

Bacheloroppgave

Ung og sårbar – om relasjonsbygging til ungdom med anoreksi

«På hvilke måter er det utfordrende for sykepleieren å bygge relasjon til ungdom med anorexia nervosa i institusjon, og hvordan kan man som sykepleier møte disse utfordringene?»

Kandidatnummer: 1279 & 1354
Emnekode: SYBA3900
Emnenavn: Bacheloroppgave
Studieprogram: Bachelorstudium i sykepleie
Antall ord: 10 720
Innleveringsfrist: 29.05.20

*Når spiseforstyrrelsen
drar meg i en retning
og du i en annen
står jeg fast i mitt eget hode
og ser ut
på helvete og trygghet
det skumle er
at jeg ikke lenger vet
hvem av dere som er hva.*

(Kristine Olsen Norstrand / @ordistedenfor)

SAMMENDRAG

Bakgrunn/hensikt.

Personer med diagnosen anorexia nervosa kan være en misforstått pasientgruppe på grunn av det komplekse sykdomsbildet og det store kontrollbehovet. Over 50 % av pasienter med anorexia nervosa blir sittende igjen med symptomer etter endt behandling. Bakgrunn for oppgaven er å belyse hvorfor det er viktig med en god relasjon mellom sykepleier og pasient for et bedre utgangspunkt for tilfriskning. Hensikten er å få økt kunnskap, innsikt og erfaring innenfor utfordringer i relasjonsbyggingen, samt hvordan man kan møte disse.

Problemstilling.

«På hvilke måter er det utfordrende for sykepleieren å bygge relasjon til ungdom med anorexia nervosa i institusjon, og hvordan kan man som sykepleier møte disse utfordringene?»

Metode.

Bacheloroppgaven er en litteraturstudie basert på allerede eksisterende kvalitative studier som omhandler utfordringer i relasjonsbygging med ungdom med anorexia nervosa. Disse er knyttet opp mot og understøttet av annen litteratur om temaet.

Resultater.

Studiene rapporterte utfordringer i relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient knyttet til tillit og terapeutisk tilknytning, sykepleierens kontrollfunksjon og kunnskapsmangel. Et hovedfunn var at spiseforstyrrelsens egosentriske natur har en negativ innvirkning på sykepleierens evne til å bygge en relasjon til pasienten. I behandlingen er vanlige reaksjoner hos pasientene mistillit, avvisning og motstand mot sykepleierne og deres intervensjoner.

Oppsummering.

Utfordringer knyttet til relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient kan være mange, og det er vanskelig å komme frem til et konkret fasitsvar for hvordan man kan møte disse best mulig. Gjennom funnene fremkommer det at noen intervensjoner, tilnærminger og holdninger kan være mer gunstig enn andre for å oppnå en bærekraftig relasjon med pasienten som er av terapeutisk hensikt. Å skille spiseforstyrrelsen fra pasienten som en unik person kan være en god grunnholdning hos sykepleiere som skal jobbe med denne pasientgruppen.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Hensikt med oppgaven.....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	2
1.2.1 Avgrensning av problemstilling.....	2
1.2.2 Begrepsavklaring.....	2
1.3 Oppgavens oppbygning.....	3
2.0 TEORETISK AVKLARING	5
2.1 Spiseforstyrrelser.....	5
2.1.1 Anorexia nervosa.....	5
2.2 Behandling.....	7
2.2.1 Sykepleierens kontrollfunksjon.....	8
2.2.2 Lovverk.....	8
2.3 Terapeutisk allianse.....	9
2.3.1 Tillit og terapeutisk tilknytning.....	10
2.4 Sykepleieteori.....	11
3.0 METODE.....	12
3.1 Valg av metode.....	12
3.1.1 Metodekritikk.....	12
3.2 Søkeprosess.....	12
3.2.1 Kildekritikk.....	14
4.0 PRESENTASJON AV FUNN	16
4.1 Tillit og terapeutisk tilknytning.....	16
4.2 Makt og autoritet.....	17
4.3 Mangel på kunnskap.....	18
5.0 DRØFTING AV PROBLEMSTILLING.....	20
5.1 Relasjonsbygging i terapeutisk hensikt.....	20

5.2 Sykepleiernes tilnærming til rammer og regler.....	23
5.3 Kunnskapsmangel blant sykepleierne.	27
6.0 AVSLUTNING.....	29

1.0 INNLEDNING

Over hundre tusen mennesker i Norge i dag har problemer i forhold til kropp, vekt og mat – og en andel av disse utvikler videre alvorlige psykiske lidelser som diagnostiseres som spiseforstyrrelser (Håkonsen, 2018, s. 321). Anorexia nervosa er en av de mest vanlige formene for spiseforstyrrelser, og lidelsen rammer både kvinner og menn. Flertallet er kvinner i ungdoms- og tidlig voksenalder, fordi det er i denne alderen man typisk tilstreber å etablere sin identitet og personlige livsfilosofi (Håkonsen, 2018, s. 324-325). Halvparten av personer med spiseforstyrrelser debuterer før de har fylt 18 år (Skårderud, 2015, s. 69). Det kan være vanskelig å anslå forekomsten av anorexia nervosa nøyaktig, fordi undersøkelser av forekomst bruker ulike kriterier og er derfor vanskelig å sammenligne. I tillegg er det store mørketall. I Statens helsetilsyn sin utredning fra 2000 anslås en forekomst på mellom 0,2 % og 0,4 % hos kvinner i aldersgruppen 15-25 år (Snoek & Engedal, 2018, s. 141). Det finnes lite tall på forekomsten hos menn (Hummelvoll, 2012, s. 312).

Behandling av anorexia nervosa er vanskelig, langvarig og kompleks – og veksling mellom fremgang og tilbakefall er vanlig (Snoek & Engedal, 2018, s. 143). Noen kan være alvorlig syke og stå i fare for å dø av spiseforstyrrelsens komplikasjoner, mens andre kan fungere relativt normalt i hverdagen uten at det synes på utsiden at de har en spiseforstyrrelse (Håkonsen, 2018, s. 322). Det som er spesielt med anorexia nervosa er at diagnosen på grunn av sin dødelighet får mye oppmerksomhet både i helsetjenesten og i media. Sammenlignet med andre psykiske lidelser er anorexia nervosa den med høyest dødelighet med et gjennomsnitt på mellom 1,8 % til 5,9 % (Snoek & Engedal, 2018, s. 143). For tenåringsjenter i Europa er sykdommen faktisk den tredje største dødsårsaken etter ulykker og kreft (Skårderud, 2015, s. 73).

1.1 Hensikt med oppgaven.

Hensikten med bacheloroppgaven er å tilegne oss kunnskap, innsikt og erfaring innenfor spiseforstyrrelser, derav diagnosen anorexia nervosa. På bakgrunn av dette og av personlig interesse synes vi at det er et viktig og interessant tema å belyse. Vi tenker at personer med anorexia nervosa i mange tilfeller kan være en misforstått pasientgruppe på grunn av diagnosens komplekse sykdomsbilde. Vår oppfatning er at mange – helsepersonell inkludert – kan ha lite kunnskap og forståelse av sykdommen, også når det gjelder behandlingen av den. Mange pasienter med anorexia nervosa blir sittende igjen med symptomer etter avsluttet

behandling (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke., 2018, s. 412). Vi tenker at mange kan ha en bestemt oppfatning om at sykdommen i hovedsak handler om mat og kropp, og at det er «bare å spise» for å bli frisk. Våre personlige erfaringer er at sykdommen handler om så mye mer enn det. I det store og det hele tror vi at det største og underliggende problemet omhandler følelser og et stort kontrollbehov. Med denne oppgaven ønsker vi å belyse utfordringer i relasjonsbyggingen mellom sykepleier og pasient i behandlingen. I tillegg vil vi forsøke å få frem hva sykdommen egentlig innebærer for personen som lider av den, og hvorfor det er viktig med en god relasjon for et bedre utgangspunkt for tilfriskning.

1.2 Presentasjon av problemstilling.

Ut ifra oppgavens hensikt har vi formulert en problemstilling som vi ønsker å belyse i denne oppgaven. Problemstillingen er som følger; «***På hvilke måter er det utfordrende for sykepleieren å bygge relasjon til ungdom med anorexia nervosa i institusjon, og hvordan kan man som sykepleier møte disse utfordringene?***»

1.2.1 Avgrensning av problemstilling.

Som nevnt innledningsvis er behandling av anorexia nervosa sammensatt og kompleks (Snoek & Engedal, 2018, s. 143). For å avgrense til ett moment i behandlingen har vi valgt å se nærmere på utfordringer knyttet til relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient. Bakgrunnen for at vi har valgt å avgrense problemstillingen til diagnosen anorexia nervosa, er fordi det er den mest vanlige formen for spiseforstyrrelser. Det er også denne formen vi har personlig erfaring med og størst interesse for. Videre har vi valgt å avgrense pasientgruppen til ungdom fordi sykdommen som nevnt er mest vanlig hos personer i ungdoms- og tidlig voksenalder (Håkonsen, 2018, s. 324-235). I tillegg synes vi ungdom er en interessant pasientgruppe på grunn av deres særegne tenkemåte og underutviklede følelsesliv. Vi har også valgt å avgrense til institusjonsbehandling i spesialisthelsetjenesten fordi det er her man som sykepleier har størst involvering i behandlingen og møter de sykeste pasientene.

1.2.2 Begrepsavklaring.

Anorexia nervosa: Anorexia nervosa er en form for spiseforstyrrelse og kan oversettes til «nervøs spisevegring» på norsk (Håkonsen, 2018, s. 325). Det kan også bety nektende og/eller manglende matlyst eller appetittløshet (Hummelvoll, 2012, s. 307). Tilstanden innebærer et tilsiktet vekttap som pasienten selv forårsaker og holder ved like (Håkonsen,

2014, s. 325). Skårderud (2015) definerer anorexia nervosa som «motstand mot å opprettholde normal vekt i forhold til alder og høyde som resulterer i 15 % vekttap under forventet normalvekt» (Skårderud, 2015, s. 14).

Ungdom: I oppgaven vil vi bruke Håkonsens (2014) definisjon på ungdom som han definerer som alderen fra puberteten til tjuårsalderen (Håkonsen, 2014, s. 59).

Relasjon: En relasjon defineres som forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker (Eide & Eide, 2017, s. 17). I oppgaven bruker vi begrepet relasjon om forholdet mellom sykepleieren og pasienten.

Institusjon: Med institusjon mener vi i oppgaven døgnbehandling i psykiatrisk sykehus innenfor spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017, kap. 1.6). Spesialisthelsetjenesten omfatter de regionale helseforetakene (Regjeringen.no, 2014). Behandling av anorexia nervosa i institusjon har et spesialisert tilbud med tilstrekkelig kompetanse på utredning og behandling. Kompetansen er en kombinasjon av teoretisk kunnskap og klinisk erfaring. Ved døgnbehandling er miljøterapien sentral, og behandlingen består av en kombinasjon av ulike tiltak med fokus på pasientens ressurser og ulike sider ved spiseforstyrrelsen (Helsedirektoratet, 2017, kap. 1.6).

Sykepleie: I oppgaven velger vi å anvende sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee sin definisjon på sykepleie. Hennes syn er at sykepleie omhandler en mellommenneskelig prosess der sykepleieren gir pasienten hjelp til å forebygge, mestre eller finne mening ved sykdom og lidelse. Hun legger vekt på pasientens opplevelse av å være syk. Hun mener også at sykepleierens rolle er å bruke seg selv terapeutisk i samhandling med pasienten, etablere et likeverdig menneske-til-menneske-forhold, gi mennesket hjelp til å akseptere sin sårbarhet, og å bevare håp (Kristoffersen, 2016, s. 26).

1.3 Oppgavens oppbygning.

Vi har valgt å starte oppgaven med en teoretisk avklaring hvor vi presenterer og redegjør for relevant teori som skal bidra til å svare på problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 105). I denne delen beskriver vi hva en spiseforstyrrelse er og hva som er spesielle kjennetegn for diagnosen anorexia nervosa, samt hva som er vanlig behandling i spesialisthelsetjenesten.

Hva som kjennetegner ungdom med diagnosen går som en rød tråd i teoridelen. Videre beskriver vi begreper som terapeutisk allianse, tillit og terapeutisk tilknytning, da dette er relevante teoretiske prinsipper som kan bidra til å besvare problemstillingen. Den sykepleieteoretikeren vi har anvendt i oppgaven er Joyce Travelbee, som i sin sykepleietenkning retter oppmerksomhet mot relasjonelle aspekter i sykepleie (Kristoffersen, 2016, s. 28). Hennes teori knyttet opp mot vår oppgave har vi beskrevet til sist i teoridelen.

I metodekapittelet beskriver vi hvordan litteraturstudien vår er gjennomført, med beskrivelse av prosessen for hvordan vi har søkt etter relevante forskningsartikler. I denne delen har vi også utarbeidet metode- og kildekritikk. Videre kommer resultatkapitlet. Her har vi lagt frem en tematisk presentasjon av resultater og funn fra de forskningsartiklene vi anvender i drøftingsdelen, uten at vi har foretatt vurderinger og tolkninger (Thidemann, 2019, s. 106-109). Hoveddelen av oppgaven er drøfting av problemstillingen. Her forsøker vi å diskutere funn og resultater fra forskningsartiklene med hvordan de forholder seg til teorien som er inkludert i oppgaven (Thidemann, 2019, s. 109). Til slutt runder vi av oppgaven med å oppsummere resultater og samle trådene til en avslutning hvor vi forsøker å konkludere problemstillingen.

2.0 TEORETISK AVKLARING

2.1 Spiseforstyrrelser.

Spiseforstyrrelser kan defineres som «når tanker og atferd i forhold til mat og vekt begynner å begrense livsutfoldelsen og forringe livskvaliteten» (Skårderud, 2015, s. 11). Det innebærer tap av selvkontroll der mat og kropp blir en besettelse (Håkonsen, 2018, s. 324). Tanker og følelser rundt kropp, vekt og utseende tar styringen over livet og daglig fungering til den som er rammet (Skårderud, 2015, s. 11). Fellestrekk for alle typer spiseforstyrrelser er lav selvfølelse, perfektjonistiske trekk, følelsesintoleranse og mellommenneskelige/relasjonelle vansker (Skårderud et al., 2018, s. 405). Mange kan ha vansker med å åpne seg og motsetter seg nær kontakt med andre mennesker (Hummelvoll, 2012, s. 310).

Den med spiseforstyrrelser kjennetegnes av manglende evne til å sette ord på, uttrykke, kjenne på og holde ut indre følelser (Håkonsen, 2018, s. 324). Kroppen blir på den måten noe man kan mestre når livet føles komplekst og vanskelig (Hummelvoll, 2012, s. 309). I spiseforstyrrelsens verden fungerer altså kroppen metaforisk ved at følelser blir erfart via det kroppslige (Skårderud et al., 2018, s. 398). Når man ikke lengre klarer å bruke språket til å forstå seg selv og sine følelser, blir kroppens språk en utvei (Håkonsen, 2018, s. 323). Det følelsesmessige ubehaget symboliseres for eksempel ved å kaste opp for å lindre/kvitte seg med vanskelige følelser, eller slanke seg fordi man føler seg tung av bekymringer (Håkonsen, 2018, s. 323). Denne tankegangen viser til brist på symbolisering av følelser (Skårderud et al., 2018, s. 399), som i stedet blir somatisert gjennom tall, kilo, kalorier og kroppsmasseindeks (KMI) (Skårderud, Sommerfeldt & Fonagy, 2012, s. 7). Å ta kontroll over maten og kroppen blir løsningen for å erfare indre kontroll (Skårderud, 2015, s. 22).

2.1.1 Anorexia nervosa.

Spesielt for anorexia nervosa (AN) er at man begrenser hva og hvor mye man spiser. Videre er kjennetegn for diagnosen vanligvis avmagring, intens frykt for fedme eller for å legge på seg selv ved undervekt, forstyrret opplevelse av kroppens størrelse og form, og endret atferd i forbindelse med mat og måltider. Ofte er dette kombinert med økt fysisk aktivitet eller overdreven trening. Av og til ses også bruk av selvfremkalte brekninger, bruk av avføringsmidler, appetittdependerende midler og/eller vanddrivende midler (Håkonsen, 2018, s. 325). For å kunne stille diagnosen AN kreves det som nevnt et bevisst vekttap på mer enn 15 % som fremkalles og vedlikeholdes av individet, eller KMI på 17,5 eller lavere (Skårderud,

2015, s. 296). Diagnosen er også forbundet med sekundære endokrine og metabolske forandringer og forstyrrelser av kroppsfunksjoner (Direktoratet for e-helse, 2020). Det kan eksempelvis være manglende/uregelmessig menstruasjon, dårlig blodsirkulasjon, søvnløshet, håravfall, beinskjørhet (osteoporose), mangelsykdommer og forstoppelse (Skårderud, 2015, s. 67). Lidelsen har store og negative konsekvenser for psykisk helse, livskvalitet, sosial fungering – og for ungdom – muligheten for normal utvikling og læring i ungdomstiden (Helsedirektoratet, 2017, kap. 8).

Årsaksforholdene for spiseforstyrrelser er vanligvis multifaktorielle og sammensatte. Rigide, tvangspregete og perfektjonistiske personlighetstrekk er spesielt disponerende for AN (Skårderud, 2015, s. 74). Sårbarhet, som ikke nødvendigvis trenger å handle om mat, kan i møte med utløsende faktorer resultere i en spiseforstyrrelse. Utløsende faktorer kan være tap, traumer, mobbing, tidlig eller sen pubertet, store prestasjonskrav og lignende (Skårderud, 2015, s. 77-78). Rolleforandringer som når man går fra å være barn til ungdom kan oppleves provoserende og utfordrende, fordi kroppen er i utvikling og kjennes ikke harmonisk. Kroppen blir et ømt punkt (Hummelvoll, 2012, s. 315). Ungdomshjernen prosesserer ofte emosjonelle stimuli som enten-eller, svart-hvitt eller alt-eller-ingenting, og dette er et velkjent affektivt og kognitivt trekk hos unge med spiseforstyrrelser (Skårderud et al., 2012, s. 26). Tenkningen ofte lite fleksibel og konkret (Hummelvoll, 2012, s. 310). Ungdom har også ofte lavere toleranse for stress og frustrasjon, og har vansker for å tåle mindre utfordringer og belastninger (Skårderud et al., 2012, s. 26). En sykdomsperiode kan på den måten fremtre som en løsning på misnøye og lav selvaktelse, når evnen til å mestre og bearbeide følelsesmessige kriser og vansker er for svakt utviklet. Den syke kan oppleve at det å gjøre noe med kroppen kan motvirke en følelse av utilstrekkelighet (Hummelvoll, 2012, s. 315).

Vedlikeholdende faktorer kan være fysiologiske faktorer av underernæring, som videre gir psykiske symptomer som den spiseforstyrrede kan oppleve nytte av. Dette kan for eksempel være opplevelse av kontroll, demping av indre uro og unnvikelse av negative følelser (Skårderud et al., 2018, s. 407). De symptomene som pasienten opplever nytte av, samt ambivalens, kan være en årsak til at behandlingen er preget av vekslning mellom fremgang og tilbakefall (Snoek & Engedal, 2018, s. 143). Ambivalens er blandede og motstridende følelser, og betyr at man både vil og ikke vil samtidig. Det kan for eksempel uttrykkes som «jeg vil gjerne bli frisk, bare jeg slipper å spise eller gå opp i vekt» (Håkonsen, 2018, s. 324).

Miljøets negative påvirkning kan også være med på å vedlikeholde sykdommen (Skårderud, 2015, s. 77-78).

2.2 Behandling.

Behandling av AN er ofte av flere års varighet (Skårderud, 2015, s. 107) og tar utgangspunkt i både psykiske, sosiale og somatiske forhold. Behandlingen avhenger også av alvorlighetsgraden (Snoek & Engedal, 2018, s. 143). For noen vil det være «nok» med oppfølging i primærhelsetjenesten utenfor institusjon, mens andre må overføres til behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette kan enten være poliklinisk dagbehandling eller døgnbehandling i institusjon. Når det gjelder AN av alvorlig grad trenger pasienten som regel døgnbehandling (Hummelvoll, 2012, s. 319). Alvorlig grad defineres som KMI 15,99 og under (Helsedirektoratet, 2017, kap. 1.3). Alle barn og unge der det mistenkes spiseforstyrrelser bør henvises til spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017, kap. 3.6-3.8).

Ved behandling i institusjon blir både somatiske symptomer, psykiske symptomer og komplikasjoner ved spiseforstyrrelsen fulgt opp (Helsedirektoratet, 2017, kap. 3.6-3.8). Symptomarbeidet vil si arbeid med matinntak, vektregulering, kompenserende strategier og andre spiseforstyrrelsessymptomer (Helsedirektoratet, 2017, kap. 15.2-15.3). Behandlingen er rettet mot bedring og endring av pasientens helsetilstand, og tiltakene kan være sosiale og rettet mot å skape et miljø med støtte og læring som innhold (von Krogh, 2018, s. 197). Behandlingstilnærminger som fokuserer på tilknytningsvansker, relasjonsproblematikk, selvfølelsesproblematikk, traumer eller affektregulering kan også være nyttig i behandling av pasienter med spiseforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2017, kap. 15.2-15.3).

Å jobbe med følgende elementer i behandlingen kan gi en helhetlig tilnærming til pasienten:

- Relasjoner, belyse pasientens forhold til andre mennesker og spiseforstyrrelsens rolle i slike samspill.
- Følelser, å knytte grunnleggende følelser som sorg, skam, sinne og savn til spiseatferd.
- Atferdsendring, som normalisering av spiseatferd.
- Kognisjoner, å utfordre dysfunksjonelle tankemønstre som er sentrale for pasienten.

- Pedagogikk, som informasjon om kroppens næringsmessige behov og somatiske konsekvenser av spiseforstyrret atferd. (Skårderud et al., 2018, s. 414).

2.2.1 Sykepleierens kontrollfunksjon.

Kostbehandling er en sentral del av behandlingen til pasienter med AN. Målet med kostbehandling er å redusere undervekt, etablere regelmessige måltider, normalisere spising og stoppe/reducere kompensatorisk atferd (Helsedirektoratet, 2017, kap. 1.6). I forbindelse med dette er det sykepleieren som har kontrollfunksjonen (Hummelvoll, 2012, s. 324). I relasjonen mellom sykepleier og pasient er det nemlig sykepleieren som sitter i maktposisjonen (Eide & Eide, 2017, s. 26), og som utøver autoritet. Å hjelpe andre kan være en måte å utøve kontroll og makt på (Håkonsen, 2014, s. 210). Det som er utfordrende i kostbehandlingen er at pasientene vil være ambivalente til mat og vektoppgang (Hummelvoll, 2012, s. 324-325), nettopp fordi det innebærer tap av kontroll.

Sykepleierens kontrollfunksjon i matsituasjonen kan blant annet være overvåkning av pasienten både under og etter måltidene. Rammer for matsituasjonen er at maten skal være «vanlig», av faste mengder og til faste tider (Hummelvoll, 2012, s. 324). Under måltidene skal sykepleieren være til stede og overvåke pasientens spiseatferd, og sørge for at pasienten spiser måltidet innenfor en tidsramme. Sykepleierens funksjon under måltidet er også å spise sammen med pasientene, og på den måten være støttende og skape trygghet. I etterkant av måltidene følges pasienten opp og overvåkes i ytterligere 1-2 timer. Dersom pasienten må på toalettet i denne perioden må sykepleieren eksempelvis stå utenfor å passe på (Hummelvoll, 2012, s. 325). Sykepleieren skal altså sørge for at pasienten ikke trener eller kaster opp for å kompensere for måltidet (Skårderud, 2015, s. 185). I tillegg veies pasienten 1-2 ganger per uke for å overvåke vektregulering (Hummelvoll, 2012, s. 320). Å veie pasienten er en klar kontroll (Hummelvoll, 2012, s. 325). Det anbefales en vektoppgang på 0,5 til 1,5 kg per uke for innlagte pasienter med AN (Helsedirektoratet, 2017, kap. 12).

2.2.2 Lovverk.

Institusjonsbehandling for AN skal helst være basert på frivillighet jf. Psykisk helsevernloven § 2.1 og Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 (Helsedirektoratet, 2017, kap. 16.1). I svært mange tilfeller er behandlingen frivillig, men i enkelte tilfeller kommer man seg ikke

utenom tvangsparagrafer (Skårderud, 2015, s. 192). Psykisk helsevernloven § 3.2 tas for eksempel i bruk i alvorlige tilfeller hvor pasienter med AN ikke er i stand til å innse sitt behandlingsbehov, men hvor det foreligger et sterkt behov for behandling på grunn av fare for alvorlig helseskade eller død (Psykisk helsevernloven, 1999, § 3.2; Skårderud, 2015, s. 192). Bruk av tvangssonding av pasienter med AN forsvares i Psykisk helsevernloven § 4.4 som sier at det kan gis ernæring til pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse såfremt dette fremstår som et strengt nødvendig behandlingsalternativ (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4.4.). I behandling av AN dreier dette seg om ventrikkelsonder som føres gjennom nesen og ned i magesekken. Et eksempel på dette kan være når pasienten ikke samarbeider om reduksjon av undervekt med vanlig mat (Skårderud, 2015, s. 156).

2.3 Terapeutisk allianse.

Begrepet terapeutisk allianse definerer relasjonen mellom sykepleier og pasient, og baserer seg på at sykepleieren skal hjelpe pasienten (von Krogh, 2018, s. 199). Relasjonsbehandling er en anerkjent og utbredt metode innenfor psykiatrisk sykepleie (von Krogh, 2018, s. 38), og oppleves både profesjonelt og personlig (Skårderud et al., 2018, s. 160). Mennesker som strever med psykiske lidelser er ofte svekket i evnen til å etablere relasjoner (Topor, 2014, s. 99-100). Det å komme seg gjennom en alvorlig psykisk lidelse handler i stor grad om samspill med de man omgir seg med (Borg & Topor, 2014, s. 8), og sentralt i behandlingen av AN er derfor samhandling mellom sykepleier og pasient (Skårderud et al., 2018, s. 160). I rollen som sykepleier skal man derfor skape kontaktsituasjoner med pasientene der gode relasjoner kan utvikle seg (Skårderud et al., 2018, s. 91). Å stå i en relasjon til et annet menneske vil også innebære at man selv påvirkes av den andres situasjon, og det kan ha betydning for hvordan sykepleieren forstår pasientens ubehag (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 90). En god relasjon er både viktig og avgjørende for et godt behandlingsresultat (Skårderud et al., 2018, s. 91).

Kvaliteter ved en terapeutisk allianse kan være trygghet, tillit, kjemi og empati. Det handler om å etablere rom for å snakke om følelser, bli bekreftet og arbeid mot å fremme mestring (Skårderud et al., 2018, s. 203). Etablering av en terapeutisk allianse er noe man må arbeide målrettet mot for å lykkes med å utvikle (von Krogh, 2018, s. 19), og kan være en utfordrende jobb for sykepleieren (Hummelvoll, 2012, s. 321). Videre i oppgaven vil vi bruke

ordet relasjon for terapeutisk allianse med bakgrunn i definisjonen av begrepet som vi har beskrevet ovenfor.

2.3.1 Tillit og terapeutisk tilknytning.

Tillit er en viktig kvalitet i relasjonen mellom sykepleier og pasient i behandling av AN (Hummelvoll, 2014, s. 103), og denne tilliten må sykepleieren bygge opp der det ikke er tillit i utgangspunktet (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 91). Tillit kommer til uttrykk i troen på at andre vil hjelpe oss når det trengs (Kristoffersen, 2016, s. 30). En god relasjon baserer seg på at pasienten kan ha tillit til at sykepleieren er støttende gjennom vanskelige faser av behandlingsforløpet (von Krogh, 2018, s. 199). Om pasienten føler seg trygg nok, våger han eller hun å åpne seg for sykepleieren (Skårderud et al., 2018, s. 161) og vil lettere kunne vise sin sårbarhet (Kristoffersen, 2016, s. 90). Tillit kan også forebygge misforståelser, konflikt og bruk av tvang i behandlingen (Hummelvoll, 2014, s. 103). Å vise tillit innebærer imidlertid at pasienten overleverer noe av sitt liv til sykepleieren (Kristoffersen, 2016, s. 61), og det kan medføre en følelse av tap av kontroll hos pasienten. Når man blir vist tillit til som sykepleier, blir man dermed invitert inn på et område som vil innebære en viss risiko for pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 26).

Relasjonsarbeid fører til at pasienten knytter seg til sykepleieren over tid (von Krogh, 2018, s. 38). Tilknytning handler om behovet for gode relasjoner og kontakt med andre (Eide & Eide, 2017, s. 57). Det kan være gunstig for relasjonen mellom sykepleier og pasient at pasienten knytter seg til sykepleieren til en viss grad. Von Krogh (2018) anvender i sin bok begrepet terapeutisk tilknytning for å beskrive relasjonen mellom sykepleier og pasient, og det defineres som en forbindelse mellom sykepleier og pasient som varer over tid (von Krogh, 2018, s. 199). For personer med en unngående mestringsstil, slik som pasienter med AN, kan behovet for tilknytning være paradoksalt – nettopp fordi å trekke seg tilbake fra kontakt kan være en del av mønsteret til sykdommen. Det vil si at selv om pasienten unngår kontakt, betyr ikke det at behovet for tilknytning ikke er til stede (Eide & Eide, 2017, s. 57). Den sykepleieren pasienten knytter seg til, vil pasienten få et avhengighetsforhold til. Sykepleieren blir på denne måten en betydningsfull person for pasienten. Hensikten med en terapeutisk tilknytning er for sykepleieren å etablere seg som et godt indre objektbilde, som skal fungere som trøst og trygghet når pasienten har det tøft og vanskelig (von Krogh, 2018,

s. 199-200). Sykepleieren møter pasientens behov for tilknytning og behov for å bli sett ved å lytte aktivt, bekrefte og vise forståelse for pasientens tanker (Eide & Eide, 2017, s. 261).

2.4 Sykepleieteori.

Joyce Travelbee er en sentral sykepleieteoretiker innenfor mellommenneskelige aspekter ved sykepleie. Hun legger hovedvekt på sykepleierens ansvar for å etablere en relasjon til pasienten, og det å ha evne til å bruke seg selv terapeutisk i behandling av pasienter (Kristoffersen, 2016, s. 28). Samhandling og kommunikasjon er ifølge henne helt sentralt og nødvendig i god sykepleie (Kristoffersen, 2016, s. 18). Hun mener at å kunne identifisere en pasients særegne behov og bli kjent med pasienten er en forutsetning for å kunne planlegge og gjennomføre sykepleie i samsvar med pasientens behov (Kristoffersen, 2016, s. 34). Hun er også opptatt av at sykepleieren ser det enkelte mennesket som person, og at det må etableres et menneske-til-menneske-forhold (Kristoffersen, 2016, s. 18). For å få til et slikt forhold er det avgjørende at sykepleieren og pasienten overvinnet det stadiet hvor de ser hverandre som sykepleier og pasient, og i stedet kan forholde seg til hverandre som unike personer (Kristoffersen, 2016, s. 32). Travelbee understreker at et menneske-til-menneske-forhold er grunnlaget for en god relasjon mellom sykepleieren og pasienten (Kristoffersen, 2016, s. 32-33).

Videre understreker Travelbee at kommunikasjon er et middel for å bli kjent med, møte og forstå pasientens behov og hjelpe pasienten til mestring av lidelse, ensomhet og sykdom (Eide & Eide, 2017, s. 365). Kommunikasjon er ifølge henne en prosess der man formidler følelsene og tankene sine til hverandre (Kristoffersen, 2016, s. 34). Hun mener at empati er essensielt i relasjonen fordi det gjør at man opplever kontakt og nærhet, og pasienten kan oppleve tillit og tilknytning til sykepleieren. Empati er ifølge Travelbee «evnen til å trenge inn i eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da». Hennes syn på tillit er at sykepleieren kan oppnå dette hos pasienten ved å vise seg som en person å stole på gjennom sine handlinger (Kristoffersen, 2016, s. 33-34).

3.0 METODE

3.1 Valg av metode.

Bacheloroppgaven er en litteraturstudie. Ifølge Magnus & Bakketeig innebærer en litteraturstudie at man systematisk samler inn litteratur og forskning fra skriftlige kilder. Disse gjennomgås kritisk før man sammenfatter det til en sammenhengende tekst som skal besvare en selvvalgt problemstilling (gjengitt etter Thidemann, 2019, s. 77). Man utarbeider en litteraturstudie på bakgrunn av allerede eksisterende kunnskap om det bestemte temaet. Den innsamlede dataen skal med andre ord fortelle noe om det problemet man ønsker å undersøke (Frederiksen, Beedholm & Glasdam, 2015, s. 53). Hensikten med litteraturstudien er å gi en oppdatert og god forståelse av kunnskapen problemstillingen etterspør, og samtidig vise til hvordan man har funnet frem til denne kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 78).

Vi har valgt å samle inn kvalitative forskningsartikler til vår litteraturstudie fordi hensikten med oppgaven i forhold til relasjonsbygging, er å tilegne oss kunnskap om menneskelige egenskaper, motiver og holdninger. En kvalitativ tilnærming handler om å finne meningssammenhenger og kjennetegnes av dybdekunnskap, fordi man får mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter. Ved denne tilnærmingen får man frem flere nyanser rundt temaet man undersøker (Thidemann, 2019, s. 76). Med unntak av en artikkel vi har inkludert i oppgaven som er «mixed-methods», er alle kvalitative studier. I mixed-methods studien ble det gjennomført en kvantitativ undersøkelse i form av spørreskjema etterfulgt av kvalitative intervjuer.

3.1.1 Metodekritikk.

En svakhet med å bruke litteraturstudie som metode, er at man fortolker andre forskeres fortolkninger til en ny og samlet tolkning som passer problemstillingen (Frederiksen et al., 2015, s. 58). Videre kan en svakhet være at man ikke alltid finner forskning som fokuserer på nøyaktig det man ønsker å belyse i oppgaven. På grunn av det er man nødt til å lete etter og trekke ut de relevante delene som kan anvendes for å besvare problemstillingen.

3.2 Søkeprosess.

Vi startet søkeprosessen med å utarbeide et PICO-skjema med diverse MeSH-termer som passet til vår problemstilling. Deretter søkte vi etter forskningsartikler i databasene Cinahl, PsychINFO og Medline. Vi forsøkte ulike kombinasjoner og variasjoner av søkeordene fra

PICO-skjemaet i flere databaser. De som primært ble brukt var «anorexia nervosa», «nursing» og «adolescence», da de ga flest relevante resultater. Noen av søkeordene måtte vi søke på som «keywords» i fritekst. Søkeordene har vi også forsøkt å kombinere med ulike variasjoner av «and» og «or». Vi ønsket å finne tidsaktuell forskning og avgrenset derfor alle søkene til de siste 10 årene, det vil si fra 2010 til 2020. Mot slutten av søkeprosessen utvidet vi tidsavgrensningen til de siste 20 årene, fordi vi synes vi fikk for få resultater å velge mellom med tidsavgrensning til de siste 10 år. Vi avgrenset også til engelsk språk. Vi brukte avgrensningen «qualitative – best balance» for å finne kvalitative forskningsartikler. For å kvalitetssikre artiklene med fagfelleevaluering avgrenset vi med «peer reviewed». For ytterligere kvalitetssikring av artiklene brukte vi Helsebibliotekets sjekklister for kritisk vurdering av vitenskapelige artikler for kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2016).

Utvalget av MeSH-termene er presentert i tabellen under:

Tabell 1.

	Patient	Intervention	Comparison	Outcome
Engelske søkeord:	Eating disorders, Anorexia Nervosa, Adolescence, Teenagers.	Nursing, Psychiatric nursing, Relation, Communication, Therapeutic alliance, Therapeutic connection.		Improving mental health, Treatment outcome, Challenges, Obstacles.

I søkeprosessen viste det seg at det var utfordrende å søke etter artikler som omhandlet vår problemstilling. Fordi det var vanskelig å søke endte vi opp med 6 ulike søk for å finne frem til de 6 forskningsartiklene vi har anvendt i oppgaven. På grunn av de mange forskjellige kombinasjoner av søk har vi utarbeidet en detaljert matrise med oversikt over kombinasjon av søkeord og antall treff til hver enkelt artikkel – samt hensikt, metode/utvalg og hovedfunn. Denne har vi lagt ved som vedlegg (vedlegg 1). Under kommer en beskrivelse av søkeprosessen for én av artiklene vi har inkludert i oppgaven, som et eksempel på hvordan vi har søkt:

Forskningsartikkelen «*Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit*» av Snell, Crowe & Jordan (2010) fant vi i databasen Cinahl. Søkeordene som ble brukt var «eating disorders» AND «nursing (keyword)» AND «obstacles (keyword)» OR «challenges (keyword)». Vi avgrenset søket med «peer reviewed», tidsavgrensning på de siste 10 år og «qualitative – best balance». Da fikk vi opp 3 treff. For å velge ut artikkelen av Snell et al. (2010) leste vi alle artiklenes overskrift og sammendrag. Ved å gjøre dette eliminerte vi de to andre artiklene fordi vi synes at det som stod i sammendraget ikke passet problemstillingen vår slik vi ønsket. Til slutt hadde vi en grundig gjennomlesning av den utvalgte artikkelen for å forsikre oss om at det vesentlige i den kunne bidra til å belyse problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 91).

Vi anser forskningsartiklene vi har funnet gjennom denne søkeprosessen som relevante for vår oppgave, fordi de på ulike måter belyser det vi ønsker å drøfte og diskutere i forhold til å kunne besvare problemstillingen. Artiklene ser nemlig på ulike sider ved utfordringer i behandling av ungdom med AN, knyttet opp mot relasjonsbygging. I tillegg er noen artikler sett fra sykepleiernes perspektiv, mens andre er sett fra pasientenes perspektiv. Dette gjør at vi får et mer helhetlig syn på utfordringene sett fra begge parter, noe vi anser som en bra kvalitet ved en bacheloroppgave fordi det gir forutsetninger til å drøfte ulike sider av en sak.

3.2.1 Kildekritikk.

Kildekritikk er en metode for å vurdere og karakterisere kilder som benyttes, og brukes for å fastslå om en kilde er pålitelig. Ved å ta i bruk kildekritikk vil vi vise at vi er i stand til å forholde oss kritisk til det kildematerialet vi anvender i oppgaven, og at vi kan vurdere relevans og gyldighet når det gjelder å belyse problemstillingen vår (Dalland, 2014, s. 67-68).

Et flertall av de forskningsartiklene vi søkte oss frem til som passet til vår problemstilling, var fra Australia. Med unntak av to artikler fra New Zealand og Nederland er derfor vårt utvalg av artikler nesten utelukkende fra Australia. Til tross for det mener vi at disse har overføringsverdi til Norge, fordi både Norge og Australia er land som tilhører vestlig kultur. Spiseforstyrrelser er nemlig sterkt knyttet til vestlig kultur på grunn av overfokus på kroppen som symbol på psykologisk og sosial mestring (Skårderud, 2015, s. 12-13).

I tillegg ser vi at 3 av 4 australske studier vi har valgt å bruke i oppgaven er skrevet av de samme forfatterne, Zugai, Stein-Parbury & Roche. Vi har valgt å anvende alle tre artiklene i oppgaven likevel, fordi de forsker på ulike aspekter innenfor utfordringer i relasjonsbygging i behandling av ungdom med AN. I tillegg vurderer vi disse forfatterne som relevante fordi vi la merke til at de ofte gikk igjen når vi søkte etter forskning som omhandlet temaet spiseforstyrrelser og ungdom. På grunn av det anser vi disse forfatterne på samme måte som for eksempel Skårderud er ekspert innenfor spiseforstyrrelser i Norge. Skårderud er imidlertid en annen forfatter vi har anvendt mye i oppgaven nettopp fordi han er en svært sentral forfatter innenfor temaet spiseforstyrrelser.

Under søkeprosessen la vi la merke til at det var lite nyere forskning å finne som omhandlet ungdom med AN, men vi fikk flere treff på forskning som omhandlet voksne. Vi fant derimot flere artikler som var relevante for problemstillingen og som i tillegg omhandlet ungdom, men som var over 10 år gamle. Selv om vi ønsket å finne tidsaktuell forskning, har vi valgt å ta med to artikler fra før 2010 fordi vi syntes de var relevante og aktuelle for vår problemstilling. I tillegg var menn underrepresenterte i de fleste studiene vi fant på grunn av den dominerende og mye høyere forekomsten av AN hos kvinner enn hos menn (Hummelvoll, 2012, s. 312). Menn blir derfor underrepresentert også i vår oppgave.

4.0 PRESENTASJON AV FUNN

I arbeidet med dette kapittelet har vi gjennomgått hovedfunnene i hver enkelt forskningsartikkel og overveid hvilke av disse funnene vi vil presentere i vår oppgave. Vi har identifisert tre temaer ved å vurdere hvordan de ulike artiklenes funn henger sammen med hverandre. Funn med samme tema fra de ulike artiklene ble slått sammen under samme overskrift (Thidemann, 2015, s. 96-98). Temaene vi har kommet frem til er; tillit og terapeutisk tilknytning, makt og autoritet, og mangel på kunnskap.

4.1 Tillit og terapeutisk tilknytning.

I artikkelen «*Maintaining a therapeutic connection: Nursing in an inpatient eating disorder unit*» av Snell et al. (2010) fra New Zealand beskriver sykepleierne at spiseforstyrrelsens egosentriske natur påvirker pasienter med AN sin evne til å tørre å åpne seg om problemene sine. Resultater viser at pasientene ofte reagerer med en fiendtlig tilnærming til sykepleieren som en respons på utfordringer i behandlingen. Dette gjør de ifølge studien for å holde avstand eller distansere seg, for eksempel ved å prøve å sabotere relasjonen. Det sier studien at bidrar til mellommenneskelig mistillit. For at sykepleierne skal klare å håndtere slikt stress og motgang, fremkommer det i artikkelen at det er viktig med en sterk følelsesmessig, selvsikker og tålmodig sykepleier som ikke gir opp. Som en strategi i behandlingen av pasienter med AN brukte sykepleierne i studien sin evne til å skille spiseforstyrrelsen fra pasienten som person (Snell, Crowe & Jordan, 2010, s. 354-357). Dette gjorde også sykepleierne i den australske artikkelen «*The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with anorexia nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study*» av Zugai, Stein-Parbury & Roche (2017). I studien fortalte sykepleierne at de gjorde en bevisst innsats for å skille pasienten og AN som en overbevisende psykisk lidelse, ved å se pasienten som en person som trengte omsorg (Zugai, Stein-Parbury & Roche, 2017, s. 420).

Artikkelen «*Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: The patients' perspective*» av van Ommen, Meerwijk, Kars, van Elburg & van Meijel (2009) fra Nederland ser på pasientenes perspektiv på tillit. Resultatene viser at pasientene fikk en tettere relasjon til de sykepleierne som viste engasjement med pasienten, og som tok initiativ til relasjonsbygging. Tilliten gjorde det mulig for pasientene å snakke om temaer de syntes var ekstremt ydmykende (van Ommen, Meerwijk, Kars, van Elburg & van Meijel, 2009, s.

2805). En sykepleier fra artikkelen «*Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative study of nursing perspectives*» av Zugai, Stein-Parbury & Roche (2019) uttrykte at hun syntes behandlingssituasjonen ble vanskelig og ukomfortabel dersom pasientene ble for tilknyttet til henne, og dette var noe hun ikke ønsket (Zugai, Stein-Parbury & Roche, 2019, s. 945).

4.2 Makt og autoritet.

I artikkelen «*Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: A consumer perspective*» av Zugai, Stein-Parbury & Roche (2012) fra Australia, viser funn fra pasientenes perspektiv at sykepleiernes tilnærming til behandlingen kunne ha innvirkning på deres opphold i institusjonen. Dette var ofte basert på sykepleiernes personlige meninger. Et annet funn fra artikkelen er at det fremstår viktig for pasientene og deres relasjon med sykepleieren, at de forstår intensjonen med behandlingens regler og konsekvenser. Det var også viktig for dem å bli behandlet av sykepleierne som normale personer med normale tanker, og ikke som pasienter på et sykehus. Dette hjalp dem å «glemme» vonde tanker og følelser (Zugai, Stein-Parbury & Roche, 2012, s. 2021-2024). En sykepleier fra studien til Snell et al. (2010) fortalte: «så jeg vil alltid prøve å forklare det jeg kan så det kan bli lettere for dem (pasientene) å forstå hvorfor vi (sykepleiere) gjør noen av de tingene vi gjør» (Snell et al., 2010, s. 354).

I artikkelen «*Nurses and the «therapeutic relationship»: Caring for adolescents with anorexia nervosa*» av Ramjan (2004) fremkommer det at det er utfordrende for sykepleierne å få tillit til pasienter med AN. Resultater fra studien begrunner dette med at sykepleierne blir sett på som en person med flere ulike roller som motstrider hverandre i løpet av en dag; som venn/venninne, fiende, politi, foreldrefigur, forbilde, manipulator, søster/bror og så videre (Ramjan, 2004, s. 499).

Funn fra Zugai et al. (2019) viser at de sykepleierne som var autoritære og overholdt rammene og reglene i behandlingen ble sett på som «de slemme». De sykepleierne som samhandlet med pasientene på en måte som lignet mer på vennskap, og som ikke hadde en like streng tilnærming til rammer og regler, ble sett på som «de snille». Funn viser at dette utfordret sykepleiernes kapasitet til å utøve autoritet, og førte til gjennomtrengelige profesjonelle grenser. Et funn viser at en slik «venninnerelasjon» ikke nødvendigvis er

hensiktsmessig for behandlingen da det vil innebære lik fordeling av makt. En sykepleier fra samme studie fortalte at hun følte seg ukomfortabel med å være autoritær, fordi denne makten kom i konflikt med hennes ønske om å bli likt og validert på en positiv måte av pasientene (Zugai et al., 2019, s. 941-946). Funn fra artikkelen til van Ommen et al. (2009) påpeker at pasientene setter pris på når de kan snakke med sykepleieren om andre ting enn bare spiseforstyrrelsen, som for eksempel sminke, forelskelse og å ha det gøy (van Ommen et al., 2009, s. 2806).

Resultater fra artiklene til Zugai et al. (2019) og Snell et al. (2010) viser at det finnes en uoverensstemmelse mellom sykepleier og pasient fordi de ikke deler et felles konsept av velvære, altså hva det vil si å bli/være frisk. Funn viser altså at det er motstridende fokus for behandlingen mellom de to partene (Zugai et al., 2019, s. 941; Snell et al., 2010, s. 355). Resultater fra Zugai et al. (2019) viser også at det som er utfordrende og samtidig belastende på relasjonen mellom sykepleier og pasient, er at sykepleierne via behandlingens rammer og regler får pasientene til å gå opp i vekt. Blant funnene viser dette seg som vanskelig for pasientene å forstå og gjennomføre på grunn av at vektøppgang medfører ambivalens og angst (Zugai et al., 2019, s. 941-946).

4.3 Mangel på kunnskap.

Studien til van Ommen et al. (2009) indikerer at sykepleie til ungdom med AN er spesialistarbeid, og at sykepleierne bør få avansert trening. Funn viser at det vil være nødvendig for sykepleierne å ha ferdigheter og kunnskaper på spesialistnivå for å kunne gi hensiktsmessig behandling til denne pasientgruppen. Studien fant også ut at pasientene fikk tillit til de sykepleierne som viste ekspertise innenfor feltet (van Ommen et al., 2009, s. 2805-2808). Funn fra studien til Ramjan (2004) viser at pasienter med AN er spesielt sårbare og har et særskilt behov for spesialisert behandling (Ramjan, 2004, s. 498). Resultater fra Zugai et al. (2012) sin studie viser at relasjonen mellom sykepleier og pasient, samt kvaliteten på oppholdet, ble forbedret dersom sykepleierne kunne formidle til pasientene at de hadde kunnskap og forståelse for sykdommen (Zugai et al., 2012, s. 2025).

Sykepleierne i studien til Ramjan (2004) beskrev at arbeidet med pasienter med AN er belastende over tid fordi de blir utslitt av å forsøke å forstå sykdommen og dens manipulative natur. Videre er funn at sykepleierne følte seg manipulert og løyet til av pasientene, og at de

manglet kunnskaper om at dette er noe man må forvente hos denne pasientgruppen (Ramjan, 2004, s. 498-499). I Zugai et al., (2017) viser funn at sykepleierne vil fortsette å ha vanskeligheter med å utøve sykepleie til pasienter med AN, dersom de ikke har en tydelig forståelse av pasienten og en god relasjon med dem (Zugai et al., 2017, s. 417). Funn fra studien til Snell et al. (2010) viser at noen av sykepleierne opplevde frustrasjon og følte seg personlig utfordret i sin terapeutiske rolle. Støtte og motivasjon fra de andre ansatte på avdelingen ble ifølge funnene sett på som nødvendig for å ikke gi opp (Snell et al., 2010, s. 354-355).

5.0 DRØFTING AV PROBLEMSTILLING

Institusjonsbehandling av ungdom med AN kan være utfordrende for sykepleieren på flere ulike måter (Skårderud et al., 2018, s. 131). I denne delen av oppgaven skal vi drøfte utfordringer rundt relasjonsbygging knyttet til de temaene vi kom frem til i resultatdelen, og forsøke å svare på problemstillingen; *«På hvilke måter er det utfordrende for sykepleieren å bygge relasjon til ungdom med anorexia nervosa i institusjon, og hvordan kan man som sykepleier møte disse utfordringene?»*.

5.1 Relasjonsbygging i terapeutisk hensikt.

Tillit og terapeutisk tilknytning er som tidligere beskrevet viktige momenter i en god relasjon mellom sykepleieren og pasienten. Dersom pasienten ikke har tillit til sykepleieren, vil relasjonen og den terapeutiske tilknytningen ha et svakt fundament (Eide & Eide, 2017, s. 214). En utfordring for sykepleieren i behandling av AN kan være å finne en balansegang mellom for tett og for distansert tilknytning med pasienten. Den anorektiske pasienten vil på en side unngå kontakt med sykepleieren for å kunne opprettholde kontrollfølelsen som spiseforstyrrelsen gir (Skårderud et al., 2018, s. 407), og vil helst ha overfladisk og upersonlig kontakt. Et sentralt trekk ved AN er at pasienten trekker seg unna dersom kontakten blir for nær (Hummelvoll, 2012, s. 310). En studie av Snell et al. (2010), som intervjuet sykepleiere som jobber på en avdeling for AN i New Zealand, understøtter det at pasienter med AN kan ha vansker med å åpne seg om sine problemer til sykepleierne (Snell et al., 2010, s. 354-355). Hummelvoll (2012) hevder at grunner for dette kan være at pasienten er redd for å bli invadert, og på den måten er redd for å miste sykdommens følelse av trygghet og kontroll (Hummelvoll, 2012, s. 321).

For mange med AN kan nemlig det å skulle åpne seg, gi fra seg kontroll og nærme seg sitt indre følelsesliv, bety det samme som å miste sin identitet eller noe de tror de trenger (Skårderud, 2015, s. 30). Det å nærme seg egne tanker og følelser kan i tillegg utløse sterke opplevelser av fysisk ubehag hos pasienten, som å kjenne seg ekkel, fet og voksende (Skårderud et al., 2012, s. 17). Dette kan være en grunn for at de trekker seg unna kontakt når de føler de mister kontroll. Videre vil det å ha tillit til noen kunne medføre en viss risiko for å bli avvist. Mange pasienter med AN kan være redde for nettopp dette når de går inn i et tilkynningsforhold med sykepleieren (Skårderud et al., 2018, s. 91).

Travelbee sitt syn på tillit understreker at en opplevelse av nærhet kan gjøre pasienten mer utsatt og sårbar, særlig hvis pasienten føler seg utlevert til sykepleieren. Når pasienten har åpnet seg og vært personlig, og på denne måten vist tillit til sykepleieren, kan pasienten bli skuffet dersom sykepleieren skulle gi en følelse av at tilliten er svekket (Kristoffersen, 2016, s. 33). Derfor er det viktig at sykepleieren unngår å være invaderende og aksepterer pasientens grenser for å respektere pasientens behov for kontroll (Hummelvoll, 2012, s. 321). I Norsk sykepleieforbund sine yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det slik at sykepleieren skal være bevisst i sin profesjonelle rolle, og respektere pasientens integritet og ikke utnytte pasientens sårbarhet (Norsk sykepleieforbund, 2019).

Resultater fra Snell et al. (2010) sin studie viste at pasientenes tendens til å holde avstand og distansere seg fra sykepleierne bidro til mellommenneskelig mistillit i relasjonen, og sykepleierne i studien beskrev dette som en «konstant kamp» (Snell et al., 2010, s. 354-356). Motstand mot forandring og motstand mot hjelp er en del av sykdommens natur, og en utfordring for sykepleieren er å kunne forstå dette som innvending frykt hos pasienten – og ikke som uvilje og motstand (Skårderud, 2015, s. 262). At sykepleieren holder ut med pasienten til tross for at pasienten viser initiativløshet eller tilbakegang i stedet for fremgang, er spesielt viktig i psykiatrisk sykepleie (von Krogh, 2018, s. 199).

Studien til Snell et al. (2010) viste imidlertid at sykepleierne hadde forståelse for at pasientenes motstand og avvising var deres måte å uttrykke utfordringer og frykt på (Snell et al., 2010, s. 357). Resultater viste at pasientene trenger en selvsikker og tålmodig sykepleier som ikke tar deres motstand personlig, og som ikke gir opp når de motsetter seg hjelpen. Dette understreker studien at er særlig viktig i behandling av pasienter med AN, fordi pasientene ikke klarer å evne sin motstand og ambivalens på egenhånd (Snell et al., 2010, s. 355). Von Krogh (2018) understøtter dette i sin bok ved å understreke at tålmodighet er en essensiell egenskap hos sykepleieren for å kunne etablere en bærekraftig relasjon med pasienten, og at denne er solid når den tåler skuffelser og motgang (von Krogh, 2018, s. 199). Pasienter med spiseforstyrrelser har altså behov for at noen er sterkere enn ham eller henne, som vil si at noen ser svakheten og møter den. Det bidrar til trygghet (Skårderud, 2015, s. 184).

Travelbee mener videre at pasienten kan få sterk tillit til en sykepleier som viser seg som en person å stole på gjennom sine handlinger (Kristoffersen, 2016, s. 34). Som sykepleier i

behandling av AN skal man tilstrebe å hjelpe pasienten til å nyansere, kjenne på og uttrykke sine undertrykte følelser for å få fremgang. Følelser er som tidligere beskrevet et uklart fenomen for pasienter med AN (Hummelvoll, 2012, s. 325). Pasienten er på den måten stengt inne og må inviteres ut av sykepleieren (Skårderud, 2015, s. 116). Skårderud (2015) påpeker at det er bare i en trygg relasjon at den anorektiske tør å forsiktig våge seg ut (Skårderud, 2015, s. 95). Dette kan utdypes videre gjennom en studie fra Nederland av van Ommen et al. (2009), som intervjuet ungdom med AN i institusjon. Resultater fra denne studien viste at pasientene som hadde tillit til sykepleierne og som stolte på deres hensikt med behandlingen, lettere turte å åpne seg og snakke om temaer de syntes var ekstremt vanskelige og ydmykende (van Ommen et al., 2009, s. 2805). Bedring og fremgang kan nemlig bety at pasienten må lære seg å tåle ubehaget de undertrykte følelsene medbringer (Skårderud, 2015, s. 106).

På en annen side viste en studie av Zugai et al. (2019), gjennomført på sykehus i Australia, at en ung sykepleier var bekymret for at pasientene skulle knytte seg for tett til henne. Hun uttrykte at for tett tilknytning kunne gjøre behandlingssituasjonen ukomfortabel og vanskelig. Med det ønsket hun ikke at pasientene skulle se på henne mer som en venninne enn som sykepleier, fordi det ville være å krysse hennes profesjonelle grenser (Zugai et al. 2019, s. 945). For øvrig ser man at det alltid kommer til å være en viss grad av personlig involvering i profesjonell omsorg, selv om omsorgen er definert av faglig kunnskap og faglige hensikter (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 92). Relasjonen mellom sykepleier og pasient burde nemlig være personlig i den betydning at pasienten lettere tør å åpne seg for sykepleieren, og på den måten bygger en relasjon. Men det er viktig å passe på at det ikke går over grensen til å bli for privat (Eide & Eide, 2017, s. 246).

Sett under ett vil det si at fokuset må være på at sykepleierens relasjon til pasienten er et profesjonelt hjelpeforhold, og at man ikke er sykepleier fordi man har god kjemi med pasienten. Verken sykepleieren eller pasienten skal være uerstattelige for hverandre, på en slik måte som sine nærmeste er det (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 91-92). Sykepleierens profesjonelle omsorg er regulert av fagkunnskap, etikk og juridiske rettigheter (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 93). Den viktigste forskjellen er at relasjonen ikke er skapt eller definert av en subjektiv og emosjonell tilknytning – men av tilknytning i terapeutisk hensikt. Behovet for hjelp er med andre ord definert av pasientens sykdomstilstand og livssituasjon (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 92). En fare ved for tett tilknytning kan være at det fører

til et for nært avhengighetsforhold. Dette kan føre til at pasienten blir «hjelpesløs» og mister selvstendighet (von Krogh, 2018, s. 200). I Pasient- og brukerrettighetsloven står det nemlig at helsehjelp skal ivareta respekten for pasientens liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1.) Derfor er det viktig at relasjonen reguleres slik at relasjonen bidrar til personlig vekst og fremmer pasientens uavhengighet (von Krogh, 2018, s. 200).

Totalt sett kan en stor utfordring for sykepleierne i tilknytningsarbeidet være å kunne skille sykdommen fra pasienten som person (Eide & Eide, 2017, s. 124). Travelbee mener at hvis man mangler evnen til å skille disse vil omsorgen bli overfladisk og upersonlig. Dersom sykepleieren evner det vil pasienten i motsetning kunne oppleve kontakt og nærhet i relasjonen (Kristoffersen, 2016, s. 32-34). Som sykepleier skal man se pasienten som en unik person med iboende muligheter og ressurser, egne verdier og prioriteringer og individuelle ønsker og mål om helse og livssituasjon (Eide & Eide, 2017, s. 16). Å forsøke å skille spiseforstyrrelsen fra pasienten som person, var riktignok en av strategiene sykepleierne i Snell et al. (2010) sin studie brukte for å unngå mistillit (Snell et al., 2010, s. 356).

I likhet med Travelbee beskriver også Skårderud (2015) at dersom sykepleieren bare ser spiseforstyrrelsens ytre symptomer, vil det være det samme som å ikke se pasienten som en unik person. For eksempel om behandlingen kun fokuserer på vektøkning, vil pasienten bli sittende igjen uten en løsning på sitt egentlige problem. Den somatiske helsen er kanskje bedret, men personen kan være like spiseforstyrret i tankene sine. Pasienten kan til og med føle seg verre eller sykere (Skårderud, 2015, s. 95-96). Resultater fra en annen studie av Zugai et al. (2017) viste også at sykepleierne gjorde en bevisst innsats for å se pasienten som en unik person som trengte omsorg, og at de forstod at AN var en overbevisende psykisk lidelse. I relasjonen opprettholdt sykepleieren derfor klare skiller mellom pasienten og AN som en sykdom (Zugai et al., 2017, s. 420).

5.2 Sykepleiernes tilnærming til rammer og regler.

En annen stor utfordring for sykepleiere når det gjelder å bygge relasjon til ungdom med AN, er deres holdninger og tilnærminger til pasienten i forhold til behandlingens rammer og regler. Institusjonens rammer og regler spiller nemlig en stor rolle for hvilken relasjon som blir muliggjort mellom sykepleieren og pasienten (Topor, 2014, s. 101). En studie fra

Australia av Ramjan (2004) intervjuet sykepleiere med erfaring med behandling av unge anoreksipasienter. I studien ble det rapportert at relasjonsbygging er spesielt utfordrende på grunn av de motstridende rollene sykepleierne har i løpet av en dag, fordi det er deres jobb å forholde seg til institusjonens rammer og regler. I det ene øyeblikket kan sykepleieren bli sett på som en venninne eller et forbilde, mens i det neste kan sykepleieren bli sett på som en fiende eller manipulator. Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten kan derfor bli satt på prøve flere ganger i løpet av en dag. Fordi pasientene ser på rammer og regler som å bli fratatt kontroll og privatliv, indikerer studien at det er utfordrende å bygge relasjon med ungdom med AN (Ramjan, 2004, s. 499).

En studie gjennomført av Zugai et al. (2012) intervjuet pasienter som hadde erfaring med opphold på institusjon for AN. I denne studien påpekes det at hva sykepleierne ser på som den beste og mest effektive behandlingen, ofte er basert på deres personlige meninger. Studien rapporterte at det resulterer i store variasjoner fra sykepleier til sykepleier i forhold til hvordan de forholder seg til institusjonens rammer og regler. Dette uttrykte pasientene i studien at kunne ha innvirkning på deres opplevelse av oppholdet på institusjonen. Pasientene beskrev for eksempel at noen sykepleiere kunne være demokratisk og forhandlende («de snille»), mens andre sykepleiere kunne være strenge og kompromissløse («de slemme») (Zugai et al., 2012, s. 2021). Skårderud (2015) forklarer dette med at anorektiske pasienters tendens til å tenke svart-hvitt bidrar til å dele personalet inn i de «snille» og «slemme», hvor noen blir favorisert og andre brutalt avvist (Skårderud, 2015, s. 187). I Zugai et al. (2019) sin studie fremkom det at de sykepleierne som overholdt regler og retningslinjer for behandlingen og ikke ga rom for unntak, ofte ble sett på som de «slemme», strenge eller autoritære sykepleierne (Zugai et al., 2019, s. 943). Dette kan være fordi det vil innebære at pasientene ikke klarer å overholde følelsen av kontroll som spiseforstyrrelsen gir dem, og de går opp i vekt.

I Zugai et al. (2019) viste resultater at vektoppgang medfører en intens ambivalens og angst hos pasienten, og at det er her uoverensstemmelsen mellom sykepleieren og pasienten ofte ligger. Dette begrunner studien med at sykepleieren og pasienten ofte ikke har et felles konsept av velvære (Zugai et al., 2019, s. 941). Dette støttes opp av Skårderud (2018), som understreker at det kan være utfordrende å etablere en god relasjon og en felles retning for behandlingen, når sykepleieren og pasienten har ulik forståelse av sykdommens årsak, prognose, symptomer og behandling (Skårderud et al., 2018, s. 131-132). Studien til Zugai et

al. (2019) påpeker at dette er belastende på relasjonen, nettopp fordi det sykepleieren ber om er det pasienten ser på som det verst tenkelige (Zugai et al., 2019, s. 943) – altså å spise og gå opp i vekt.

I noen situasjoner må sykepleieren handle mot pasientens ønsker for pasientens eget beste (Kristoffersen, 2016, s. 61). I studien til Snell et al. (2010) rapporterte sykepleierne at avgjørelser i pasientens behandling kunne gjøre det utfordrende å beholde en god relasjon, da sykepleierne og pasientens fokus for behandling ofte er motstridende, slik vi har beskrevet ovenfor (Snell et al., 2010, s. 355). Et eksempel på dette kan være at sykepleieren i et øyeblikk må ta en avgjørelse om at pasienten må tvangssondes fordi pasienten ikke har klart å fullføre et måltid, når de i et annet øyeblikk hadde en god tone. En psykologisk reaksjon på slike konsekvenser kan være at pasienten føler seg krenket av sykepleierens handling (Skårderud, 2015, s. 156). På den måten kan relasjonen bli satt på prøve flere ganger i behandlingsforløpet.

Studien til Zugai et al. (2012) rapporterte videre at det var viktig for sykepleierne at pasientene forstod intensjonen med reglene og konsekvensene av å ikke følge dem, slik at de ikke skulle oppleve det som at sykepleierne straffet dem personlig (Zugai et al., 2012, s. 2024). Dette forklarte også en sykepleier fra studien til Snell et al. (2010), ved å uttrykke at hun alltid prøvde å forklare pasientene hvorfor hun gjorde de tingene hun gjorde, slik at de lettere kunne forstå (Snell et al., 2010, s. 354). Med hensyn til dette kan det være nyttig å tydeliggjøre gjensidige forventninger mellom sykepleier og pasient, og rydde opp i eventuelle uklarheter og misforståelser når det gjelder relasjonen og sykepleierens funksjoner (Eide & Eide, 2017, s. 245). Det er viktig å trygge pasienten ved å beskrive for dem hva som forventes av dem under oppholdet, og tydeliggjøre at innleggelsen ikke er en straff – men til hjelp (Skårderud, 2015, s. 183).

Når det gjelder sykepleierens kontrollfunksjon kan den oppleves ubehagelig både for sykepleieren og pasienten (Hummelvoll, 2012, s. 325). En sykepleier i studien til Zugai et al. (2019) fortalte at hun ikke følte seg komfortabel med å utøve autoritet. Hun hadde vansker når det gjaldt hennes maktposisjon i relasjonen, fordi hun følte den kom i konflikt med hennes ønske om å bli likt og validert på en positiv måte av pasientene. Det fremkom i studien at pasientene ignorerte og motsatte seg de strengeste og mest autoritære sykepleierne, og etterspurte de «snille» (Zugai et al., 2019, s. 943-944). I studien til van Ommen et al.

(2009) viste resultater for øvrig at pasientene setter pris på at sykepleierne kan være en slags venninne for dem. Pasientene uttrykte at de satte pris på at spiseforstyrrelsen ikke var det eneste temaet i samtaler, men at sykepleieren også kunne gi rom for å snakke om andre hverdagslige ting som for eksempel sminke og forelskelse (van Ommen et al., 2009, s. 2806). På den ene siden viser studien til Zugai et al. (2019) at det kan det være positivt for relasjonsbyggingen å samhandle med pasienten på en måte som ligner på vennskap, men på den andre siden kan det føre til gjennomtrengelige profesjonelle grenser – noe som truer sykepleierens kapasitet til å utøve autoritet (Zugai et al., 2019, s. 944).

Resultater fra Zugai et al. (2012) viste at det er viktig for pasientene at de blir behandlet som normale personer med normale tanker, og ikke bare som pasienter på et sykehus. Studien beskrev dette som et viktig element i behandlingen da det kan hjelpe pasientene å «glemme» noe av det som omhandler vonde tanker, følelser, måltider og vekttoppgang for en liten stund (Zugai et al., 2012, s. 2024). I motsetning til dette fremkom det i Zugai et al. (2019) at en slik «vennskapelig» type samhandling nødvendigvis ikke er den mest hensiktsmessige tilnærmingen i behandling av ungdom med AN. Et vennskapelig forhold kan ifølge studien innebære lik fordeling av makt (Zugai et al., 2019, s. 946). I studien påpekes det dessuten at når sykepleieren og pasienten ser på hverandre mer som venninner enn som sykepleier og pasient i et profesjonelt hjelpeforhold, kan det bli vanskelig for sykepleieren å sette grenser og utøve autoritet (Zugai et al., 2019, s. 944).

For å bidra til at behandlingssituasjonen blir mer oversiktlig og forutsigbar for pasienten, kan det være viktig at sykepleieren i oppstartsfasen presiserer hvilket innhold behandlingen vanligvis består av, og hvilke rammer og regler man har som alle pasienter må forholde seg til. Sykepleieren bør også forklare at behandlingsopplegget blir tilpasset den enkelte pasients situasjon og behov. På denne måten kan man unngå at pasienten møter på store overraskelser underveis i behandlingen (Hummelvoll, 2012, s. 321), som for eksempel konsekvenser av å ikke følge rammer og regler. Pasienter i studien til Zugai et al. (2012) understreket at dette var viktig for å opprettholde et godt terapeutisk miljø i avdelingen (Zugai et al., 2012, s. 2024).

5.3 Kunnskapsmangel blant sykepleierne.

Det er mange pasienter, foreldre og pårørende som beskriver at møter med helsevesenet ikke har vært særlig positive (Skårderud et al., 2018, s. 396). Skårderud (2018) understreker dessuten at behandlingsresultatene ikke er gode nok, da om lag halvparten av pasienter med AN blir sittende igjen med symptomer eller annen psykisk lidelse etter avsluttet behandling (Skårderud et al., 2018, s. 412). Resultater fra Ramjan (2004) sin studie viste at pasienter med AN er spesielt sårbare og har et særskilt behov for spesialisert behandling (Ramjan, 2004, s. 498). Det samme viste resultater fra studien til van Ommen et al. (2009), som indikerer at sykepleie til ungdom med AN er spesialistarbeid. Det fremkom altså at det er nødvendig for sykepleiere å ha ferdigheter og kunnskaper på spesialistnivå for å kunne gi ordentlig og god behandling til denne pasientgruppen (van Ommen et al., 2009, s. 2808).

Kunnskapsbehovet er med andre ord stort, og som sykepleier får man sine faglige og menneskelige kvalifikasjoner daglig satt på prøve (Hummelvoll, 2012, s. 322). Dette kan være en av de underliggende grunnene for at det er spesielt utfordrende for sykepleiere å bygge en god relasjon med denne pasientgruppen. Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten bør altså være preget av at sykepleieren har tilstrekkelige ferdigheter og kunnskaper slik at de klarer å forholde seg til pasienten på en hensiktsmessig måte (Håkonsen, 2014, s. 209-210). Pasienter fra van Ommen et al. (2009) sin studie fortalte at de fikk sterkere tillit til de sykepleierne som viste ekspertise innenfor feltet spiseforstyrrelser (van Ommen et al., 2009, s. 2805). Også i studien til Zugai et al. (2012) fortalte pasientene at de fikk en god relasjon til de sykepleierne som kunne formidle at de hadde kunnskap og forståelse for sykdommen. Dette forsterket i tillegg kvaliteten på oppholdet i institusjonen (Zugai et al., 2012, s. 2025).

Sykepleiere fra studien til Ramjan (2004) rapporterte i motsetning til dette at de hadde utfordringer med å forstå hvorfor pasientene tenkte og oppførte seg på den måten de gjorde. De begrunnet dette med at de følte de hadde lite kunnskap om diagnosen, slik som for eksempel at motstand mot dem og motstand mot behandling er noe man kan forvente hos pasientgruppen. Sykepleierne fra studien hadde derimot et stort ønske om å hjelpe pasientene, men de følte seg hindret av pasientenes motstand og avvísning, og sin egen mangel på kunnskap (Ramjan, 2004, s. 498-499). I Håkonsen (2014) står det at sykepleieren vil være mer tilbøyelig for å hjelpe pasienten dersom man forstår årsaken til lidelsen. Dersom

sykepleieren har kunnskap om hvordan påkjenninger og belastninger påvirker pasienten, jo mer kan sykepleieren være i stand til å gjøre riktige vurderinger av situasjoner, og samtidig forstå pasientens lidelse (Håkonsen, 2014, s. 209-210). Dette understøttes i Zugai et al. (2017) sin studie som beskriver at man vil fortsette å ha utfordringer med å utøve sykepleie til pasienter med AN, i forhold til relasjonsbygging, dersom man ikke har en tydelig forståelse av sykdommen de lider av (Zugai et al., 2017, s. 417).

Flere sykepleiere fra Ramjan (2004) sin studie beskrev at arbeidet med pasienter med AN er belastende over tid fordi de blir slitne og utbrente av å forsøke å forstå sykdommen og dens manipulative natur (Ramjan, 2004, s. 498). Også sykepleiere fra studien til Snell et al. (2010) uttrykte at de opplevde frustrasjon og følte seg personlig utfordret i sin terapeutiske rolle som sykepleier for ungdom med AN (Snell et al., 2010, s. 355). Skårderud (2015) hevder at behandlingspersonalet med hensyn til dette må være forberedt på en del «trøkk» i behandling av denne pasientgruppen, og samtidig være forberedt på å kunne håndtere egne følelser i situasjoner hvor pasientene tar avstand og skritt tilbake (Skårderud, 2015, s. 187). For at det skal være mulig å være en god sykepleier for pasienter med AN, er det derfor viktig at sykepleieren har selvinnsikt (Hummelvoll, 2012, s. 332) og kunnskap som gjør at man klarer å unngå å bli ført inn i vanskelige posisjoner og konflikter (Skårderud, 2015, s. 187).

I Snell et al. (2010) fremkom det at støtte og motivasjon fra de andre ansatte på avdelingen er nødvendig for at sykepleierne skal klare å holde tålmodigheten oppe og ikke gi opp (Snell et al., 2010, s. 354-355). I tillegg står det beskrevet i Hummelvoll (2012) at det kreves stabilitet, ro, mot og energi hos sykepleiere som skal arbeide med pasienter med AN (Hummelvoll, 2012, s. 332). Det vil si at sykepleiere som skal jobbe med denne pasientgruppen trenger mye veiledning, støtte og korrigerende for å øke kvaliteten på arbeidet og samtidig utvikle seg som fagperson (Hummelvoll, 2012, s. 322).

6.0 AVSLUTNING

Avslutningsvis vil vi konkludere med at utfordringer rundt relasjonsbygging til ungdom med AN i institusjon er mange, og at det for sykepleieren kan være vanskelig å møte disse på én bestemt måte. I oppgaven har vi forsøkt å diskutere og drøfte ulike måter sykepleieren *kan* møte disse utfordringene på for å lykkes i relasjonsbyggingen. Vi tenker at å bygge en relasjon med pasienten er grunnmuren i behandlingen, fordi veien mot å bli frisk i stor grad handler om samhandling. En god og bærekraftig relasjon kan bidra til at pasienten tør å åpne seg om sitt egentlige problem og gi slipp på kontrollen, noe vi ser på som viktig for behandlingsresultatet i sin helhet. Følgelig har vi lært at hvordan man som sykepleier møter de ulike utfordringene med relasjonsbyggingen på, vil variere fordi både sykepleieren og pasienten er unike personer med forskjellige utgangspunkt. I tillegg er AN en kompleks og sammensatt sykdom med ulike årsaksforhold. Sykepleieren må altså kunne tilpasse seg hver enkelt pasient og dens situasjon, og forsøke å bygge en relasjon og møte utfordringene deretter.

Det vi la merke til som går igjen som en rød tråd i hele oppgaven, er det store kontrollbehovet samt ambivalensen pasientgruppen strever med. Kontrollbehovet kan både være en medvirkende årsak til sykdommen, en vedlikeholdende faktor og i tillegg en sentral grunn til at relasjonsbyggingen er så utfordrende og preget av motstand. Med denne oppgaven har vi forstått at pasientenes syn på behandlingens rammer og regler ofte blir sett på som å bli fratatt kontroll. Motstand mot å gli slipp på denne kontrollen for pasienten gjør det utfordrende for sykepleieren å både bygge og vedlikeholde en relasjon til pasienten. Rammer og regler i behandlingen gjør i tillegg at sykepleierne ofte må tre inn i flere motstridende roller i løpet av en dag. Rollebyttene kan innebære at tilliten mellom pasienten og sykepleieren kan bli brutt opptil flere ganger i løpet dagen, noe som kan ha innvirkning på relasjonen fordi pasienten kan være redd for å bli avvist eller føle seg utlevert.

Vi har kommet frem til at det er viktig med en tålmodig sykepleier som ikke tar pasientens motstand personlig, ikke gir opp, har et åpent sinn og som ser pasienten som en unik person i et menneske-til-menneske-forhold. Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten bør også til en viss grad være personlig i den forstand at pasienten tør å åpne seg, men samtidig ikke i den grad at det går over profesjonelle grenser. Det essensielle er at både sykepleieren og pasienten er klar over at relasjonen er definert av terapeutisk hensikt. At pasienten forstår at

rammer og regler i behandlingen er til hjelp og ikke en straff, kan i tillegg gjøre det mindre utfordrende for sykepleieren å bygge en bærekraftig relasjon. Det kan føre til at pasienten får tillit til sykepleieren, og at sykepleieren kan utøve autoritet og makt på en måte pasienten forstår intensjonen med.

Generelt sett har vi gjennom arbeidet med oppgaven kommet frem til at de utfordringene sykepleierne møter i relasjonsbyggingen, kan bunne i at de har for lite kunnskap om sykdommen. Sykepleiere som jobber med ungdom med AN trenger med andre ord mer kunnskap og spesialisert kompetanse for å kunne jobbe med pasientgruppen på en hensiktsmessig måte og for å være bedre forberedt på utfordringene de kan møte.

LITTERATURLISTE

- Borg, M. & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner – Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (3. Utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Direktoratet for e-helse. (2020, 4. februar). *Kodeverket ICD-10 (og ICD-11)*. Hentet fra <https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner - Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Frederiksen, K., Beedholm, K. & Glasdam, S. (2015). Litteraturreview. I Glasdam, S. (red.), *Bachelorprosjekter indenfor det sundhedsfaglige område - Indblik i videnskabelige metoder* (2.utg.). (s. 53-62). Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). *Sjekklistor*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2017, 25. april). *Spiseforstyrrelser – nasjonal faglig retningslinje*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Håkonsen, K, M. (2018). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimstbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3 – Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.). (s. 15-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. (2016). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1 – Sykepleie, fag og funksjon*. (3. utg.). (s. 89-132). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Norstrand, K. O. (2020). @Ordistedenfor. Hentet fra <https://www.instagram.com/p/B-NIEjGgOLh/>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

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

Ramjan, M. L. (2004). Nurses and the “therapeutic relationship”: Caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*. 45, 495-503. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02932.x>

Regjeringen.no. (2014, 24. november). Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-o/id528748/>

Skårderud, F. (2015). *Sterk/svak - Håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2018). *Psykiatriboken – Sinn, kropp, samfunn*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Skårderud, F., Sommerfeldt, B. & Fonagy, P. (2012). Den reflekterende kroppen: Mentalisering og spiseforstyrrelser. *Mellanrummet: Nordic journal of child and*

adolescent psychotherapy, 26, 6-21. <https://www.mellanrummet.net/nr26-2012/Artikel-Den-reflekterande-kroppen.pdf>

Snell, L., Crowe, M. & Jordan, J. (2010). Maintaining a therapeutic connection: Nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal of Clinical Nursing*. 19, 351-358.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03000.x>

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2018). *Psykiatri for helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Topor, A. (2014). Tid og arenaer som hjelper. I Borg, M. & Topor, A, *Virksomme relasjoner – Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (3. Utg.). Oslo: Kommuneforlaget.

Van Ommen, J., Meerwijk, E. L., Kars, M., van Elburg, A. & van Meijel, B. (2009). Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: The patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 18, 2801-2808.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02821.x>

Von Krogh, G. (2018). *Begreper i psykiatrisk sykepleie - sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner*. (1. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Zugai, J. S., Stein-Parbury, J. & Roche, M. (2012). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: A consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 22, 2020-2029. <https://doi.org/10.1111/jocn.12182>

Zugai, J. S., Stein-Parbury, J. & Roche, M. (2017). The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with anorexia nervosa in the inpatient setting: A mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing*. 27, 416-426.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13944>

Zugai, J. S., Stein-Parbury, J. & Roche, M. (2019). Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative study of nursing perspectives. *International Journal of Mental Health Nursing*. 28, 940-949.
<https://doi.org/10.1111/inm.12595>

VEDLEGG 1 - Søkeprofil

Forfatter, årstall, land, tidsskrift	Søkemetode med avgrensninger	Tittel	Hensikt	Metode og utvalg	Hovedfunn	Kvalitetsvurdering
<p><u>Forfatter:</u> Zugai, J. S., Stein-Parbury, J. & Roche, M.</p> <p><u>Årstall:</u> 2019.</p> <p><u>Land:</u> Australia.</p> <p><u>Tidsskrift:</u> International Journal of Mental Health Nursing.</p>	<p><u>Database:</u> Cinahl.</p> <p><u>Søkeord:</u> Anorexia nervosa AND Inpatients AND Nursing role.</p> <p><u>Avgrensning:</u> 2010-2020, Peer Reviewed, Qualitative – best balance.</p> <p><u>Språk:</u> Engelsk.</p> <p><u>Treff:</u> 2.</p>	<p>Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative study of nursing perspectives.</p>	<p>Å utforske dynamikken i sykepleieres bruk av autoritet med ungdom i behandling for AN i institusjon.</p>	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Semistrukturerte intervju av sykepleiere fra to avdelinger for ungdom med AN på to sykehus i Australia.</p>	<p>Sykepleierne hadde vansker med å behandle pasienter som hadde mål som stod i motsetninger til deres syn og oppfatninger av velvære. Pasientene prøvde å dempe sykepleiernes autoritet, fordi det var denne autoriteten som gav sykepleierne muligheten til å sørge for vektoppgang hos pasientene.</p>	<p>Kvalitetssikret med Helsebibliotekets sjekklister for kritisk vurdering av vitenskapelige artikler for kvalitative studier.</p>
<p><u>Forfatter:</u> Zugai, J. S., Stein-Parbury, J. & Roche, M.</p> <p><u>Årstall:</u> 2017.</p> <p><u>Land:</u> Australia.</p> <p><u>Tidsskrift:</u> Journal of Clinical Nursing.</p>	<p><u>Database:</u> PsychINFO.</p> <p><u>Søkeord:</u> Anorexia nervosa AND Nursing.</p> <p><u>Avgrensning:</u> 2010-2020, Peer Reviewed Journals.</p> <p><u>Språk:</u> Engelsk.</p> <p><u>Treff:</u> 9.</p>	<p>The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with anorexia nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study.</p>	<p>Å utvikle en større forståelse av den terapeutiske alliansen mellom sykepleiere og pasienter med AN.</p>	<p>Blandet metode-studie: En kvantitativ undersøkelse i form av spørreskjema, etterfulgt av en samling og analyse av kvalitativ data i form av semistrukturerte intervju.</p> <p>Utvalget av deltakere var</p>	<p>Den terapeutiske alliansen mellom pasient og sykepleier innebar mellommenneskelig engasjement og balansert bruk av autoritet fra sykepleieren. Alliansen var avhengig av sykepleierens evne til å opprettholde sin maktposisjon samtidig som de skulle vise tillit til pasienten.</p>	<p>Kvalitetssikret med Helsebibliotekets sjekklister for kritisk vurdering av vitenskapelige artikler for kvalitative studier.</p>

				pasienter og sykepleiere fra 6 avdelinger fra 5 sykehus i Australia. Pasientene var over 12 år og av begge kjønn.		
<p><u>Forfatter:</u> Zugai, J. S., Stein-Parbury, J. & Roche, M.</p> <p><u>Årstall:</u> 2012.</p> <p><u>Land:</u> Australia.</p> <p><u>Tidsskrift:</u> Journal of Clinical Nursing.</p>	<p><u>Database:</u> Cinahl.</p> <p><u>Søkeord:</u> Nursing (keyword) AND Anorexia nervosa.</p> <p><u>Avgrensning:</u> 2010-2020, Peer Reviewed, Qualitative – best balance.</p> <p><u>Språk:</u> Engelsk.</p> <p><u>Treff:</u> 13.</p>	Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: A consumer perspective.	Å undersøke hvordan man som sykepleier kan sikre vekttoppgang og samtidig en positiv erfaring med sykehusinnleggelse for ungdom med AN. Bakgrunnen var å finne ut hva pasientene mente var effektive sykepleieintervensjoner.	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Semistrukturert intervju av 8 kvinnelige pasienter i alderen 12-18 år som hadde erfaring med sykehusinnleggelse for AN.</p>	Sykepleierne ble ansett som svært innflytelsesrike når det gjaldt en positiv sykehusopplevelse. Deltakerne indikerte at motivasjonen for å bli frisk og til å ta imot behandling var sterkt avhengig av et godt forhold til sykepleieren. Resultater viste også at sykepleierne må ha en samarbeidsfull og likestilt tilnærming, heller enn en autoritær og diktatorisk.	Kvalitetssikret med Helsebibliotekets sjekklister for kritisk vurdering av vitenskapelige artikler for kvalitative studier.
<p><u>Forfatter:</u> Snell, L., Crowe, M. & Jordan, J.</p> <p><u>Årstall:</u> 2010.</p> <p><u>Land:</u> New Zealand.</p>	<p><u>Database:</u> Cinahl.</p> <p><u>Søkeord:</u> Eating disorders AND Nursing (keyword) AND Obstacles (keyword) OR Challenges (keyword).</p> <p><u>Avgrensning:</u> 2010-2020,</p>	Maintaining a therapeutic connection: Nursing in an inpatient eating disorder unit.	Å undersøke sykepleieres erfaringer rundt å bygge en terapeutisk allianse til pasienter med AN.	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Intervju av 7 psykiatriske sykepleiere med gjennomsnittlig 4 års erfaring med spiseforstyrrelser.</p>	Sykepleiere spiller en viktig rolle når det gjelder et godt behandlingsresultat hos pasienter med AN i sykehus. Sykdommens natur assosieres med benektelse og motstand, og gir utfordringer i sykepleieres forsøk på å bygge en terapeutisk	Kvalitetssikret med Helsebibliotekets sjekklister for kritisk vurdering av vitenskapelige artikler for kvalitative studier.

<p><u>Tidsskrift:</u> Journal of Clinical Nursing.</p>	<p>Peer Reviewed, Qualitative – best balance.</p> <p><u>Språk:</u> Engelsk.</p> <p><u>Treff:</u> 3.</p>				<p>allianse med pasienter. Det terapeutiske miljøet på avdelingen var avhengig av sykepleiernes evne til å møte negative og destruktive pasienter.</p>	
<p><u>Forfatter:</u> van Ommen, J., Meerwijk, E. L., Kars, M., van Elburg, A. & van Meijel, B.</p> <p><u>Årstill:</u> 2009.</p> <p><u>Land:</u> Nederland.</p> <p><u>Tidsskrift:</u> Journal of Clinical Nursing.</p>	<p><u>Database:</u> PsychINFO.</p> <p><u>Søkeord:</u> Nursing AND Anorexia nervosa.</p> <p><u>Avgrensning:</u> Peer Reviewed Journal, Qualitative – best balance of sensitivity and specificity, Adolescence (age 13 to 17 yrs).</p> <p><u>Språk:</u> Engelsk.</p> <p><u>Treff:</u> 5.</p>	<p>Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: The patients' perspective.</p>	<p>Å utvikle en teoretisk modell sett fra pasientenes perspektiv, som forklarer effektiviteten av sykepleie for ungdom med AN i institusjon.</p>	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Semistrukturert dybdeintervju av 13 unge jenter med AN, innlagt i institusjon som behandler pasienter opptil 18 år.</p>	<p>Modellen som ble utarbeidet indikerer at sykepleie til ungdom med AN er spesialistarbeid, og at det er nødvendig at sykepleiere har kunnskaper og ferdigheter på spesialistnivå for å kunne utøve nødvendig og riktig sykepleie til denne pasientgruppen.</p>	<p>Kvalitetssikret med Helsebibliotekets sjekkliste for kritisk vurdering av vitenskapelige artikler for kvalitative studier.</p>
<p><u>Forfatter:</u> Ramjan, M. L.</p> <p><u>Årstill:</u> 2004.</p> <p><u>Land:</u> Australia.</p> <p><u>Tidsskrift:</u> Journal of Advanced Nursing.</p>	<p><u>Database:</u> Cinahl.</p> <p><u>Søkeord:</u> Anorexia nervosa AND Adolescence AND Nursing (keyword).</p> <p><u>Avgrensning:</u> 2000-2020, Peer Reviewed,</p>	<p>Nurses and the «therapeutic relationship»: Caring for adolescents with anorexia nervosa.</p>	<p>Å samle inn data om utvikling av en terapeutisk allianse mellom ungdom med AN og sykepleiere. Studien endret hensikt til å utforske utfordringer og</p>	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Semistrukturerte intervju av 10 sykepleiere med alt fra 2-6 års erfaring med ungdom med AN.</p>	<p>Sykepleierne beskrev utfordringer i forståelsen av sykdommens komplekse natur og tilfriskningsprosess. De uttrykte også utfordringer i utøvelse av makt ovenfor pasientene, og mistilliten som utviklet seg som følge av det.</p>	<p>Kvalitetssikret med Helsebibliotekets sjekkliste for kritisk vurdering av vitenskapelige artikler for kvalitative studier.</p>

	Qualitative – best balance. <u>Språk:</u> Engelsk. <u>Treff:</u> 12.		hindringer sykepleiere møtte på i denne utviklingen, fordi det ble oppdaget at sykepleierne hadde vansker med det.		Dette resulterte i utfordringer i å utvikle en terapeutisk allianse med pasientene.	
--	--	--	--	--	---	--