdering av risiko for reernæringsyndrom, og blei derfor vurdert som ikkje relevante for å svare på problemstillinga mi.

### **3.2. Kvalitetssikring og etiske vurderingar**

Eg huka av for «peer reviewed» i søket for å sikre meg at tekstane var fagfellelvurdert. Eg sjekka ut relevante sjekklister frå Helsefagbiblioteket (2016) for å få ei forståing av kva det er viktig å sjå etter. Eksempel på dette er å lese metodekapittelet nøye for å sjå om det kjem godt fram korleis dei har samla data og å sjå kva dei sjølv skriv om svakheiter i eigne studie som bakgrunnsforhold som kan påverke tolking av data og vurdering av utvalet av pasientar. Då artiklane er publiserte og godkjent av anerkjente tidsskrift reknar eg med at kvaliteten er god når desse har kvalitetssikra dei, sjølv om eg og nytta meg av kunnskapen eg fekk frå sjekklistene til Helsefagbiblioteket (2016). Eg vis til kjelde etter APA-stil og gjengjev ingen informasjon eg finn som om den var min eigen.

### **3.3. Val av faglitteratur og kritikk**

Først las eg titlar for å forsikre meg om at det handla om riktig emne og diagnose. Deretter las eg «abstract», for å sjå om det var relevant, der eg og sjekka etter IMRAD. Så las eg heile teksten på dei som tverka relevante etter dette. og dobbeltsjekka at dei fall innanfor mine inklusjonskriterie.

Litteraturstudie som metode har og sine svakheiter, som at ein ikkje får lese alt som finnes, at ein ikkje alltid finn tekstar som svarar nøyaktig på det ein er ute etter og at nokre område, som mitt, har avgrensa forskning. Likevel er det ein nyttig metode for å utforske kva den forskinga som finnes kan fortelje og lære oss (Thidemann, 2019, s. 77-79).

Fuller et al. (2020) har brukt ein modifisert Delphi prosess for å utvikle retningslinjer for tvangssonding. Teksten har eit noko meir medisinsk fokus enn dei andre tekstane eg valde ut, men anbefalingane for praktisering av tvangssonding var svært relevante for å svare på mi



problemstilling. Den omhandlar både vaksne og ungdommar, men eg tenkjer at mykje av det praktiske knytt til utføring av tvangssonding kan vere felles for både vaksne og ungdommar. Eg har i tillegg snakka med ein kollega på kompetansenheten på RASP, som anbefalte denne teksten. At dei her kom fram til at ein kan gje større volum med næring og avgrense til ein eller to tvangssondingar om dagen er årsaka til at vi har endra praksis på vår avdeling.

Den kvalitative artikkelen til Kodua et al. (2020) undersøker erfaringa av gjennomføring tvangssonding hos «nursing assistants», som på norsk kan omsetjast til miljøarbeidar/pleieassistent. Sjølv om dei ikkje er sjukepleiarar hadde fleire av desse relevant utdanning knytt til psykologi, og fekk oversyn av ein utdanna «mental health nurse». Sjølv om dette er sett frå personalet sitt synspunkt, kjem dei med relevante observasjonar knytt til gjennomføringa og tankar om opplevinga til pasienten. Dessutan er det interessant å få med perspektivet om at dette er ei utfordring for både pasient og dei som utførar det.

Neiderman et al. (2001) har undersøkt opplevinga av tvangssonding hos både pasientar og foreldre, og var av stor interesse då den gav begge sine perspektiv. Dei har ikkje berre pasientar med anoreksi. Fleirtalet, 22 av 27 pasientar, har likevel anoreksi, medan fire har «pervasive refusal syndrome» og ein pasient har «food avoidance emotional disorder». Den er og 20 år gamal, så det kan hende erfaringane er noko annleis no, sjølv om prosedyra i sin heilheit har forandra seg lite. Den har og blitt tatt mykje i bruk i anna, nyare forskning, og gjev gode kvalitative skildringar som blei sett på som nyttige for å belyse og svare på problemstillinga mi.

Teksten om ulike meiningar pasientane la i det å ha sonde (Halse et al. 2005), er og 16 år gamal. Dei har berre snakka med 23 forskjellige pasientar, men små grupper er tross alt vanleg i kvalitativ forskning. Aldersgruppa er 12-20, men gjennomsnittsalderen er framleis 14,8, og derfor ganske innafor ønska aldersgruppe. Teksten blei inkludert då den gav god innsikt i både oppleving av tvangssonding, men og kva meiningar pasientane knytte til sonden sin.

Kells og Kelly-Weeder (2016) har den litteraturgjennomgangen eg vurderte som mest relevant. Den har fokusområde på bruk av og resultat knytt til sondeernæring, og ikkje tvang for gjennomføring. Aldersgruppa varierer og, men gjennomsnittsalderen var ca.21 år, og varierte frå 11-57 år, slik at ein stor andel av pasientane fell under gruppa eg ser på. Dei såg at dei fleste artiklar fokuserte på fysiske resultat, men nokre såg og på psykiske effektar av sondinga. Denne blei vurdert som aktuell då det og kan vere nyttig å sjå noko på resultat for å

sjå effekten av det vi gjer, og ein oversiktsartikkel gjev eit sikrare bilete enn ein enkeltstående artikkel.

Blikshavn et al. (2020) gjev tal på generell kortvarig fasthalding, men spesifiserer i teksten når haldinga har oppstått i samanheng med ein sondesituasjon. Dette er berre tal frå 38 pasientar (68% av 58 pasientar) og kun knytt til ei avdeling. Tal frå fleire pasientar og avdelingar er ønskeleg. Dette blir framleis vurdert som å vere noko representativt frå eit utval, då det er ei spesialisert avdeling for barn og unge med spiseforstyringar. I tillegg sett dei tala sine opp mot utfall 5 år seinare, som er eit interessant perspektiv å få med.

Ein svakheit fleire studie nemnar er at dei har for få pasientar og dermed litt for få å basere resultata dei finn på (Blikshavn et al., 2020; Kodua et al., 2020, Halse et al.; 2005; Neiderman et al. 2001). Dette vil likevel alltid gjelde kvalitativ forskning, som fleire av tekstane jo er (Kodua et al., 2020, Halse et al.; 2005; Neiderman et al. 2001), og eg er jo først og fremst interessert i desse tekstane for å få eit nyansert innblikk i pasientopplevinga. Blikshavn et al. (2020) og Neiderman et al. (2001) nemnar og at sidan det er basert på frivillig deltaking veit ein ikkje om dei som har svara er dei det har gått «best» med, eller om dei som svarar vil svare dårleg i protest. Likevel har Blikshavn et al. (2020) kvalitetssikra noko, då dei har gått gjennom tala til dei som ikkje samtykka til å delta, utan å finne noko vesentleg forskjell frå gruppa som deltok. Derfor kan det sjå ut som tala deira er noko gjeldande for denne eininga, sjølv om ein ikkje får sett korleis det går på fem-års oppfølginga hos desse.

Den systematiske litteraturgjennomgangen ser og på mangel på forskning som eit problem, som ein og kan sjå i det faktum at sjølv dei berre hadde 19 studie å samanlikne (Kells og Kelly-Weeder, 2016). Det ville vore ønskeleg med meir forskning frå fleire forskjellige avdelingar for å sjå eit større bilete, og for å bekrefte eller avkrefte funn frå tidlegare forskning. I tillegg skulle eg gjerne hatt tal på akkurat kor mange ungdommar som blir utsett for tvangssonding i Noreg kvart år, men det finn eg dessverre ikkje. Både eg og fleire av tekstane eg har brukt etterspør meir forskning på emnet, då det ikkje er altfor mykje å finne der ute, og fleire av studia er basert på små grupper med pasientar. Større og fleire studier hadde vore ønskeleg, men no har eg tatt i bruk det beste eg fann, og skal forsøke å undersøke dette emnet med den litteraturen eg har. Grunna lite utval av tekstar blei og nokre artiklar som har hovudfokus på bruk av nasogastrisk sonde, og ikkje noko særleg fokus på kortvarig fasthalding inkludert.

## 4.0 FUNN

For å kome fram til desse funna tok eg utgangspunkt i Thidemann (2019) sin metode for å analysere og tolke funn. Etter at eg hadde vald relevante tekstar las eg grundig gjennom dei for å få god forståing og oversikt over materialet mitt. Eg opplevde at det var lettare å få oversikt ved å hoppe over neste trinn frå Thidemann, og heller gå rett på litteraturmatrisa (sjå vedlegg 2). Etter eg laga denne blei det enklare å hugse kva dei ulike artikkelane omhandla. Deretter starta eg med å eksperimentere med ulike eksempeloverskrifter for å presentere resultat. Så fylte eg inn resultat frå ein og ein artikkel som passa under desse overskriftene. Temaoverskriftene blei endra og justerte undervegs, og kutta ned frå sju til fem. Til dømes hadde eg først ein eigen overskrift der eg presenterte resultat knytt til foreldreerfaring, men eg enda med å flytte dette inn i andre funn då eg berre hadde ein artikkel med foreldreperspektiv. Sidan eg først beskreib funn artikkel for artikkel måtte eg så omskrive slik at funna blei presentert som tema felles for fleire artiklar.

### 4.1 Ei ubehageleg oppleving

Pasientane ser på tvangssonding som ei ubehageleg oppleving (Neiderman et al., 2001; Halse et al., 2005). Om dei tilsette la ned sonden utan at pasienten fekk svelgt den ned med vatn fekk nokre vondt i halsen heile dagen, medan ein annan pasient sa det ikkje var vondt med mindre man motsette seg det, slik at personalet måtte presse den ned (Halse et al., 2005, s.267). Nokre pasientar såg på tvangssonding som ein straff, noko personalet gjorde for å vise at dei hadde kontroll og dette skada deira forhold til personalet (Halse et al. 2005, s.269).

Personalet som gjennomfører tvangssonding synest og det er vanskeleg. Det påførte dei psykisk stress, og dei beskreib det som «traumatiserande» både for seg sjølv og for ungdommen. Dette var særleg grunna den tvungne naturen av sondinga, og ungdommen sin respons, som inkluderte aktiv motstand, aggresjon, roping, hosting, klaging på ubehag og nokre gongar naseblod frå innlegginga av nasogastrisk sonde. Det var vanleg at pasientane var aggressive mot dei som gjennomførte haldinga, med å spytte, sparke, klore, bite og slå personalet (Kodua et al., 2020, s.1184-1186).

### 4.2 Eit nødvendig onde

Til tross for at fleire hata opplevinga der og då, klara dei likevel å seie at det var eit nødvendig, og ofte hjelpesamt tiltak (Neiderman et al., 2001, s.445; Halse et al., 2005, s.267-268) Nokre vektla at det var lettare enn å ete fordi det «skjulte» inntaket av næring i større grad, og at det hjelpte dei å «lure» sin eigen anoreksi. Prosessen vart lettare og pasientane gav

mindre motstand når dei hadde fått nok informasjon om detaljane ved prosessen, kriteria for å sleppe sondinga samt at det blei lagt fram som eit medisinsk tiltak. (Neiderman et al., 2001; Halse et al., 2005). Majoriteten (73%) av foreldra sa at tvangssonding var ein beklageleg nødvendighet, som førte til ei blanding av lette og tristheit (Neiderman et al., 2001, s.445).

### **4.3 Individuell tilpassing**

Det er viktig å unngå tanken om at "one size fits all" når det kjem til tvangssonding. Pasientane opplevde at det var til hjelp å bestemme noko om sondinga, som kvar den skulle skje, sidan dei ikkje fekk styre om den skulle skje (Neiderman et al., 2001; Halse et al., 2005). Foreldra har behov for at nokon er tilgjengeleg for å svare på spørsmål og diskutere tiltak, og det bør derfor avtalast eit kontaktpunkt mellom foreldre og dei tilsette (Neiderman et al., 2001, s.448).

Det kan hjelpe å fukte sonden, eller å la pasienten svelge den ned med vatn. I tillegg bør ein trygge pasienten undervegs i prosedyra (Halse et al., 2005, s.270). Ein bør og vurdere om ein skal legge ned ny sonde kvar sonding, eller om ein skal la den vere inneliggande (Fuller et al., 2020, s.292; Halse et al., 2005, s.270). Tal på sondingar bør ikkje gå over to om dagen, i nokre tilfelle kan det halde med ei sonding. Mengda mat må vurderast etter kva individet toler, men maksimalt volum er 1000 ml per sonding (Fuller et al., 2020, s.291-292). Ein bør og vurdere om ein treng å administrere medisinar for å redusere motstand og uro hos pasienten (Fuller et al. 2020; Halse et al, 2005). Kva meining pasienten legg i det å ha sonde bør utforskast (Halse et al., 2005, s.270).

### **4.4 Erfaring hos personalet**

Den som legg ned sonden må ha erfaring i prosedyra, og bør få rådgjeving undervegs. (Halse et al., 2005, s.271). Personell må øve på haldinga og sondinga i forkant, og få samtale, rådgjeving og debriefing i etterkant (Kodua, 2020, s.1188-1189). Alle tilsette må få tilstrekkeleg og detaljert informasjon om alle moglege problem rundt tvangssonding (Neiderman et al., 2001). Personalet forklarte at for å kome seg gjennom sondingane måtte dei kople seg sjølv ut av situasjonen, beskrive som å «sone ut». Nokre fortalte at dei hadde blitt vandt til prosessen etter kvart, og at det blei lettare etter litt tid, når dei klarte å tenke på at det var nødvendig for ungdommen, og ein del av jobben. Dei sa dei blei «desensitivisert» med tida (Kodua et al., 2020, s.1186).

## 4.5 Utfall

Gjennomgang av forskning om sonding fortel at det førar til raskare vekttoppgang enn hos pasientar som berre et mat peroralt, likevel veit vi for lite om langtidsutfallet. Dei få artiklane i litteraturgjennomgangen som fokuserte på psykiske resultat, seks stk. (31%), fann til saman at sonding ikkje har betydeleg effekt på symptoma som å vere overoppteken av mat og kropp. Likevel blei noko spiseforstyrra åtferd redusert, særleg overeting og kompensatorisk åtferd, og komorbiditet som angst og depresjon (Kells og Kelly-Weeder, 2016, s.462-463). Det ser og ut til at ein større andel av pasientar som blir utsett for tvangssonding har ei spiseforstyrning fem år seinare (Blikshavn et al., 2020, s.6).

## 5.0 DRØFTING

### 5.1 Praktisk utføring og øving

Fleire personal og pasientar vektla sjølvne sondenedlegginga som svært ubehageleg, og nokre pasientar byrja å blø naseblod av dette (Kodua et al., 2020 og Halse et al, 2005).

Sondenedlegging er ei ubehageleg prosedyre av natur, om det er frivillig eller ei. Ubehaget aukar om pasienten motsett seg nedlegginga. Uansett er det til hjelp om sonden er fukta i forkant, eller om pasienten klarar å samarbeide om å svelge sonden ned med vatn for å redusere ubehaget (Halse et al., 2005, s.270). Om pasienten ytrar motstand under sjølvne nedlegginga legg det endå meir ansvar på sjukepleiaren som utøvar prosedyra. For å gjennomføre praktiske prosedyre som sjukepleiar må ein øve. Ein treff gjerne ikkje åra på dei første forsøka på PVK, og sjølv dei mest proffe kan bomme innimellom. Det same gjeld sonding. Personalet bør vere erfarne i sondenedlegging, og ha andre erfarne personal tilgjengeleg som raskt kan hjelpe eller ta over om det blir nødvendig. Sjukepleiarane har truleg godt av å øve mykje på denne prosedyra, slik at dei er så godt forberedte som mogleg, og kan gjere det så smertefritt som mogleg. Her tenkjer eg at det kan vere lurt at sjukepleiarane øver på kvarandre, då får dei både meir praktisk erfaring, men og sjølv erfare korleis det opplevast å bli sonda. Dette kan vere med på å betre både den praktiske og den moralske omsorgsevna til sjukepleiaren. Det vil truleg vere nyttig å få inn rutinar for jamleg øving på sondenedlegging på kvarandre i ei avdeling som driv med tvangssonding.

Manglande øving på sjølvne haldinga førar til usikkerheit hos personale, som igjen aukar risiko for skade på både personal og pasient (Kodua et al. 2020). Sjølv om ungdommen kan yte motstand som kan skade personal, har dei truleg ikkje eigentleg lyst til å skade personalet. Dette kan føre til skuld kjensle som kan bli vanskeleg for pasienten. Derfor vil redusert skade på både personal og pasient vere til pasienten sitt beste. Personalet bør då øve på konkrete haldeteknikkar på kvarandre. På denne måten får dei både auka forståing av pasienten gjennom å erfare korleis det kjennest å bli haldt og dei kan bli tryggare på ulike haldeteknikkar. Erfaring med effektive haldeteknikkar kan kanskje føre til at personalet kan bruke mindre fysisk makt til å halde pasienten som både reduserer stress for dei, samt gjev mindre skade og eventuelle blåmerke på pasient. Mengdetrening er nødvendig for å bli god på noko. Det er betre å feile under ein øvingssituasjon, enn i sjølvne sondesituasjonen. Avdelingar som driv med tvangssondingar bør streve etter å tilby jamleg øving på halding og haldeteknikkar og det bør vere mogleg for dei tilsette å uttrykke behov for meir øving.

## 5.2 Bruk av samtale til å forstå og informere

Astrid har du vondt noe sted etter holdingen?» Jeg ville stoppe han før han sa ordet «holding»; ordet var vondt. Den ansatte hadde dratt meg bort, og nå stilte han det tåpelige spørsmålet sitt. Siden han spurte, hadde han nok selv vondt etter holdingen, men det kunne jeg ikke ha medfølelse for eller føle skyld for, jeg hadde ikke bedt om å bli angrepet. Bena og armene mine var dekket av blåmerker, men det gjorde ikke vondt. Det som var vondt, var kaloriene som angrep meg og alt inni meg, men det brydde de seg ikke om. Fortsatt brydde de seg bare om kroppen, ikke om meg.

(Høgevold, 2008, s.117)

I etterkant av ei tvangssonding skal ein ha ein ettersamtale med pasienten (Lindfeldt, 2020, s.207). Formålet med samtalen er at pasienten skal få uttrykke kva ein kan gjere annleis, eller korleis ein kan unngå at dette skjer igjen. Dette kan ein sette saman med Kari Martinsen sitt moralske aspekt av omsorga, nemleg å ta til seg pasientperspektivet (Alvsvåg, 2016). Ettersamtale er ein verdifull moglegheit for ungdommen å få ytra si meining, og for sjukepleiar å mota tilbakemeldingar. Desse kan ein bruke for å kome fram til moglege tilpassingar eller endringar til neste sonding. For nokre ungdommar er dette truleg og ein nyttig stad å kunne «lufte ut» sine frustrasjonar. Nokre har kanskje ikkje noko å seie, og klarar ikkje å gje tilbakemelding, men dei skal likevel få tilbodet kvar gong. Denne samtala er og ein moglegheit for relasjonsbygging med ungdommen, då ein får vist at ein vil lytte til kva dei har å seie, og at ein er til stades om dei treng det.

Betre informasjon og det at pasienten såg på sondinga som eit medisinsk tiltak førte til mindre motstand (Neiderman et al, 2001). Sjukepleiar bør ta seg tid til å setje seg ned med pasienten og forklare godt korleis sonding går føre seg og kvifor dette er medisinsk nødvendig. Dette kan både trygge pasienten, og føre til at dei følar seg meir sett. Særleg gjennomgang av korleis sondenedlegginga blir gjort på minst ubehageleg måte vil kanskje vere nyttig, då pasienten sin motstand mot akkurat dette kan gjere sondinga smertefull. Om denne samtala førar til at pasienten får auka forståing av situasjonen og blir tryggare på sjukepleiaren kan det kanskje hende det blir mindre motstand og betre «samarbeid». Det kan kanskje vere paradoksalt å kalle det samarbeid i ei tvangssonding, men pasienten kan framleis uttrykke sin verbale motstand og få til å samarbeide om å yte mindre fysisk motstand for å minske

ubehaget. Det er svært viktig at pasienten får opplevinga av at ein tek seg tid til denne samtalen, og faktisk forsøker å ta til seg forbettringspotensiale, der det er rom for forhandling.

Foreldra treng og tilstrekkeleg informasjon og tilbod om samtale (Neiderman et al, 2001). Sjukepleiar bør og ta seg tid til å ivareta foreldra, som kan synest det er tøft at barnet skal sondast. I ein tvangssonding tek sjukepleiar over ansvaret frå foreldra, som og kan føre til ei kjensle av maktesløyse eller manglande kontroll frå foreldra si side. Nokre foreldre vil kanskje delta, medan andre vil halde seg utanfor. Foreldre bør og ha eit personal tilgjengeleg for samtale under sondinga, slik at dei blir ivareteke. For nokre er det kanskje betre å forlate avdelinga, då det kan vere vanskeleg om ein til dømes høyrer rop frå sitt eige barn. Andre vil kanskje vere tilgjengeleg for å trøyste i etterkant. Det er viktig å avklare foreldra sine behov i ein samtale i forkant av ei tvangssonding, men og å tilby undervegs, då behov kan endre seg.

### **5.3 Tilpassing og tilrettelegging**

Kari Martinsen vektlegg det moralske aspektet av å yte omsorg knytt til å forstå korleis pasienten har det, og å ta innover seg pasienten si oppleving (Alvsvåg, 2016). Dette går saman med Neiderman et al. (2001) sine anbefalingar om at ein bør lytte til pasientane sine innspel og legge til rette der det er mogleg. Her kjem eg med nokre forslag eg ikkje har frå forskinga, men frå eigen praksis. Ein pasient kan ha nytte av å lytte til musikk under sondingane, som gjer det mogleg å kople ut. Ein annan kan ha nytte av at eit personal snakkar for å distrahere dei undervegs, medan ein tredje vil høyre konkret kva som skjer steg for steg, slik at dei opplev at dei har betre kontroll over situasjonen. Ein annan vil kanskje at det er så stille som mogleg. Nokre kan ha nytte av ein stressball i handa som dei kan klemme på. Hos pasientar som slit med mykje angst kan det vere aktuelt å gje angstdempende medisinar i forkant av ei sonding. Nokre står kanskje på slike medisinar frå før av grunna ei angstliding. Andre pasientar kan kanskje vere redde for medisinar, og motsette seg dette. Dette må vurderast i kvart tilfelle, men det eg trur det kan verke noko mot si hensikt å måtte gjennomføre kortvarig fasthalding for å gje berolegande legemiddel, slik at pasienten skal bli mindre uroleg under tvangssonding seinare. Men om pasienten sjølv seier seg einig i at dei kan ha nytte av angstdempende legemiddel, og lege vurderer det som trygt, kan det og vere noko å forsøke. Generelt bør ein forsøke å kome fram til tiltak den enkelte pasient trur kan hjelpe for seg, og om dei ikkje sjølv kjem på noko kan ein prøve seg fram med fleire av dei nemnte forslaga.

Dei nye retningslinjene utarbeida av Fuller et al. (2020) anbefala maks to tvangssondingar om dagen, eventuelt berre ein der det er medisinsk forsvarleg. I og med at denne endringa er ny, kan det hende at funna frå fleire eldre, kvalitative artiklar (Halse et al, 2005; Neiderman et al,



2001) hadde vore annleis om det blei gjort no, når talet på tvangssondingar har gått ned. Reduksjonen i tal sondingar er først og fremst grunna det moralske aspektet, at ein vil utsette pasienten for minst mogleg tvang. Enkelte ting vil ofte vere uaktuelt å forhandle på, som til dømes å forhandle seg til mindre næring om ein har ei svært låg kroppsvekt. Men så lenge det er medisinsk forsvarleg, tenker eg det kan vere opp til ungdommen om det blir ein eller to tvangssondingar om dagen. Dei kan sjølv vurdere om dei har større problem med å få eit større volum ein gong, eller om dei synest sjølve haldinga er verre og helst vil ha ei sonde om dagen. Dette kan og hjelpe pasienten å få ei kjensle av at dei har noko dei skulle sagt i situasjonen.

Ein må og vurdere om pasienten skal ha inneliggande sonde, samt kva meining dei legg i det å ha sonde (Fuller et al., 2020, Halse et al. 2005). Nokre klinikarar erfarte at pasientar med langvarig anoreksi knytt sonden til sin identitet til den grad at dei insisterte å gå med den på skuleball eller hang den opp på ei tavle saman med prisar og personlege bragder (Halse et al., 2005, s.270). Om pasienten skal få lagt ned ein sonde to gongar om dagen, med motstand, over ein lenger periode, kan det føre til sårheit og smerter i området. Då kan det vere aktuelt å la sonden ligge. Dette har likevel sine ulemper, som at pasienten får moglegheit til å tukle med den og trekke ut næring frå sonden. Ein inneliggande sonde kan og vere eit sterkt visuelt «bevis» på at ein er ein anorektikar i kamp mot helsevesenet. For nokre blir det eit symbol på å vere ein «perfekt anorektikar», som er flink nok, eller sjuk nok, til å nekte å ta til seg næring. Eg frykter og at ungdommen kan tolke det som eit teikn på at helsevesenet har «gitt opp» på at dei skal ta til seg næring frivillig. For desse vil det kanskje ha ein uheldig forsterkande effekt på lidinga. Derfor er det og viktig å undersøke kva meining og motivasjon pasienten legg i det å ha sonde, før ein blir einige om det er mest hensiktsmessig med inneliggande sonde, eller om ein skal legge ned ny kvar gong.

Foreldra kan delta i tvangssonding (Neiderman et al., 2001). Familieforhold kan vere del av årsaka til anoreksien, eller forverra av lidinga, men familiebasert terapi er uavhengig av dette sentralt i behandlinga av ungdommar med anoreksi (Helsedirektoratet, 2017, s.13-15, 67-68). Artikkelen som løftar foreldredeltaking som ein moglegheit er over 20 år gamal (Neiderman et al., 2001), og ingen anna forskning eg har nemnar det som ein moglegheit. Det kan hende ein har gått vekk i frå å involvere foreldra i tvangssondinga, men eg vil likevel utforske ulemper og fordelar kort i dette avsnittet. Om forelderen skal delta i sondinga, må alle vere einige i det og alle moglege ulemper og fordelar er diskuterte og forståtte. For nokre vil det kanskje redusere motstanden, og føre til at mengda tvang dei blir utsett for blir redusert. Fasthalding er ikkje berre inngripande, det er også intimt å ha nokon liggande over deg som

held deg nede. For nokre vil det kanskje vere lettare om det er foreldre som er tett innpå ein. Medan for andre kan det vere skadeleg for familierelasjonen, og det er derfor viktig å vurdere dette nøye. Om ungdommen allereie følar seg motarbeida av foreldra, vil det å bli haldt nede av dei kanskje forsterke denne misnøya. Derfor er det viktig å ha undersøkt familierelasjonen godt nok før ein diskuterer om det kan vere nyttig at dei er med. Eg tenker at det i fleire tilfelle vil vere nyttig at foreldra held seg utanfor sjølve sondesituasjonen, men at dei heller er tilgjengelege til å kome inn og gje ungdommen støtte og trøyst i etterkant.

#### **5.4 Kan tvang vere omsorg?**

I Kodua et al. (2020) sin kvalitative undersøking hos pleiepersonalet fortalte fleire at dei blei «desensitiviserte» og sona ut under tvangssondinga. Nokre personal synest det blei verre å gjennomføre tvangssondingane etter kvart som dei utvikla ein betre relasjon til pasienten. Då kjente dei meir på at det kunne skade forholdet, og dei fekk meir vondt av ungdommen. Martinsen fortel at omsorg er avhengig av ein relasjon mellom sjukepleiar og pasient, og at sjukepleiar forstår pasienten sine kjensler (Alvsåg, 2010, s.348- 349). Det faktum at personalet må sone ut fortel vel at handlinga i seg sjølv må opplevast som vanskeleg for både pasienten og personalet. Er dette eit bevis på at det uansett ikkje kan vere omsorg å tvangssonde ein ungdom? Eg ser for meg at det vil vere vanskeleg å forstå og erkjenne pasientane sine kjensler, om ein er kople ut under sjølve sondinga. Sjølv om dette kan vere ein nødvendig meistringsstrategi for personalet, er eg redd det fører til at dei ikkje jobbar med å forbetre situasjonen. Dette er derfor ikkje ein ønskeleg strategi frå eit omsorgssynspunkt. I staden for å stenge kjenslene ute tenkjer eg at ein kan forsøke å bruke dei til nyttig refleksjon. Kva konkret er det som vekker kjenslene? Er det at sondenedlegginga ser ubehageleg ut, bør ein kanskje vurdere å øve meir på dette, eller å ha innleggande sonde. Er det at ein sjølv synest det er ubehageleg å ligge så nære pasienten, kan det hende pasienten kjenner på det same, og at det kan vere nyttig å legge ei pute eller ein handduk mellom seg sjølv og pasienten. Det kan tenkast at pasienten kan få eit negativt syn på dei som gjennomfører sondinga uansett. Derfor kan ein vurdere om dei som har ein god relasjon bør la vere å delta, for å hindre å skade denne. På den andre sida kan det hende at nettopp dei som har best relasjon bør delta, og bruke denne relasjonen i sondinga. Sjukepleiaren som kjennar pasienten godt kan kanskje roe pasienten ned gjennom samtale, distraksjon eller pusteteknikkar. Det kan hende det opplevast mindre som ein straff om du har betre forhold til den som sondar deg. Om sjukepleiaren med god relasjon klarar å roe pasienten ned slik at dei gjev mindre motstand, kan personalet og halde mindre hardt, og dermed redusere både den psykiske og fysiske påkjenninga av sondinga. Ein betre meistringsstrategi frå personalet enn å kople ut er

å bevisstgjera sitt moralske og faglege ansvar og gå inn for å gjere opplevinga av sondingane betre for både pasienten og seg sjølv.

Balansegangen mellom omsorga og fagkunnskapen er sentral i å yte god sjukepleie (Alvsåg, 2010, s.357). Fleire pasientar hadde berre negative ting å seie om det å bli tvangssonda (Halse et al, 2005; Neiderman et al, 2000). Ein stor del av problematikken knytt til diagnosen anoreksi at ein har ei kroppsbileteforstyrning som medfører at tankar om eigen kropp, vekt og matinntak er irrasjonelle (Rø, 2020, s.62-64). Sjukepleiar kan ha så omsorgsfulle intensjonar som mogleg utan at det opplevast som omsorg. Ei tvangssonding kan opplevast som eit svært direkte angrep på anoreksien til pasienten. Ein kan argumentere for at om ein har god nok forståing av det moralske aspektet blir det ei omsorgsfull oppleving for den enkelte ungdom. På ei anna side kan ein argumentere for at om ein verkeleg forstår pasienten godt nok handlar ein slik dei vil, altså du unnlèt å sonde. Men tilpassar du då til ungdommen, eller anoreksien? Pasienten trur at å ikkje ete noko som helst er løysinga på problemet sitt. Du som sjukepleiar forstår at det ikkje stemmer, grunna din faglege kunnskap. Vi som sjukepleiarar kan ikkje velte oss i medkjensle for pasientar heller. Anoreksien er blitt ein uhenksommeistringsstrategi, som handlar om meir enn berre maten. Å tillate ein ungdom å svelte seg sjølv ihel kan i alle fall ikkje kallast omsorg. Om tvangssonding er den einaste måten å få ein undervektig pasient til å ta til seg næring, vil vel det og vere det mest omsorgsfulle ein kan gjere. Derfor vel du å tvangssonde, fordi du «forstår pasienten betre enn dei forstår seg sjølv».

Fleirtalet av pasientane klara likevel å seie, i etterkant av behandlinga, at dei såg på tvangssonding som nødvendig, og at dei ikkje hadde vore i live utan denne form for behandling (Halse et al, 2005; Neiderman et al, 2001). Grunngevinga ein ungdom hadde for å motsette seg sondinga var at ho :«trying to prove that I could not be saved and that no one would love me enough to save me anyway” (Neiderman et al. 2001, s.444). Om dei fleste ungdommane ser nytta, kan det støtte argumentet at handlinga er omsorgsfull, sjølv om den ikkje alltid opplevast som det der og då. Handlinga i seg sjølv blir omsorgsfull fordi ein midlertidig tek over ansvaret for det pasienten ikkje har ressursar til å klare sjølv, nemleg å ta til seg næring. Å redde liv er vel noko av det mest omsorgsfulle ein kan gjere. Vi er her langt forbi svak paternalisme, og over i å fullstendig ta over ansvaret for matinntaket for pasienten. Pasienten er avhengig av at sjukepleiaren bryr seg nok til å hjelpe, sjølv om dei ikkje ser på det som hjelp før dei har blitt friskare.

Krasjar sjølve omgrepet tvang med omsorg? Reint intuitivt tenkjer eg at det kan virke sånn. At omsorg er eit «mjukt» omgrep som handlar om å handle på ein god måte etter pasienten sine ønske og interesser, medan tvang er eit «hardt» ord, som gjev negative assosiasjonar og

kjensle av makteslause og motstand. Delar av definisjonen av tvang handlar om at det er eit maktmiddel og at den man utøver tvang mot er ufri (Språkrådet og Universitetet i Bergen). Men må man vere fri for å få omsorg? Ligg ikkje nettopp delar av grunnlaget for omsorg at menneska er avhengige av kvarandre, og at eine parten har mindre makt enn den andre. Vi vektlegg som samfunn gjerne fridom som ein viktig verdi, men når det kjem til dei sjukaste kan det vel ikkje alltid vere eit mål at ein skal vere fri? Eit samfunn som prioritetar psykisk sjuke ungdommar sin fridom over helsa deira er truleg ikkje noko vi ynskjer oss. Sjukepleiaren har mest makt i ein pasientrelasjon, og derav og moglegheita til å bruke dette maktmiddelet. Dette gjeld og makta til å gje omsorg, og å gje god pleie. På grunnlag av desse definisjonane av orda meiner eg at dei kan gå saman.

### **5.5 Å sjå lenger enn sjølve sondinga**

For nokre var tvangssonding eit vendepunkt, som fekk dei til å sjå at dei faktisk var sjuke og at dei måtte gjere noko (Neiderman et al., 2001). Kva er det som gjer det til eit vendepunkt for nokon, medan det for andre kan auke motstanden mot behandlinga? Tvangssonding er eit såpass drastisk tiltak av natur, då det involverer å ha menneske liggande oppå seg medan du får ein slange lagt ned i magesekken din for å pumpe inn næring. Dette kan nok for nokon opplevast som såpass inngripande at det blir ein «wake up call» om at dei faktisk er sjuke. Det er klart at det er vanskeleg å ville bli betre om du på ekte meiner du ikkje er sjuk. Eller kanskje det at ein forstår at å ta til seg næring ikkje er eit val, du vil måtte ta den til deg uansett, får pasienten til å nå eit vendepunkt i behandlinga si. Denne pasientgruppa er og såpass unge, og kanskje i starten av sin sjukdom, og har ikkje blitt tvangssonda over fleire år. Det er kanskje meir sannsynleg at nokre av dine første tvangssondingar blir eit vendepunkt, enn at sonding nr.175 blir det. Dette kan eg dessverre berre spekulere i, då eg ikkje har konkret forskning som fortel noko om faktorane som gjer det til eit vendepunkt for nokre, men ikkje for andre. Derfor avsluttar eg denne diskusjonen her.

Blikshavn et al. (2020) såg at av 38 pasientar står seks av dei for 96% av alle fasthaldingane i avdelinga, med fem eller fleire tvangssondingar. Dei fire med flest sondingar stod igjen for 91% av alle fasthaldingar. Alle dei seks som blei utsett for mest tvangssonding hadde framleis ei spiseforstyrning ved oppfølging fem år seinare (Blikshavn et al. 2020). Dei nasjonale tala for ungdommar med anoreksi som blir henviste til spesialisthelsetenesta vis at i snitt blir 80% friske etter fem år (Rø, 2020, s.321). Forskinga til Blikshavn et al. (2020) er basert på eit lågt tal pasientar, så det treng ikkje vere gjeldande for alle, men er likevel interessant å reflektere over. Kva er moglege årsaker til denne differansen? Tvangssonding kan i nokre tilfelle vere å ta for mykje over for pasienten, slik at dei ikkje klarar å mobilisere eigne ressursar til å ete.

For nokre vil dette kunne bli ei ansvarsfråskrivning, ei utsetting av problemet, eller utvide terskelen for å ta til seg næring frivillig. Om sondinga opplevast traumatisk kan kanskje pasienten bli handlingslamma, eller lidinga kan forverrast. Det kan vere at pasientane som blir mest tvangssonda er dei mest komplekse tilfella, der vi ikkje finn noko anna løysing og behandlinga i sin heilheit rett og slett ikkje er god nok for desse. Det er og tross alt forskjell på gruppa som blir henviste til behandling, og dei som blir innlagte og sjølv under innlegging er så sjuke at dei må tvangssondast. Årsaka kan vere både tvangssondinga og pasientgruppa, men det er truleg ei god blanding av fleire faktorar. Dette kunne ein truleg skrive ei eige oppgåve om og drøfta fram og tilbake, så eg vel å avslutte det her.

Kva er målet vårt med tvangssonding? Pasientar som får sondenæring får betre vektoppgang og noko reduksjon i spiseforstyrra åtferd og angst (Kells og Kelly- Weeder, 2016). Likevel er ikkje forståinga av heilheita eller lengde på betring god nok. Det er store diskusjonar om kva det vil seie å vere frisk frå ei spiseforstyrning. Det kan bety normalvektig, fråvær av spiseforstyrra åtferd eller å kunne leve eit normalt liv (Rø, 2020, s.318). Er målet med tvangssondinga at pasienten skal bli frisk? Om ein vel å definere frisk som fråvær av spiseforstyrra åtferd er jo det eit godt teikn at sonding førar til reduksjon av slik åtferd. Visst normalvektig er definisjonen på frisk hjelp det jo og at sonding førar til betre vektoppgang. Vekta er viktig, men vegen er og ein del av målet. Det er ikkje sikkert vi kan forvente at alle skal bli heilt friske heller. Eg trur vi, når det kjem til denne pasientgruppa, må huske på at sjølv liten betring er betring. Sjølv ingen betring er betre enn forverring. Vi veit kanskje for lite om det psykiske utfallet, som nettopp er delar av årsaka til at eg vil argumentere for bruken av omsorg i gjennomføringa av sondinga. Kanskje pasienten aldri kjem til å bli heilt frisk, men det er framleis ein alvorleg sjuk ungdom med behov for omsorg. Pasienten er meir enn ei diagnose. Det kan hende pasienten er ueinig om at vektoppgang må til, men dei kan vere einige i at dei vil skrivast ut av sjukehus og ha det betre psykisk, med mindre angst og forbedra familieforhold. Sjølv om vi tenkar ein del på vekta, er det truleg lettare for pasienten å høyre mest om reduksjon av angst og mål om psykisk betring. Som sjukepleiar må vi då saman med ungdommen prøve å få sondinga til å vere eit steg mot heilskapleg betring.

## 6.0 AVSLUTNING

Hensikta med denne oppgåva var å utforske fenomenet tvangssonding, og sjå på korleis det kan bli gjort betre ved hjelp av omsorgas treeining frå Kari Martinsen sin omsorgsteori.

Tvangssonding er eit tema som dessverre er underrepresentert i forskinga, som gjer at noko av drøftinga er refleksjonar ein gjerne skulle fått utforska vidare og grunngeve sterkare gjennom meir forskning. Likevel tenker eg at denne mangelen på forskning er ein grunn til at denne oppgåva er viktig, for å belyse kva vi veit, men og forsøke å utforske nokre tankar vi gjerne skulle undersøkt og forska vidare på. Vi tvangssondar for å redde liv, men og for at det livet skal vere av kvalitet vidare. Det er derfor mi meining, etter å ha diskutert funna opp mot teorien, at tvangssonding kan og må bli gjort med omsorg. Tilstrekkeleg øving på heile prosedyra er viktig. Sjukepleiar må og ha gode samtalar med pasienten som gjev tilstrekkeleg informasjon og moglegheit til å tileigne seg ei moralsk forståing av pasientopplevinga. Dette gjev så sjukepleiar moglegheit til å kome med konkrete tiltak for å tilpasse sondesituasjonen. Tvangssonding kan i seg sjølv kallast omsorg, då det handlar om å ta over ansvar for noko pasienten ikkje har ressursar til å klare sjølv. Betring av praksisen krevjar ein sjukepleiar som har omsorga si treeining tungt forankra i alle delar av eigen praksis samt god evne til kliniske skjønnsvurderingar i kvar enkelt pasientsituasjon.

Jeg oppdaget under mitt opphold på Ahus at jeg klarte å bli sondet av kun to personer uten fysisk kamp når det var personale rundt meg som jeg var trygg på. De som snakket til meg på en måte som ga meg ro og tillit. Som så meg.

(Marloes Mijl sitert av Fallsen, 2016)

## LITTERATURLISTE

Aasen, H. (2020). Traumeerfaringer og spiseforstyrrelser. I Rø, Ø., Hage, T.W. og Torsteinsson, T.W (red.). (2020). *Spiseforstyrrelser: forståelse og behandling*. Fagbokforlaget.

Alvsvåg, H. (2016) Omsorg – med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I Heggstad, A.K.T. og Knutstad, U. (red.). *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (4.utg).. Cappelen Dam akademisk.

Bang, Lasse. (2020). Konsekvenser av underernæring på hjernen. I Rø, Ø., Hage, T.W. og Torsteinsson, T.W (red.). (2020). *Spiseforstyrrelser: forståelse og behandling*. Fagbokforlaget.

Blikshavn, T., Halvorsen, I og Rø, Ø. (2020). Physical restraint during inpatient treatment of adolescent anorexia nervosa: frequency, clinical correlates, and associations with outcome at five-year follow up. *Journal of Eating Disorders*, 8:20. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00297-1>

Bremnes, R. og Skui, H. (2020). *Tvang i psykisk helsevern: Status etter lovendring i 2017* (Rapport IS-2888). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tvang-i-psykisk-helsevern--status-etter-lovendringene-i-2017/Tvang%20i%20psykisk%20helsevern%20-%20Status%20etter%20lovendringene%20i%202017.pdf> /attachment/inline/85a9149b-ea29-49aa-8aa7-1ea772f28cc9:4b63d871193b01dad429f6b77d744bf1e1e80a02/Tvang%20i%20psykisk%20helsevern%20-%20Status%20etter%20lovendringene%20i%202017.pdf

Fallsen, W.F. (2016, 11.mars). Marloes Bijl hadde anoreksi i åtte år. Hun overlevde fordi hun ble tvangsbehandlet. *Aftenposten, A-magasinet*. <https://www.aftenposten.no/amagasinet/i/OEEwM/marloes-bijl-20-hadde-anoreksi-i-aatte-aar-hun-overlevde-fordi-hun-bl>

Fuller, S.J., Philpot, U. og Working Group. (2020). The development of consensus-based guidelines for dietetic practice in nasogastric tube feeding under restraint for patients with anorexia nervosa using a modified Delphi process. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, vol 33, 287-294. DOI: [10.1111/jhn.12731](https://doi.org/10.1111/jhn.12731).

Halse, C., Boughtwood, Clarke, S., Honey, A., Kohn, M. og Madden, S. (2005). Illuminating Multiple Perspectives: Meanings of Nasogastric Feeding in Anorexia Nervosa. *European Eating Disorder Review*, vol 13, 264-272. DOI: [10.1002/erv.624](https://doi.org/10.1002/erv.624)

Halvorsen, I.M. og Sandvik, W.E. (2020). Somatiske aspekter ved behandling i psykisk helsevern. I Rø, Ø., Hage, T.W. og Torsteinsson, T.W (red.). (2020). *Spiseforstyrrelser: forståelse og behandling*. Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet. (2017). *Spiseforstyrrelser: Nasjonal faglig retningslinje*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>

Helsedirektoratet. (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer (IS-1870)*.  
[Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer \(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veileder-for-utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer)  
([helsedirektoratet.no](https://www.helsedirektoratet.no))

Helsefagbiblioteket. (2016). Sjekklistene. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>

Høgevold, A. (2008). *Noe i meg er sterkere enn jeg*. Gyldendal.

Kells, M. og Kelly Weeder, S. (2016). Nasogastric Feeding for Individuals With Anorexia Nervosa: An Integrative Review. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol.22 (6), 449-468). DOI: [10.1177/1078390316657872](https://doi.org/10.1177/1078390316657872)

Kodua, M., Mackenzie, J. og Smyth, N. (2020). Nursing assistants` experiences of administering manual restraint for compulsory nasogastric feeding of young persons with anorexia nervosa. *International Journal of Mental Health Nursing*, vol 29, 1181-1191. DOI: [10.1111/inm.12758](https://doi.org/10.1111/inm.12758).

Lindfeldt, R. (2020). Døgnbehandling og miljøterapi ved spiseforstyrrelser i psykisk helsevern: Spesielle utfordringer ved døgninnleggelse. I Rø, Ø., Hage, T.W. og Torsteinsson, T.W (red.). (2020). *Spiseforstyrrelser: forståelse og behandling*. Fagbokforlaget.

Neiderman, M., Farley, A., Richardson, J. og Lask, B. (2001). Nasogastric Feeding in Children and Adolescents with Eating Disorders: Toward Good Practice. *International Journal of Eating Disorders*, vol 29 (4), 441-448. <https://doi.org/10.1002/eat.1040>

Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. (LOV-1999-07-02-62). Henta frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>



Rø, Ø., Hage, T.W. og Torsteinsson, T.W (red.). (2020). *Spiseforstyrrelser: forståelse og behandling*. Fagbokforlaget.

Norsk sykepleierforbund (NSF). (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk* (6.utg). Gyldendal akademisk.

Språkrådet og Universitetet i Bergen [UiB]. (2021). *Tvang*. <https://ordbok.uib.no/TVANG>

Lars Ursin. (2020). *Tvang*. Store medisinske leksikon.

<https://sml.snl.no/tvang#:~:text=Tvang%20er%20i%20helse%2D%20og,h%C3%A5nden%20regnes%20ikke%20som%20tvang.>

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg.). Universitetsforlaget.

Torsteinsson, V.W. (2020). Psykologiske og relasjonelle risikofaktorer. I Rø, Ø., Hage, T.W. og Torsteinsson, T.W (red.). (2020). *Spiseforstyrrelser: forståelse og behandling*.

Fagbokforlaget.

### Vedlegg 1: PICO – skjema

	P	I	C	O
Beskrivelse	Ungdom med anorexia nervosa	Tvangssonding med kortvarig fastholding	-	Pasientopplevelse Pasientperspektiv
Norske søkeord	Ungdommer Anorexia nervosa	Tvangssonding Kortvarig fastholding	-	Pasientperspektiv
Engelske søkeord	Adolescent Eating disorders Anorexia nervosa	Mesh: Enteral nutrition Force feeding (fritekst) Nasogastric feeding (fritekst) Physical restraint Mesh: Restraint, Physical	-	Better practice Patient experience

## Vedlegg 2: Litteraturmatrise

Forfattar/årstal / tittel/land/tidsskrift	Søkemete med avgrensing	Hensikt	Metode	Resultat/funn	Relevans/kritikk
<p>Forfattar: Neiderman, M. et al.</p> <p>Årstall: 2001</p> <p>Tittel: Nasogastric Feeding in Children and Adolescents with Eating Disorders: Towards Good Practice</p> <p>Land: United Kingdom</p> <p>Tidsskrift: International Journal of Eating Disorders</p>	<p>Database: Cinahl</p> <p>Søkeord: «eating disorder» or «anorexia nervosa» and «nasogastric feeding» (fritekst) or “force feeding” (fritekst) or “restraint, physical”</p> <p>Avgrensing: “peer reviewed”, 2000-2021, “research article”.</p> <p>Språk: engelsk</p> <p>Treff: 10</p>	<p>Få innsikt i subjektiv erfaring av nasogastrisk sonding frå perspektivet til pasientar med spiseforstyrningar og foreldra deira</p>	<p>Semistrukturert sjølvrapporterande spørreskjema. Kvalitativ</p>	<p>Forskjellege syn blei uttrykt. Nokre sa heile opplevinga var negativ, men anerkjente manglande gode alternativ. Nokre hadde ei meir positiv oppleving og fann fleire hjelpefulle punkt.</p>	<p>Gjev innsyn i både pasientar og foreldra sin erfaring</p>
<p>Forfattar: Halse, C. et al.</p> <p>Årstall: 2005</p> <p>Tittel: Illuminating Multiple Perspectives: Meanings of Nasogastric Feeding in Anorexia Nervosa</p> <p>Land: Australia</p>	<p>Database: Cinahl</p> <p>Søkeord: «eating disorder» or «anorexia nervosa» and «nasogastric feeding» (fritekst) or “force feeding” (fritekst) or «restraint, physical”</p>	<p>Undersøke dei forskjellige meiningane unge, kvinnelige pasientar med anorexia nervosa legg i nasogastrisk sonding</p>	<p>In- depth interview. Kvalitativ</p>	<p>Fire hovumeiningar blei funne: ein ubehagelig fysisk erfaring, ein nødvendig eller hjelpefull intervensjon, fysisk/psykisk «bevis» på anoreksi og eit fokus i ein brei kamp for kontroll. Fleire hadde fleire, og noko motstridande meiningar knytt til det.</p>	

<p>Tidsskrift: European Eating Disorders Review</p>	<p>Avgrensing: “peer reviewed”, 2000 - 2021, “research article”.</p> <p>Språk: engelsk</p> <p>Treff: 10</p>				
<p>Forfattar: Kodua, M. et al.</p> <p>Årstall: 2020</p> <p>Tittel: Nursing assistants` experiences of administering manual restraint for compulsory nasogastric feeding of young persons with anorexia nervosa</p> <p>Land: United Kingdom</p> <p>Tidsskrift: International Journal of Mental Health Nursing</p>	<p>Database: Cinahl</p> <p>Søkeord: «eating disorder» or «anorexia nervosa» and «nasogastric feeding” (fritekst) or “force feeding” (fritekst) or “restraint, physical”</p> <p>Avgrensing: “peer reviewed”, 2000-2020, “research article”.</p> <p>Språk: engelsk</p> <p>Treff: 10</p>	<p>Utforske «nursing assistants» sine erfaringar med å administrere kortvarig fasthalding for tvungen nasogastrisk sonding av ungdommar med anorexia nervosa.</p>	<p>Fenomenologisk studie med semi-strukturert intervju og tematisk analyse. Kvalitativ</p>	<p>Dei fann tre tema: ei ubehagelig oppleving, viktighet av «coping» og å bli desensitivisert og sensitivert. Dei erfarte emosjonelle plagar, fysisk utmating, fysisk skade og fysisk aggresjon som eit resultat av gjennomføring av tvungen fasthalding. Dei kom seg gjennom det ved å snakke med kollegaar, pasientar som var kome lenger i tilfriskingsprosessen og å «detatche» under sjølve holdinga.</p>	<p>Er frå pleieassistentar og miljøterapeutar sitt synspunkt. Likevel gjev det innsikt i korleis det kan bli opplevd av pasientar og at dette er krevjande for både dei som gjennomfører og dei som blir utsett for det.</p>
<p>Forfattar: Fuller, S.J. et al.</p> <p>Årstall: 2020</p> <p>Tittel: The development of consensus-based guidelines for</p>	<p>Database: Cinahl</p> <p>Søkeord: «eating disorder» or «anorexia nervosa» and «nasogastric feeding” (fritekst) or</p>	<p>Å bruke Delphi prosessen til å utvikle retningslinjer for nasogastrisk sonding med kortvarig fasthalding.</p>	<p>Modifisert Delphi metode.</p>	<p>Resultat: Nye retningslinje kom fram med fokus på: å tilby mat eller næringsdrikke, mat skal gis i bolus, vatn kan bli lagt til, vurdering av risiko for reernæringsyndrom,</p>	<p>Omhandlar både vaksne og ungdommar. Likevel svært aktuell då den har undersøkt nøye for å lage retningslinjer for best mogleg gjennomføring</p>

<p>dietetic practice in nasogastric tube feeding under restraint for patients with anorexia nervosa using a modified Delphi process</p> <p>Land: United Kingdom</p> <p>Tidsskrift: Journal of Human Nutrition and Dietetics</p>	<p>“force feeding” (fritekst) or “restraint, physical”</p> <p>Avgrensing: “peer reviewed”, 2000-2021, “research article”.</p> <p>Språk: engelsk</p> <p>Treff: 10</p>			<p>vurdere toleransa til pasienten + +.</p>	<p>av tvangssonding.</p>
<p>Forfattar: Blikshavn et al.</p> <p>Årstall: 2020</p> <p>Tittel: Physical restraint during inpatient treatment of adolescent anorexia nervosa: frequency, clinical correlates, and associations with outcome at five-year follow-up</p> <p>Land: Norge</p> <p>Tidsskrift: Journal of Eating Disorders</p>	<p>Database: OUS research</p> <p>Søkeord:</p> <p>Avgrensing: publikasjoner frå RASP</p> <p>Språk: engelsk</p> <p>Treff: 138</p>	<p>Å beskrive frekvens av kortvarig fasthalding i eit spesialisert program for ungdommar med anoreksi, og å undersøke om måltidsrelatert fasthalding var relatert til utfall etter 5 år.</p>	<p>Innsamling av pasientdata, inkluder haldeepisodar frå sjukehusets dokumenteringssystem og vurdering av resultat ved 5-års oppfølging. Kvantitativ.</p>	<p>Kortvarig fasthalding skjer relativt sjeldan, men eit lite tal pasientar står for ein stor del av tilfella. Fire pasientar stod for 91% av episodane. Måltidsrelatert fasthalding var knutt til lengre diagnose med spiseforstyring, men ikkje vekttoppgang, EDE-Q global score eller BMI ved oppfølging.</p>	<p>Gjev tal på kor ofte det skjer i ei spesifikk spiseforsyrrelse-avdeling. Sett det og opp mot utfall fem år seinare. Dessverre berre 38 pasientar. Hadde vore interessant å gjere same studie på alle avdelingar som gjennomfører tvang for å kunne samanlikne og få eit bilete over heile Noreg.</p>
<p>Forfattar: Kells, M og Kelly-Weeder, S.</p>	<p>Database: Epistemonikos</p>	<p>Identifisere og evaluere utfall av sondeernæring hos pasientar med</p>	<p>Systematisk litteraturgjennomgang med PRISMA.</p>	<p>Alle studiene indikerar kortvarig vekttoppgang. Fire studie vurderte</p>	<p>Har sett gjennom litteraturen som finnes på</p>

<p>Årstall: 2016</p> <p>Tittel: Nasogastric Feeding for Individuals With Anorexia Nervosa: An Integrative Review</p> <p>Land: USA</p> <p>Tidsskrift: Journal of the American Psychiatric Nurses Assosiation</p>	<p>Søkeord: «eating disorder» or «anorexia nervosa» and «nasogastric feeding» (fritekst) or “force feeding” (fritekst) or “restraint, physical”</p> <p>Avgrensing: systematiske oversikter</p> <p>Språk: Engelsk</p> <p>Treff: 11</p>	<p>anorexia nervosa og å utvikle anbefalingar for framtidig forskning, regelverk og praksis.</p>	<p>Innsamling og gjennomgang av 19 studie.</p>	<p>samarbeid, og fann at 30% manipulerte tuben. Sju studie vurderte psykiatrisk utfall, og fann ut at det reduserte spiseforstyrre adferd, men ikkje heile symptobiletet.</p>	<p>sonding, og sett på fysisk og psykisk utfall. Manglar inkluderar at den ikkje ser på tvangssonding, og som den sjølv seier, baserar seg på for få tekstar, og at det er for lite forskning på området.</p>
---	---	--	--	---	---