

Christel Lilleby

Hvordan kan sykepleier skape en god relasjon til voksne, kvinnelige pasienter med anorexia nervosa innlagt på tvang i psykisk helsevern?

Bacheloroppgave i Seksjon for sykepleie

Veileder: Siri Ødegaard Fossum

Mai 2019

Christel Lilleby

Hvordan kan sykepleier skape en god relasjon til voksne, kvinnelige pasienter med anorexia nervosa innlagt på tvang i psykisk helsevern?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Siri Ødegaard Fossum
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

SAMMENDRAG

Tittel:	“Hvordan kan sykepleier skape en god relasjon til voksne, kvinnelige pasienter med anorexia nervosa innlagt på tvang i psykisk helsevern?”	Dato : 15/5-2019
Deltaker(e)/	Christel Lilleby	
Veileder(e):	Siri Ødegaard Fossum	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Anorexia nervosa, sykepleier-pasient relasjon, kommunikasjon, tvang.	
Antall sider/ord: 41/7829	Antall vedlegg: 0	
<p>Bakgrunn: Anorexia nervosa regnes som den psykiske lidelsen med høyest dødelighet. Som sykepleier er det nødvendig med kunnskap om spiseforstyrrelser da en kan møte disse pasientene i forskjellige arenaer i helsevesenet.</p> <p>Hensikt: Hensikten med dette litteraturstudiet er å undersøke hvordan sykepleier kan fremme en god relasjon til voksne, kvinnelige pasienter med diagnosen anorexia nervosa som er innlagt på tvang i psykisk helsevern.</p> <p>Metode: Denne oppgaven er et litteraturstudie hvor det er foretatt et systematisk litteratursøk i ulike databaser for å finne frem til forskningsartikler som bidrar til å belyse studiets tema og problemstilling.</p> <p>Resultat: Basert på resultatene i de inkluderte vitenskapelige forskningsartiklene er det identifisert tre resultater som er essensielt i en sykepleie-pasient relasjon til en pasient med anoreksi. Disse faktorene er tillit og trygghet, å se personen bak lidelsen og sykepleiers holdninger og kunnskap. Tvang er også diskutert.</p> <p>Konklusjon: For å kunne skape en god relasjon mellom sykepleier og pasienter med anoreksi innen psykisk helsevern er det viktig at faktorer som tillit og trygghet er tilstede. Sykepleier må ha respekt og vise empati ovenfor pasienten, klare å se personen bak lidelsen og har kunnskap om lidelsen og kommunikasjonsferdigheter.</p>		

ABSTRACT

Title:	“How can the nurse create a good nurse-patient relation to adult, female patients with anorexia nervosa involuntary admitted in psychiatric care?”	Date : 15/5-2019
Participants/	Christel Lilleby	
Supervisor(s)	Siri Ødegaard Fossum	
Keywords	Anorexia nervosa, nurse-patient relation, communication, involuntary treatment. (3-5)	
Number of pages/words:	Number of appendix: 0	
41/7829		
<p>Background: Anorexia nervosa is the diagnosis with highest mortality within psychiatric care. As a nurse it is essential to have knowledge about eating disorders as these are patients one can meet in different arenas within health care.</p> <p>Aim: The aim of this literature review is to examine how the nurse can promote a positive nurse-relation with the adult, female patient diagnosed with anorexia nervosa under involuntary psychiatric care.</p> <p>Method: Literature review, with a systematic search for research articles that helps to illustrate the theme and issue of the study.</p> <p>Results: Based on the results of the included articles, three results are identified as essentials in a nurse-patient relation to a patient with anorexia nervosa. These are trust and safety, seeing the person behind the illness and the nurses` attitude and knowledge. Involuntary treatment is also discussed.</p> <p>Conclusion: To ensure a good relation between the nurse and the patient with anorexia nervosa within psychiatric care, it is essential with trust and safety. The nurse has to have respect and empathy for the patient, and also managing seeing the person behind the illness. To have knowledge about the illness and good communication skills is also important factors.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING	5
1.1	SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS	5
2.0	BAKGRUNN	6
2.1	ANOREXIA NERVOSA	6
2.1.1	FOREKOMST	6
2.1.2	RISIKOFORHOLD	7
2.1.3	DIAGNOSTIKK	8
2.1.4	KOMORBIDITET	8
2.1.5	SYMPTOMER	9
2.1.6	BEHANDLING OG TILFRISKNING	10
2.2	RELASJONSBYGGING	11
2.3	KOMMUNIKASJON	11
2.4	EGOSTYRKENDE SYKEPLEIE	12
2.5	LOVVERK	13
2.6	LITTERATURSTUDIETS HENSIKT	14
2.7	PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	14
3.0	METODE	15
3.1	LITTERATURSTUDIE SOM METODE	15
3.2	INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	15
3.3	SØKEPROSESSEN	16
3.4	SØKEDOKUMENTASJON	17
3.5	ANALYSE AV VALGTE ARTIKLER	18
4.0	RESULTAT	19
4.1	PRESENTASJON AV RESULTAT	19
4.1.1	ARTIKKEL 1	19
4.1.2	ARTIKKEL 2	21
4.1.3	ARTIKKEL 3	23
4.1.4	ARTIKKEL 4	24
4.1.5	ARTIKKEL 5	25
4.2	SAMMENFATNING AV RESULTATENE	26
4.2.1	Å SKAPE TILLIT OG TRYGGHET	26
4.2.2	Å SE PERSONEN BAK DIAGNOSEN.	26
4.2.3	SYKEPLEIERS HOLDNINGER OG KUNNSKAP	27
4.2.4	TVANG	28

5.0	DRØFTING	29
5.1	Å SKAPE TILLIT OG TRYGGHET	29
5.2	Å SE PERSONEN BAK DIAGNOSEN	31
5.3	SYKEPLEIERS KUNNSKAPS OG HOLDNINGER	31
5.4	TVANG - NÅR PASIENTEN MOTSETTER SEG BEHANDLING	33
5.5	FORSKNINGSETISKE- OG METODISKE OVERVEIELSER	35
6.0	KONKLUSJON	37
7.0	LITTERATURLISTE	39

1.0 Innledning

1.1 Sykepleiefaglig relevans

Dagens samfunn er økende opptatt av kropp, trening, utseende og sunnhet, noe som spiller en sentral rolle i spiseforstyrrelser (Øverås, 2018, s.23). Anorexia nervosa regnes som den dødeligste av de psykiske lidelsene (Skårderud, 2016, s.73). Forekomsten av spiseforstyrrelser blant gutter er økende, men det er mest utbredt blant kvinner (Aarre og Juklestad, 2018). Av kvinner som lider av anoreksi er kun 30% i en form for behandling (Skårderud, 2016, s. 70).

Som sykepleier er det viktig å ha kunnskap om spiseforstyrrelser og hvordan vi som sykepleiere kan møte denne pasientgruppen på best mulig måte. Pasienter som lider av en spiseforstyrrelse er ikke bare på egne avdelinger for spiseforstyrrelser. Som sykepleier kan en møte pasienter på ulike arenaer i arbeidslivet. Enten man jobber på medisinsk avdeling, som helsesøster eller i akuttpsykiatrien kan man møte mennesker som lider av en spiseforstyrrelse. Relasjonsbygging med mennesker som lider av en spiseforstyrrelse kan være utfordrende da de kanskje ikke innser at de trenger hjelp (Hummelvoll, 2012, s.321).

2.0 Bakgrunn

2.1 Anorexia Nervosa

Spiseforstyrrelse brukes som en samlebetegnelse for flere diagnoser som innebærer det å ha et vanskelig forhold til kropp og mat (Øverås, 2018, s.9). Det å ha en spiseforstyrrelse handler om problemer med å forholde seg til sine egne følelser og tanker, ikke bare om maten. Det å være overopptatt av vekt, utseende og kropp er å være spiseforstyrret (Skårderud, 2016, s.11).

De som lider av anoreksi blir ofte beskrevet som ”nekteren”, altså de som spiser for lite. Pasienter med anoreksi har ofte et negativt bilde av sin egen kropp. Ofte har de hatt dette siden barndommen, eller de kan ha utviklet dette i forbindelse med spiseforstyrrelsen (Røer, 2009, s.45). Manglende speiling og empatisk svikt fra omsorgspersoner i oppveksten kan være en underliggende årsak som medfører en underutviklet evne til å sette ord på følelser (Bjørnelv, 2012, s.270). Selvbildet og identitetsfølelsen er ofte uklart og de kan vansker med å uttrykke egne følelser og behov, noe som gjør relasjonsbygging utfordrende (Hummelvoll, 2012, s.310-311). Spiseforstyrrelsen kan være en måte å få kontroll over de vonde følelsene ved å ”slanke” de bort (Bjørnelv, 2012, s.266).

2.1.1 Forekomst

Forekomsten av personer med anoreksi angis å være 0,5% (Helsedirektoratet, 2017).

I 2016 ble det anslått at det per 100 000 kvinner er ca 76 nye tilfeller av anoreksi. Dette gjelder pasienter som er i behandlingen, så i realiteten kan tallene være høyere. Mellom 2009 og 2016 er det en økning i antall nye pasienter med anoreksi (Øverås, 2018, s.14).

Bakgrunnen for økningen av antallet pasienter kan være at det er en reell økning eller at man i dag er flinkere til å oppdage spiseforstyrrelser slik at flere blir sendt i behandling (Øverås, 2018, s.15).

Det å utvikle en spiseforstyrrelse har som oftest ikke en enkelt årsak (Øverås, 2018, s.16).

Bakgrunnen for utvikling av en spiseforstyrrelse er sammensatt. En kan skille mellom disponerende, utløsende og vedlikeholdende faktorer (Skårderud, 2016, s.74).

2.1.2 Risikoforhold

Disponerende faktorer – en sårbarhet.

- Personlighetstrekk som disponerer for anoreksi er tvangspregete, rigide og perfektjonistiske personlighetstrekk.
- Samhandling med foreldre som kan hemme utvikling av grunnleggende tillit.
- Familiehistorikk med konflikter, tap, rusmisbruk og psykiatri.
- Traumer.
- Kulturelle faktorer som idealer, slankepress, kroppsfokusering og dårlige rutiner i forhold til mat.

(Skårderud, 2016, s.75-76)

Utløsende forhold (triggere)

- Mobbing.
- Slanking.
- Tap og konflikter.
- Tidlig/sen pubertet.
- Store presentasjonskrav.
- Endring av livsvilkår (eksempler på dette kan være flytting eller språkkurs i utlandet).

(Skårderud, 2016, s.77).

Vedlikeholdende forhold.

- ”Nytte” av symptomene, for eksempel følelsen av å ha mer kontroll, eller at indre uro dempes.
- Familiekonflikter utløst av lidelsen.
- Negative reaksjoner fra miljøet.

(Skårderud, 2016, s.78)

2.1.3 Diagnostikk

DSM-systemet (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) er det som er vanlig å bruke i vitenskapelige sammenhenger. I norsk helsevesen er det offisielle diagnosesystemet ICD-10 (Skårderud, 2016, s.13).

Her vil de diagnostiske kriteriene i henhold til ICD-10 bli beskrevet:

- Kroppsmasseindeks (BMI) er 17,5 eller mindre, eller at kroppsvekt holdes minst 15% under forventet vekt (ved manglende vektøkning eller ved vekttap).
- Selvfremkalt vekttap ved at visse typer mat unngås. Bruk av appetittdeppe midler, diuretika, avføringsmidler, overdreven trening og selvfremkalt brekninger er også faktorer som kan være til stede.
- En forstyrret kroppsoppfatning.
- Endokrine forstyrrelser: amenorè, unormal insulinsekresjon, økte mengder vektshormon og kortisol.
- Om lidelsen startet prepubertalt; forsinket utvikling.

(Helsedirektoratet, 2017).

2.1.4 Komorbiditet

Det å lide av en spiseforstyrrelse over lengere tid kan ofte føre til andre psykiske plager. En må finne ut av om spiseforstyrrelsen er en følgetilstand av for eksempel depresjon eller andre psykiske lidelser, eller om symptomene er noe pasienten har i tillegg til selve spiseforstyrrelsen. Dette blir beskrevet som komorbide trekk. Tvangslidelser, depresjon og angst er ofte komorbide trekk hos pasienter som lider av en alvorlig spiseforstyrrelse (Rør, 2009, s.38-39).

Av pasienter som lider av en spiseforstyrrelse har nær 60% en form for personlighetsforstyrrelse. Denne dobbeltdiagnosen er vanskeligere å behandle og representerer et lavere nivå av fungering. Unnvikende personlighetsforstyrrelse er den vanligste personlighetsforstyrrelsen for pasienter med anorexia nervosa (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, 2010, s.379).

2.1.5 Symptomer

Det å lide av spiseforstyrrelse over lengere tid fører til en rekke fysiske symptomer.

(Hummelvoll, 2012, s.310).

- Hud/hår: håravfall, lanugo-hår (dunaktig behåring), tørr hud.
 - Nervesystemet: hjernen minsker ved underernæring som kan bidra til sekundære psykiske forstyrrelser. Underernæring over mange år betyr en økt risiko for endring i kognitive funksjoner, og det er påvist tegn på tidlig demens.
 - Hjerte/kar: nedsatt puls. Rytmeforstyrrelser, ofte som følge av hypokalemi. Hjertestans.
 - Væske- og elektrolyttbalansen: den mest vanlige elektrolyttforstyrrelsen ved spiseforstyrrelser er hypokalemi – mangel på kalium som følge av bruk av vanddrivende midler, oppkast og manglende inntak av næring og væske. Hypokalemi øker risikoen for rytmeforstyrrelser og hjertestans.
 - Fordøyelsesapparatet: kolikkplager, knipesmerter og en tidlig metthetsfølelse er vanlig hos pasienter med anoreksi. Forstoppelse.
 - Endokrine forstyrrelser: Tap av menstruasjon/menstruasjonsforstyrrelser. Veksthemning. Nedsatt produksjon av kjønnshormonene.
 - Skjelett: Økt risiko for osteoporose som følge av redusert benmasse og osteopeni.
 - Blod og immunsystem: Anemi. Ved misbruk av avføringsmidler kan man få tarmlødnings som fører til jernmangel. Leukopeni, redusert antall hvite blodlegemer. Blødningstendens grunnet K-vitamin mangel.
- (Skårderud, 2016, s.61-65).

Det å øke inntaket av næring vil bidra til at kroppsfunksjonene normaliseres, men det finnes noen unntak som ikke kan reverseres. Dette gjelder blant annet en økt risiko for infertilitet, benskjørhet og redusert vekst ved lavt næringsinntak i puberteten (Skårderud, 2016, s.60).

2.1.6 Behandling og tilfriskning

Om pasienten ikke er alvorlig undervektig og er stabil somatisk bør pasienten behandles poliklinisk (Helsedirektoratet, 2017). Sykehusbehandling kan være nødvendig om pasienten har en alvorlig grad av spisevegring og poliklinisk behandling ikke har hatt effekt (Hummelvoll, 2012, s.319).

Ved alvorlige spiseforstyrrelser kan det være fare for liv og helse (Øverås, 2018, s.49). Blant psykiske lidelser er anoreksi den mest dødelige. I Europa er anoreksi, etter ulykker og kreft, den tredje største dødsårsaken blant tenåringsjenter. Selvmord og komplikasjoner av underernæring er årsaker til dødsfall (Skårderud, 2016, s.73).

Aarre og Juklestad (2018) skriver at det foretrekkes at pasientene behandles poliklinisk eller i dagavdeling. Ved alvorlig underernæring og utilstrekkelig vektoppgang kan innleggelse i en avdeling som har rammer og ressurser til å sørge for at pasienten reernæres være nødvendig (Bjørnelv, 2012, s.283). Indikasjoner på innleggelse kan blant annet være en BMI under 15 og at pasienten er somatisk ustabil. Eksempler på ustabile parametere er lavt blodtrykk, elektrolyttforstyrrelser eller tegn på organsvikt (Helsedirektoratet, 2017).

Målet med behandlingen vil være å gjenopprette en akseptabel vekt og ernæringsmessig tilstand (Hummelvoll, 2012, s.319). De underliggende problemene for spiseforstyrrelsen og konsekvensene av langvarig alvorlig sykdom må også behandles (Bjørnelv, 2012, s.283). For å regulere den ustabile væske- og elektrolyttbalansen kan intravenøse infusjoner være nødvendig. Vektoppgangen bør være kontrollert, og det bør være en gradvis opptrapping av kostplan for å gjenopprette pasientens vekt og ernæringstilstand for å unngå reernæringssyndrom (Hummelvoll, 2012, s.319). For et hjerte som er langvarig svekket av ernæringsmangel kan overbelastning oppstå ved for rask økning i sirkulerende væskemengde (Skårderud, 2016, s.155-156).

Ved alvorlig underernæring kan sondeernæring være nødvendig (Aare og Juklestad, 2018). Noen pasienter kan oppleve sondeernæring som en krenkelse, mens andre kan se på det å slippe å ta ansvar for å spise selv som en befrielse (Skårderud, 2016, s.156). For pasienter med anoreksi anbefales det en ukentlig vektøkning på 0,5-1,5kg/uke for å redusere undervekt (Helsedirektoratet, 2017).

2.2 Relasjonsbygging

Begrepet relasjon stammer fra det latinske *relatio*, som betyr å stå i forbindelse med hverandre (Eide og Eide, 2012). Å møte et annet menneske vil alltid innebære en relasjon. Innen psykisk helsearbeid vil dette være en relasjon mellom den som søker hjelp og den som forsøker å hjelpe (Karlsson og Borg, 2013). Haugsgjerd *et al* (2009) skriver at den største utfordringen med å jobbe innen helsevesenet vil være å utvikle evnen man har til å skape en relasjon med andre.

En må kunne å være tilgjengelig, tillitsvekkende og vise respekt for den andre. En må kunne la seg bli berørt og å bli bevisst på de opplevelsene den andre personen forløser i seg (Haugsgjerd *et al*, 2009). En må også være i stand til å vise empati for den andre (Hummelvoll, 2012, s.422).

Opjordsmoen, Vaglum og Thorsen (2008) skriver om relasjonens betydning hvor pasientene så på relasjonen mellom pasient og stab som noe av det mest essensielle ved sykehusbehandlingen. De relasjonelle aspektene det ble lagt vekt på, var det å være interesserte, empatiske og forståelsesfulle. En dårlig terapeutisk relasjon kan få negative konsekvenser for behandlingen. Det å etablere en allianse med en pasient med spiseforstyrrelse kan være vanskelig, fordi pasienten ikke alltid føler eller betrakter seg selv som syk. Det er mye ambivalens i forhold til behandling i denne pasientgruppen (Hummelvoll, 2012, s.321).

2.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon stammer fra det latinske *communicare* som betyr å ha en forbindelse med eller å gjøre noe felles. Kommunikasjon er et av sykepleiernes viktigste verktøy som man aktivt bruker i jobben hver eneste dag. God, profesjonell kommunikasjon er personorientert og ser pasienten som en hel person. Dette innebærer at man lytter aktivt, anerkjenne den andre som en unik person, observerer og tolker verbale og nonverbale signaler og er oppmerksomt tilstede (Eide og Eide, 2017).

Kommunikasjon er et verktøy for å oppnå en terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient. Sykepleier må være bevisst på og forstå ulike kommunikasjonsmetoder, både verbale og nonverbale (Eide og Eide, 2017).

2.4 Egostyrkende sykepleie

”Jeg-styrke” er et begrep som refererer til de psykologiske funksjoner og personlighetstrekkene som bidrar til psykisk helse (Kringlen, 2005, s.85). Liv Strand har videreutviklet Sonja Levanders prinsipper om hvordan sykepleier kan bidra med å styrke pasientens egofunksjoner. De ulike egostyrkende prinsippene er; *kontinuitet og regelmessighet, nærhet og avstand, fysisk omsorg, grensesetting, skjerming, containing-function, realitetsorientering, praktiske gjøremål, verbalisering, pedagogisk tilnærming, krav og mål, trening i å se valgmuligheter og å foreta valg* (Strand, 1990, s.76-77).

Haugsgjerd *et al* (2009) beskriver spiseforstyrrelsen som i noen tilfeller er preget av symptomer som oppleves som ego-dystont, altså jeg-fremmed.

I dette litteraturstudie vil egofunksjonene *kontinuitet og regelmessighet og nærhet og avstand* bli inkludert.

Prinsippet kontinuitet og forutsigbarhet er essensielt for at relasjonen mellom pasient og sykepleier skal få mulighet til å etableres og utvikles. Sykepleieren må vise pasienten at hun er til å stole på. Nærhet og avstand er en balansegang som krever kunnskap og må reguleres med tanke på tid og situasjon (Strand, 1990, s.76-77).

2.5 Lovverk

De somatiske konsekvensene ved alvorlige spiseforstyrrelser kan være livstruende. Tidligere forskning viser til at de fleste av pasientene mener at tvang kan være riktig behandling om det er fare for liv og helse (Øverås, 2018, s.49).

Tvangsbehandling av pasienter som lider av alvorlig anoreksi har hjemmel i *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (Psykisk helsevernloven, 1999).

I lovens formål står det beskrevet at det skal sikres at gjennomføringen av psykisk helsevern skal skje i samsvar med menneskerettighetene og at det skal skje på en forsvarlig måte.

Behandling på tvang av pasienter med alvorlig anoreksi forutsetter at pasienten oppfyller vilkårene i § 3-3. I psykisk helsevernloven § 3-3 nr.1 er frivillighetsvilkåret beskrevet, at frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt. Andre vilkår som må oppfylles er blant annet mangel av samtykkekompetanse og at pasienten lider av en alvorlig sinnslidelse (Psykisk helsevernloven, 1999). I enkelte tilfeller kan pasienter med anoreksi ha en sykdom som karakteriseres som en alvorlig sinnslidelse. For at det skal regnes som en alvorlig sinnslidelse, må pasienten ha en tilstand som kan likestilles med en psykose (Helsedirektoratet, 2017).

Alvorlig undervekt kan medføre en kognitiv svekkelse og forverre tvangen knyttet til anoreksien. Pasientene kan da være så preget av sykdommen at hun ikke er i stand til å ta ansvar for egen helse (Bjørnelv, 2012, s.285-286). I behandling av en pasient med en alvorlig spiseforstyrrelse kan det gis ernæring uten eget samtykke. Vilråene for gjennomføring av tvangsernæring står beskrevet i § 4-4 i *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Om pasienten motsetter seg tvangsernæring, for eksempel sondemat, kan det fattes vedtak om fastholding etter § 4-8 (Psykisk helsevernloven, 1999). Ved ernæring uten samtykke som tiltak fremheves det at det må være en del av en helhetlig behandlingsopplegg som inkluderer andre tiltak rettet mot spiseforstyrrelsen (Helsedirektoratet, 2017).

2.6 Litteraturstudiets hensikt

Oppgavens formål og hensikt er å få økt kunnskap om og å undersøke hvordan man som sykepleier kan lykkes i det å skape en god relasjon til pasienter som lider av anorexia nervosa, som er innlagt under tvungen psykisk helsevern.

2.7 Presentasjon av problemstilling

”Hvordan kan sykepleier skape en god relasjon til voksne, kvinnelige pasienter med anorexia nervosa innlagt på tvang i psykisk helsevern?”

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Metode er en fremgangsmåte for å fremskaffe kunnskap (Dalland, 2017, s.51).

Metoden brukt i denne oppgaven er et litteraturstudie. Et litteraturstudie vil si å samle inn og systematisere kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2015, s.79).

I oppgaven er det brukt selvvalgt litteratur relevant for valgt tema samt vitenskapelige artikler funnet gjennom søkeprosessen. Valgt litteratur omhandler spiseforstyrrelser, relasjon, kommunikasjon og tvang. Søk etter relevante vitenskapelige artikler er gjort i forskjellige databaser. Offentlige dokumenter ble funnet gjennom søk på Helsedirektoratet. Aktuelle lover ble funnet på lovdata.no.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Studier som omhandler pasienter med diagnosen anorexia nervosa.• Studier som er publisert på norsk eller engelsk.• IMRaD-struktur og/eller fagfellevurdert i et tidsskrift som er registrert og godkjent i NSD med vitenskapelig nivå 1 eller 2.• Studier som er relevante for sykepleie til pasienter som lider av en spiseforstyrrelse.• Studier kan inkludere pasienter som er innlagt på tvang.	<ul style="list-style-type: none">• Studier som omhandler bulimi eller overspising.• Pårørendeperspektiv• Studier som kun omhandler barn.• Andre språk enn norsk eller engelsk.• Artikler eldre enn 10 år.

3.3 Søkeprosessen

Før selve søkeprosessen startet det laget et tankekart med stikkord i sammenheng med problemstillingen for å gjøre opp tanker om hvilke innhold eventuelle artikler skulle ha. Fremgangsmåten for å finne de relevante artiklene ble gjort gjennom systematiske søk i ulike databaser. De aktuelle databasene er Medline, PubMed, Embase, Sage Journals og Psychinfo. Alle søkene som ble utført ble skrevet inn i et eget dokument med oversikt over database, dato, søkeord, kombinasjoner og resultat av søkene. Abstraktene for artikler som ble ansett som relevante i forhold til problemstillingen ble gjennomgått. Totalt 12 artikler ble nøye lest, og flere av disse ble ekskludert ut i fra de valgte eksklusjonskriteriene.

En av de valgte artiklene er funnet via Medline, mens de de resterende artiklene er funnet gjennom Psychinfo. Søkeordene som er forsøkt i forskjellige kombinasjoner på forskjellige databaser er: *"eating disorder"*, *"anorexia nervosa"*, *"nursing"*, *"nurse-patient relations"*, *"alliance"*, *"ethics"*, *"inpatient"*, *"hospitalized patients"*, *"motivation"*, *"coercion"*, *"first person experience"*, *"care"*, *"interaction"*, *"client satisfaction"*, *"involuntary commitment"*, *"phenomenology"*, *"human females"* og *"involuntary treatment"*.

Underveis i søkeprosessen ble tidsskriftene hvor de relevante artiklene er publisert sjekket via NSD – register over vitenskapelige publiseringskanaler, hvor det er mulig å finne ut av hvilken vitenskapelig grad artiklene er vurdert til å være (NSD, 2019).

Et av inklusjonskriteriene var at artikler inkludert i oppgaven skulle være fagfelleurdert til nivå 1 eller nivå 2. Dette litteraturstudiet bygger på fire artikler med nivå 1 og en artikkel med nivå 2.

3.4 Søkedokumentasjon

Artikkel 1:

”Nurses` Establishment of Health Promoting Relationship: a Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research” (Salzmann-Erikson og Dahlèn, 2017).

Database	Søkeord	Antall treff
Psychinfo 23/1-19	1. Anorexia Nervosa	9342
	2. Nursing	19664
	3. 1 AND 2	20

Artikkel 2:

”Compulsory Treatment in Anorexia Nervosa: A Review” (Elzackers *et al*, 2014).

Database	Søkeord	Antall treff
Psychinfo 1/3-19	1. Anorexia Nervosa	10677
	2. Involuntary Treatment	1246
	3. 1 AND 2	55

Artikkel 3:

”Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion” (Tan *et al*, 2009).

Database	Søkeord	Antall treff
Psychinfo 15/4-19	1. Involuntary Treatment	1255
	2. Coercion	2076
	3. Anorexia Nervosa	10724
	4. 1 AND 2 AND 3	7

Artikkel 4:

”Preferred Therapist Characteristics in Treatment of Anorexia Nervosa: The Patient`s Perspective” (Gulliksen *et al*, 2012).

Database	Søkeord	Antall treff
Psychinfo 22/4-19	1. Anorexia Nervosa	10730
	2. Client Satisfaction	5209
	3. 1 AND 2	7

Artikkel 5:

”An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals” (Wright og Hacking, 2012).

Database	Søkeord	Antall treff
Psychinfo 23/4-19	1. Anorexia Nervosa	10730
	2. Phenomenology	12934
	3. 1 AND 2	53
	4. Human females	139829
	5. 3 AND 4	6

3.5 Analyse av valgte artikler

Artiklene som er valgt ut ble nøye gjennomgått etter systematiske søk. De ble lest flere ganger for å sikre at innholdet ble forstått og for å identifisere styrker og svakheter ved artiklene. Stikkord ble skrevet underveis for å lettere kunne finne tilbake hva artikkelen omhandler. Deretter ble det skrevet et detaljert matrise for å sette i gang en analyse.

De valgte artiklene ble analysert etter inspirasjon fra Aveyard (2014, s.143-150).

Første trinn i analyseprosessen var å lage en artikkelmatrise, med en oversiktlig fremstilling med de valgte artiklenes hensikt, metode og resultat. Resultatene som er relevante for problemstillingen ble inkludert i matrisen. Deretter ble temaer fra de valgte artiklenes resultater identifisert, før prosessen med å danne temaer ut i fra disse startet. Til slutt ble en sammenfatning av resultatene av valgte temaer utført (Aveyard, 2014, s.143-150).

4.0 Resultat

4.1 Presentasjon av resultat

4.1.1 Artikkel 1

Artikkel	<i>"Nurses`s establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research"</i> (2017).
Referanse	Salzmann-Erikson, M. Dahlèn, J. (2017) Nurses` Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research. <i>Journal of Child and Family Studies</i> , 26 (1), 1-13. doi: 10.1007/s10826-016-0534-2.
Hensikt	Hensikten med denne artikkelen er å identifisere og beskrive faktorer som fremmer og hindrer forholdet mellom sykepleiere og barn, ungdom og unge voksne som er diagnostisert med anorexia nervosa og å utforske og beskrive hvordan disse forholdene hjelper pasientenes prosess mot en bedre helse og økt velvære.
Metode	<p>Systematisk litteraturgjennomgang; deskriptiv syntese hvor det ble gjort systematiske søk i tre databaser (CINAHL, PsycINFO og PubMed).</p> <p>CINAHL: 680 artikler kom frem gjennom studiene, hvor alle titlene ble lest. Abstrakt til 41 artikler ble lest og 22 artikler ble gjennomgått. 12 artikler ble valgt ut.</p> <p>PsycINFO: 350 artikler ble funnet gjennom søk. Alle titler ble lest. 11 abstrakter ble lest, 6 artikler gjennomgått og 1 utvalgt.</p> <p>PubMed: 354 artikler ble funnet og titlene lest. 4 abstrakter ble lest, 1 artikkel gjennomgått, men ikke inkludert.</p>

	<p>Søkeord inkluderer; <i>anorexia nervosa, qualitative studies, nursing care, interpersonal relationships, alliance, effective nursing, professional relationships, nurse-patient relationship.</i></p> <p><u>Inklusjonskriterier:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fagfellevurderte kvalitative artikler. • Engelskspråklig. • Publisert mellom 2004-2014. • Relevante for studien. • Omhandler barn, ungdom og unge voksne. • Klar fokus på pasienter diagnostisert med anorexia nervosa. • Sykepleiers erfaring med å jobbe med pasienter diagnostisert med anorexia nervosa.
Resultat	<p>Resultatene er delt inn i 4 emner;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det essensielle i en relasjon: Følelsen av solidaritet, at pasienten kan være delaktig i behandlingen og likestilling. Åpenhet, integritet og ærlighet. Tillitt og trygghet. • Å se personen: Se personen bak diagnosen. Balansen mellom det fysiske og psykiske. • Sykepleierens holdninger: Motivasjon og håp. Vedlikeholde struktur, ansvar og normalitet. Tilstedeværelse og tilgjengelighet. • Kunnskap: Forståelse, erfaring og kunnskap.

4.1.2 Artikkel 2

Artikkel	<i>"Compulsory Treatment in Anorexia Nervosa: A Review"</i> (2014).
Referanse	Elzakkers <i>et al</i> (2014) Compulsory Treatment in Anorexia Nervosa: A Review. <i>International Journal of Eating Disorders</i> , 47 (8), 845-852. doi: 10.1002/eat.22330.
Hensikt	Hensikten med denne artikkelen er å gjennomgå og oppsummere den tilgjengelige litteraturen som omhandler tvangsbehandling innen anorexia nervosa. Noen av spørsmålene undersøkt var; hvor ofte tvang var involvert i behandlingen hos pasienter med diagnosen anorexia nervosa, hva slags konsekvenser tvangsbehandling har hos pasienter med anoreksi, hvilke risikofaktorer har bruken av tvang og hvilke syn pasienter med anoreksi har på tvangsbehandling.
Metode	<p>Systematisk litteraturgjennomgang.</p> <p>Det ble gjort søk i 3 databaser: PubMed, Psycinfo og Scopus.</p> <p>Inklusjonskriterier var studier som sammenlignet de kliniske resultatene (for eksempel BMI ved utskrivelse og/eller ettervern), anorektiske pasienters holdninger til tvang og studier som tar for seg epidemiologi av tvangsbehandling innen anoreksi.</p> <p>Eksklusjonskriterier var studier som hadde primært fokus på lovverk, etiske og filosofiske diskusjoner. Studier som ikke var engelskspråklige og omhandlet andre spiseforstyrrelser en anoreksi ble ikke inkludert i studien.</p> <p>Søkeord inkluderer: <i>anorexia nervosa, eating disorders, compulsory treatment, coercive treatment, involuntary treatment og treatment refusal.</i></p> <p>Gjennom søk ble 1313 artikler funnet og 540 abstrakter ble lest.</p> <p>Av disse ble 14 studier inkludert i henhold til inklusjons- og eksklusjonskriteriene. En kvantitativ studie ble også inkludert da den var den eneste kvantitative studien som omhandler den anorektiske pasientens opplevelse av tvangen.</p>

Resultat	<p>Det er lite epidemiologiske data som omhandler tvang og anoreksi.</p> <p>Pasienter innlagt på tvang har mer alvorlige symptomer (tidligere innleggelser, selvskading, depresjon). I alle studiene var innleggelsene lengre om pasienten var innlagt på tvang. Å undersøke den terapeutiske alliansen ved bruk av tvang var ikke et mål i denne studien, men forfatterne rapporterte at det ikke var noen forverring i relasjonen.</p> <p>Ved utskrivelse var ikke forskjellen mellom pasientene som var frivillig innlagt eller på tvang stor. Basert på disse funnene kan en konkludere med at behandling på tvang kan være gunstig på kort sikt. Langtidseffekten av tvangsbehandling er fortsatt relativt ukjent.</p> <p>Pasientenes syn på tvangsbehandling er at de ved fare for liv støtter behandling på tvang. Det spiller også inn hvordan selve tvangen blir utført.</p>
-----------------	---

4.1.3 Artikkel 3

Artikkel	<i>"Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion"</i> (2009).
Referanse	Tan <i>et al</i> (2009) Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion. <i>International Journal of Law and Psychiatry</i> , 33 (1), 13-19. doi: 10.1016/j.ijlp.2009.10.003.
Hensikt	Tvang i behandling av anoreksi er kontroversielt. Forskning tyder på at pasienter ofte opplever overtalelse og tvang. Forskning tyder også på at pasienter som lider av anoreksi kan endre mening om tvangen i ettertid. Det er få studier som utforsker erfaringene til pasienter som har hatt eller har anoreksi, om deres erfaring med tvangsbehandling.
Metode	Kvalitativ studie. Intervjuer av 29 kvinner mellom 15-26 år som enten lider av anoreksi eller tidligere har hatt anoreksi. 8 av kvinnene var innlagt, 18 var dagpasienter eller gikk i hjemmebehandling, 1 ventet på behandling, 1 hadde nettopp droppet ut av frivillig innleggelse og 1 hadde takket nei til behandling. 2 av kvinnene hadde blitt tvangsinnlagt, 3 mente de hadde blitt innlagt ufrivillig på grunn av trusler og press fra pårørende rundt seg. De siste 3 kvinnene var frivillig innlagt.
Resultat	Alle pasientene anså at behandling på tvang er nødvendig dersom det er livsnødvendig. Flere pasienter sier de var takknemlig i etterkant, selv om de hadde motsatt seg behandling. Symptomatikken av lidelsen var ofte dominerende slik at pasientene motsatte seg behandlingen selv om ønsket om å akseptere behandlingen var tilstede. To pasienter mente at tvangsbehandling kunne vært igangsatt på et tidligere tidspunkt før de ble sykere, slik at sykdommen hadde vært lettere å snu og for å forebygge mye lidelse. Tvangshandlingen kan ved hjelp av en god relasjon og tillit til helsepersonellet oppleves som en mindre grad av tvang og pasienten kan være mindre innstilt på å motsette seg tvangen.

4.1.4 Artikkel 4

Artikkel	<i>"Preferred Therapist Characteristics in Treatment of Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective"</i> (2012).
Referanse	Gulliksen <i>et al</i> (2012) Preferred Therapist Characteristics in Treatment of Anorexia Nervosa: The Patient Perspective. <i>International Journal of Eating Disorders</i> , 45 (8), 932-941. doi: 10.1002/eat.22033.
Hensikt	Tidligere forskning innen spiseforstyrrelser tyder på at behandlingstilfredshet er nært knyttet til måten omsorgen blir levert på. Denne studien utforsker hvilke karakteristiske trekk pasienter med anoreksi foretrekker hos helsepersonellet.
Metode	<p>En norsk fenomenologisk, deskriptiv, kvalitativ studie.</p> <p>38 kvinnelige informanter mellom 18-51 år ble intervjuet.</p> <p>For mest mulig variasjon i informantenes erfaringer ble det intervjuet pasienter som hadde vært innlagt på avdeling for spiseforstyrrelser, både som innlagt og dagpasient, somatiske avdelinger, privatpraktiserende psykolog og andre steder som behandler pasienter med anoreksi.</p> <p>Intervjuer ble tatt opp, transkribert og analysert ved hjelp av programvaren QSR-NVivo.</p>
Resultat	<p>Positive møter fikk pasientene til å føle seg verdifulle, forstått, mindre alene og i bedre humør. Negative møter fikk derimot pasientene til å føle seg ensomme, dumme og verdiløse. De negative møtene kunne også bidra til at pasientene begynte å spise mindre eller å kaste opp, for å bevise at de virkelig er syke.</p> <p>Generøsitet, respekt, tålmodighet, å vise interesse, ha en sans for humor, det å fokusere på ressurser, støtte i vanskelige situasjoner, ha kunnskap og autoritet er viktige positive trekk hos helsepersonellet. Fordommer og passivitet er beskrevet som negative trekk hos helsepersonellet.</p>

4.1.5 Artikkel 5

Artikkel	<i>"An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals"</i> (2012).
Referanse	Wright, K.M. Hacking, S. (2012) An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 19 (2), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01760.x.
Hensikt	Hensikten med denne studien er å beskrive opplevelsen av den terapeutiske relasjonen mellom kvinner med anoreksi og helsepersonellet, samt å utforske tjenestemodellen der relasjonen oppstår.
Metode	<p>Kvalitativ studie der 6 kvinner mellom 21-44 år med diagnosen anoreksi og 7 kvinnelige helsepersonell mellom 33-51 år deltok i studien med semistrukturerte intervjuer med fenomenologisk hermeneutisk analyse.</p> <p>Av disse var fem sykepleiere, en var kognitiv atferdsterapeut og en var ernæringsfysiolog. Tre av helsepersonellet jobbet på døgnavdeling for spiseforstyrrelser, mens de andre jobbet på dagavdeling.</p> <p>Totalt 25 intervjuer ble gjennomført, 12 pasientintervjuer og 13 intervjuer av helsepersonellet. Intervjuene varte fra 20-70 minutter. Deltakerne ble intervjuet opptil 3 ganger hver.</p>
Resultat	<p>Seks temaer som er viktig i den terapeutiske relasjonen oppsto som følge av intervjuene:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ærlighet.• Trygghet• Det å skille mellom person og sykdom.• Bedring målt i vektoppgang.• Håp og optimisme.• Omsorg.

4.2 Sammenfatning av resultatene

4.2.1 Å skape tillit og trygghet

Det å skape tillit ble beskrevet som viktig i behandlingen av mennesker med anoreksi og som utvikles over tid (Salzmann-Erikson og Dahlèn, 2017). Pasienter beskriver positive møter med helsepersonell med at de føler seg forstått, trygge, verdifulle og mindre dumme. Negative møter fikk derimot pasientene til å føle seg ensomme, dumme og mindre verdifulle. Dette kunne føre til at pasientene følte på et tap av identitetsfølelse og selvbebreiding (Gulliksen *et al*, 2012).

Tilstedeværelse og tilgjengelighet blir beskrevet som viktige faktorer i relasjonen. Det å være tilgjengelig for korte, daglige samtaler var bedre en planlagt ukentlig terapi (Salzmann-Erikson og Dahlèn, 2017). Andre faktorer som blir beskrevet som karakteristiske trekk pasienter foretrekker hos helsepersonell er det å føle seg akseptert, at helsepersonellet har kunnskap og viser respekt for pasienten, er tålmodighet, lytter aktivt, men også utfordrer pasienten (Gulliksen *et al*, 2012). Flere av disse faktorene blir også beskrevet i studien til Wright og Hacking (2012), hvor pasientene også uttrykte at for å kunne etablere en autentisk og terapeutisk relasjon var det behov for å være ekte og genuin.

4.2.2 Å se personen bak diagnosen.

Salzmann-Erikson og Dahlèn (2017) skriver at både sykepleiere og pasienter understreket at det var avgjørende at sykepleieren klarte å skille personen fra diagnosen, men at dette ikke alltid var like lett. Om sykepleieren så diagnosen i stedet for personen bak diagnosen opplevde sykepleierne pasientene som manipulerende, og pasientene opplevde et tap av identitet og at de bare var enda et tilfelle av anoreksi. Dette ble antatt å styrke omfanget av sykdommen og identiteten av det å være anorektisk. Når sykepleierne uttrykte respekt for personen bak sykdommen hjalp det pasientene til å ta en mer aktiv rolle i relasjonen. En strategi blant sykepleierne var å la pasientene fortelle sine egne historier.

4.2.3 Sykepleiers holdninger og kunnskap

Pasientenes tillit i relasjonen til sykepleierne ble styrket når sykepleierne viste at de hadde kunnskap om sykdommen. I samme studie blir det beskrevet at når sykepleier mangler kunnskap om sykdommen påvirker dette relasjonen med pasienten. Sykepleier kunne da ha et innsnevret fokus på pasientens oppførsel som resulterer i en maktkamp i relasjonen.

Pasientene ble da ansett å være manipulerende og sykepleierne følte at pasientene så dem som fiender med autoritære tilnærminger og tiltakene ble sett på som straff (Salzmann-Erikson og Dahlèn, 2017).

Salzmann-Erikson og Dahlèn (2017) belyser at sykepleiernes tilnærming til pasientene hadde en betydning med tanke på det å fremme en relasjon med pasientene og i tilfriskningsfasen. Sykepleieren ble beskrevet som en rollemodell som etablerte normer, ansvar og struktur i pasientenes liv. Sykepleierne spiller en viktig rolle i det å informere og undervise pasientene om behandlingen og de terapeutiske målene for å motivere pasientene. I studien til Gulliksen *et al* (2009) beskrives det at helsepersonellens kunnskap hjalp pasientene til å lettere forstå og akseptere seg selv.

Sykepleierne hadde en strukturert tilnærming i starten av bedringsprosessen, når de anorektiske tankene var sterkest. Det at sykepleierne tok ansvaret for matinntaket og hadde en strukturert tilnærming for å etablere en normalitet, ble ansett som nyttig for pasientene. Samtidig kommer det frem at når sykepleier tar over kontrollen er det viktig at de samtidig viser empati og forståelse for pasientens følelser. Når sykepleierne viste forståelse, men samtidig var trygge nok til å utfordre pasienten, ble dette opplevd som positivt og det styrket følelsen av at sykepleierne var der for dem (Salzmann-Erikson og Dahlèn, 2017).

Mangel på kunnskap kan føre til en oppfatning blant sykepleierne om at det var pasienten selv som var ansvarlig for sykdommen og dermed burde kunne ta ansvar for å bli friske selv. Disse holdningene til pasientene med spiseforstyrrelser førte til at sykepleierne utførte rutinemessig oppførsel og pasientene ble oppfattet som opprørske. Dette svekket relasjonen.

Ved mangel på empati og forståelse fra sykepleierne ble tiltakene i behandlingen oppfattet som straff som igjen resulterer i en svekket relasjon med pasienten (Salzmann-Erikson og Dahlèn, 2017).

4.2.4 Tvang

Elzakkers *et al* (2014) skriver at pasienter med spiseforstyrrelser som er innlagt på tvang har mer alvorlige symptomer i form av høyere komorbiditet som inkluderer blant annet hyppigere tidligere innleggelse, mer selvskading, depresjon og lenger varighet på innleggelsene.

Hensikten til studien til Elzakkers *et al* (2014) var ikke å undersøke hvordan relasjonen ble påvirket ved tvangsinnleggelse, men kunne allikevel si at relasjonen ikke ble verre om pasienten var innlagt på tvang. Dette i likhet med studien til Tan *et al* (2009) som skriver at tvang ikke er assosiert med en svekket relasjon med helsepersonellet.

I studien til Tan *et al* (2009) ble tvangsbehandlingen sett på som nyttig, omsorgsfull og støttende av noen pasienter, mens andre pasienters syn på tvangsbehandlingen var at tvang ikke hadde noen effekt på det å bli frisk fra lidelsen og at de følte seg straffet når tvang ble benyttet. Det er også beskrevet at pasientene var opptatt av relasjonen med helsepersonellet, og at i en tillitsfull relasjon kunne tvangen oppleves som omsorg.

I studiene til både Tan *et al* (2009) og Elzakkers *et al* (2014) er pasientenes syn på tvangsbehandling var at det rette om det var livsnødvendig og mange pasienter var takknemlige i ettertid. Pasientene sier også i begge studiene at når de led av alvorlig underernæring ikke var i stand til å ta egne avgjørelser.

Noen av pasientene mente at tiltakene kunne blitt igangsatt tidligere slik at sykdommen ikke fikk utvikle seg i større grad, prognosene hadde vært bedre og pasientene kunne sluppet mye lidelse (Elzakkers *et al*, 2014). Dette mente også 2 av pasientene i studien til Tan *et al* (2009).

5.0 Drøfting

5.1 Å skape tillit og trygghet

Som sykepleier er det viktig å ha kunnskap om hva som fører til trygghet hos andre, men hva skal til for å føle tillit og trygghet?

Skau (2017, s.35) skriver at tillit er grunnleggende i relasjoner mellom mennesker.

Det at noen skal ha tillit til oss er ikke noe vi kan kreve, men noe vi må gjøre oss fortjent til, igjen og igjen, og tilliten kan også brytes ned igjen. I følge Salzmann-Erikson og Dahlèn (2017) er tillit er en komponent i en relasjon som blir utviklet over tid.

Salzmann-Erikson og Dahlèn (2017) beskriver tillit som en viktig faktor i behandlingen av mennesker med anoreksi. Det å etablere en allianse med en pasient med anoreksi kan være utfordrende, da pasienten kan være ambivalent i forhold til behandlingen (Hummelvoll, 2012, s.321). Bjørnelv (2012, s.267) skriver at anoreksien kan bety trygghet og stabilitet for pasienten. De kan også vansker med å uttrykke egne følelser og behov, som igjen påvirker etableringen av en relasjon (Hummelvoll, 2012, s.310-311). Det er derfor essensielt at sykepleier har gode kommunikasjonsferdigheter å kan tolke pasientenes verbale og nonverbale språk (Eide og Eide, 2017). Det å ha en empatisk holdning i samtalen med pasienten, vise forståelse og være anerkjennende er viktige faktorer i kommunikasjon med pasienten. Det å speile den andre kan gi en mulighet for medfølelse, innlevelse og ektefølt empati (Røkenes og Hanssen, 2012).

Det er flere faktorer som skal være tilstede for å skape en god og tillitsfull relasjon med den anorektiske pasienten. Det å se personen bak sykdommen og ikke bare spiseforstyrrelsens symptomer er en av disse faktorene (Skårderud, 2016, s.95). Salzmann-Erikson og Dahlèn (2017) understreker viktigheten av dette i sin studie at dersom sykepleieren evnet å uttrykke respekt for individet bak sykdommen kan det føre til at pasienten føler seg tryggere i relasjonen.

Salzmann-Erikson og Dahlèn (2017) beskriver at sykepleiers tilstedeværelse og tilgjengelighet ble beskrevet som viktige faktorer i relasjonen. Pasientene uttrykte at det var positivt om sykepleier var tilgjengelig for korte, daglige samtaler. Dette kan utdypes videre gjennom prinsippene for egostyrkende sykepleie, herunder prinsippet om kontinuitet og regelmessighet. Det kreves kontinuitet og regelmessighet om sykepleier-pasient relasjonen skal få etableres, utvikle seg og til slutt oppnå en allianse. Sykepleieren må vise at hun er pålitelig og at hun er der uansett hva (Strand, 1990, s.78)

I studien til Wright og Hacking (2012) beskrives det hvordan noen av pasientene så på sykepleierne som om de hadde en morsrolle, som ga en trygg og moderlig form for omsorg. Hummelvoll (2012, s.321) hevder at en mer saksorientert tilnærming må til, og at morsrollen som sykepleiere ofte assosieres med, bør dempes. En for nær relasjon kan gi konsekvenser i etterkant av behandlingen når relasjonen avsluttes (Eide og Eide, 2017).

Liv Strand (1990, s.80) mener at nærhet og avstand er en balansekunst. Sykepleieren må unngå å oppleves som invaderende, men heller ikke være avvisende overfor pasienten (Hummelvoll, 2012, s.321). Det å føle at man blir oversett kan være krenkende (Skau, 2017, s.37).

I studien til Gulliksen *et al* (2012) ble det sett på hvile personlighetstrekk pasienter med anoreksi foretrekker hos behandler. Noen av de trekkene pasientene satte høyest var det å være omsorgsfull, empatisk, vise respekt og å ha tålmodighet. Pasientene beskriver hvordan de positive møtene hadde en positiv effekt, mens det de opplevde som negative møter fikk negative konsekvenser. Dette gjenspeiles hos Opjordsmoen, Vaglum og Thorsen (2008) som belyser temaet om relasjonens betydning. De beskriver at pasientene så på relasjonen mellom pasient og stab som noe av det mest essensielle ved sykehusbehandlingen. De relasjonelle aspektene det ble lagt vekt på, var det å være interesserte, empatiske og forståelsesfulle. På den andre siden beskriver de også hvordan en dårlig terapeutisk relasjon kan få negative konsekvenser for behandlingen.

5.2 Å se personen bak diagnosen

Salzmann-Erikson og Dahlèn (2017) beskriver i sin studie at både sykepleiere og pasientene følte det var avgjørende at sykepleieren klarte å skille pasienten fra diagnosen, men at dette kunne være utfordrende. Dette belyses ved at sykepleierne som hadde negative erfaringer med de anorektiske pasientene så på dem som manipulerende og mistenksomme. Om sykepleieren hadde en autoritær tilnærming, ble hun oppfattet som fordomsfull fordi hun satte diagnosen foran individet som styrket det følelsen av identitetstap hos pasienten og følelsen av at de bare var enda ett tilfelle av anoreksi. Sykepleieren må mestre å se hvordan sykdommen påvirker pasienten. Ved alvorlig undervekt kan det medføre en kognitiv svikt som kan forverre tvangen knyttet til anoreksien, og pasientene kan bli fastlåst i den anorektiske tankegangen. Dette kan igjen bidra til å påvirke relasjonene til menneskene rundt pasienten (Bjørnelv, 2012, s.285-286).

Skårderud (2016, s.95-96) beskriver også viktigheten av det å se hele mennesket og ikke kun spiseforstyrrelsens symptomer. Om fokuset kun er på fysiske symptomene og den somatiske helsen bedrer seg, kan fortsatt pasienten være like spiseforstyrt.

5.3 Sykepleiers kunnskaps og holdninger

Salzmann-Erikson og Dahlèn (2017) belyser at pasientenes tillit i relasjonen ble styrket når sykepleierne viste at de hadde kunnskap om lidelsen. Kunnskap er noe vi tilegner oss gjennom hele livet. Det er viktig at en som sykepleier har kompetanse til å tilegne seg kunnskap og å benytte seg av relevant informasjon innenfor et fagfelt (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, 2010). Sykepleier plikter etter de yrkesetiske retningslinjene å ta ansvar for å holde seg faglig oppdatert og sikre at egen praksis er faglig forsvarlig (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Mangel på kunnskap om lidelsen kan ha negative konsekvenser for relasjonen med den anorektiske pasienten. I artikkelen til Salzmann-Erikson og Dahlèn (2017) blir det beskrevet at kunnskapsmangel om sykdommen kunne føre til en oppfatning blant sykepleierne om at pasienten selv var ansvarlig for sykdommen og dermed burde selv ta ansvar for å bli friske. Disse holdningene til pasientene førte til at pasientene ble oppfattet som opprørske av sykepleierne og at sykepleierne utførte rutinemessig oppførsel.

Om sykepleieren manglet kunnskap om sykdommen kunne dette påvirke relasjonen negativt, da sykepleier kunne ha ett syn på pasienten som manipulerende. Sykepleierne følte imidlertid at pasientene så på dem som fiender med autoritære tilnærminger og at tiltakene ble sett på som straff (Salzmann-Erikson og Dahlèn, 2017).

Salzmann-Erikson og Dahlèn beskriver hvordan sykepleieren spiller en viktig rolle med tanke på å informere pasienten om behandlingen og på pasienters motivasjon for behandling. Sykepleieren ble en slags rollemodell for pasientene. Det å holde pasientene informert om behandlingen er en av sykepleiers viktigste oppgaver. Hun må også sørge for å gjøre dette forståelig og forklare hva som og hvorfor det skjer. Dette kan bidra til at pasienten føler trygghet til sykepleieren og behandlingen (Segesten, 2016, s.156). For at en endring skal skje må en ha motivasjon for det (Eide og Eide, 2017). I møtet med den anorektiske pasienten kan det å motivere til endring være utfordrende da pasienten ofte er svært ambivalent med tanke på behandling og tilfriskning (Skårderud, 2016, s.9-10).

5.4 Tvang - når pasienten motsetter seg behandling

Skårderud (2016, s.191) skriver at sykehusbehandling av pasienter med spiseforstyrrelser bør være basert på frivillighet, men hva gjør man om det står om liv og død og pasienten nekter behandling?

Pasienter med anoreksi kan ha vanskeligheter med å innse tilstanden av sykdommen. Alvorlig underernæring kan føre til kognitiv svikt som igjen kan medføre at pasienten ikke er i stand til å ta adekvate avgjørelser (Skårderud, 2016, s.61). Dette belyses i studien til Tan *et al* (2010) hvor pasientene beskriver at de ikke var i stand til å ta egne avgjørelser når de var utsultet og avmagret. De hadde motsatt seg behandlingen fordi spiseforstyrrelsens symptomer dominerte, selv om de ønsket å akseptere behandlingen.

Erfaringsmessig kan enkelte pasienter selv be om å bli lagt inn under tvungen psykisk helsevern fordi de har mistet kontroll over spiseforstyrrelsen. De begrunner nødvendigheten med dette med at spiseforstyrrelsens symptomer er så sterke at de vil komme til å skrive seg ut om de blir frivillig innlagt, selv om de egentlig ønsker behandling. Aarre og Juklestad (2018) hevder at det foretrekkes at pasientene behandles poliklinisk eller i dagavdeling. De mener også at det går dårligst med de pasientene som blir innlagt. Dette kan forklares med at det sannsynligvis er disse pasientene som på forhånd er sykest.

Gjennom litteratursøket for denne oppgaven fant jeg at det var lite forskning på konsekvensene av tvangsbehandling for spiseforstyrrelser. Aarre og Juklestad (2018) skriver at tvang kan være nødvendig en sjelden gang om det er for å forhindre alvorlige komplikasjoner eller dødsfall. Dette støttes av studiene til Tan *et al* (2009) og Elzackers *et al* (2014) hvor pasientenes syn på tvangsbehandling var at dette var det rette om det var livsnødvendig. Pasientene beskrev at de var takknemlige i etterkant av tvangsbehandlingen og at de ved alvorlig underernæring ikke var i stand til å ta egne valg. Noen pasienter hadde også ønsket at tvangsbehandlingen hadde blitt igangsatt på et tidligere tidspunkt, slik at spiseforstyrrelsen ikke skulle få utvikle seg i like stor grad og pasientene kunne ha dermed ha sluppet mye lidelse (Tan *et al*, 2009; Elzackers *et al*, 2014). På den andre siden kan en argumentere mot behandling på tvang da de langsiktige konsekvensene av tvangsbehandling ikke er nok forsket på. Aarre og Juklestad (2018) belyser at det må tas stilling de langsiktige

konsekvensene og hvordan tvangsinngrep påvirker tilliten mellom helsetjenesten og pasienten.

I studiene til Tan *et al* (2009) og Elzackers *et al* (2014) uttrykte pasientene at de var takknemlige for behandlingen i etterkant, at de ikke hadde vært i stand til å ta beslutninger selv når de anorektiske tankene styrte. Ikke-skade-prinsippet vil si å ikke påføre noen en skade eller onde, mens velgjørhetsprinsippet vil si at en bør forebygge eller fjerne et onde. På en måte kan en si at ved tvangsbehandling fjerner et onde hos pasienten, ved å forebygge død som følge av alvorlig undervekt, mens på den andre siden kan en si at tvangsbehandlingen gjør det motsatte av ikke-skadeprinsippet fordi tvangsbehandlingen i seg selv kan føre til traumer hos pasienten i ettertid. Hva er egentlig den verste onden eller skaden? Mulig død eller mulig traume etter behandling? (Slettebø, 2013, s.103).

Kan tvangsbruk komplisere relasjonen med pasienten? Hvordan oppleves det for pasienten når sykepleieren som utfører tvangen også er personen som skal trøste pasienten i etterkant?

Erfaringsmessig vil det å ha en god relasjon med pasienten være positivt om bruk av tvang er nødvendig. Om pasienten føler trygghet sammen med personalet kan det bedre situasjonen for pasienten, selv om tvangen oppleves som negativt. På den andre siden kan også pasienten selv ønske at sykepleieren skal være med å utøve tvangen, fordi det kan oppleves som trygt å ha et kjent personale tilstede.

5.5 Forskningsetiske- og metodiske overveielser

Det er mange faktorer som spiller inn med tanke på det å skape en god relasjon. Flere faktorer enn det som er nevnt i denne oppgaven kom frem i de valgte artiklene og litteraturen, men det er i denne oppgaven fokusert på hovedfunnene. Autonomi, brukermedvirkning og de etiske aspektene rundt behandling på tvang er viktige og relevante temaer, men ikke fokuset i denne oppgaven, noe som kan være en svakhet i oppgaven. Det er flere lover som er aktuelle for valgt problemstilling, men kun det lovverket som er mest relevant er nevnt.

Det er i denne oppgaven benyttet studier som omhandler kvinner, da denne oppgaven er avgrenset til kvinner. Forekomsten av spiseforstyrrelser blant gutter er økende, men det er mest utbredt blant kvinner (Aarre og Juklestad, 2018). Det at gutter ikke er inkludert i denne oppgaven kan være en svakhet, da behovene deres med tanke på å skape en relasjon kan være annerledes enn hos kvinner.

En svakhet i denne oppgaven kan være at det gjennom systematiske søk ikke kom frem noen artikler eller studier som konkret svarer på problemstillingen og at andre kombinasjoner i søkeord kunne ha gitt resultater mer relevante for problemstillingen. På den andre siden kan det være en styrke å ha forskjellige artikler som består av ulike elementer, som i en helhet svarer på problemstillingen.

En annen svakhet kan være at to av de valgte artiklene er reviews, men disse er imidlertid relevante for den valgte problemstillingen. En annen faktor er at siden det gjennom systematiske søk ikke kom frem ytterligere relevante studier av kvalitativ eller kvantitativ design, med unntak av de valgte studiene med kvalitativ design. Det at det ikke har blitt anvendt studier av kvantitativ design kan være en svakhet da man ikke får målbare resultater eller statistikk. Det hadde vært ønskelig med mer oppdatert statistikk om spiseforstyrrelser i Norge, og da spesielt statistikk som omhandler tvang. Det har ikke vært å finne i litteraturen benyttet i denne studien.

Artiklene benyttet i denne oppgaven er fra Sverige, Nederland, England og Norge.

De kulturelle forskjellene anses å være små og kan derfor gi en realistisk overføringsverdi til helsevesenet i Norge. Skårderud (2016, s.86) beskriver spiseforstyrrelser som vestens etniske lidelse. En må ta med i betraktningen at relevant informasjon i artiklene kan ha blitt oversatt ved gjennomgang av artiklene på grunn av språket.

Gjennom søk i ulike kombinasjoner i forskjellige databaser er det et funn at det er lite forskning som omhandler nettopp pasienter med spiseforstyrrelser som er innlagt på tvang. Hvordan behandling på tvang påvirker pasienten selv, relasjonen mellom sykepleier og pasient, samt konsekvensene av behandling på tvang for pasienter som lider av en spiseforstyrrelse er noe det er behov for mer kunnskap om, som trenger ytterligere forskning.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvordan sykepleier kan skape en god relasjon til pasienter med anoreksi som er innlagt under tvungen psykisk helsevern.

Gjennom fag- og forskningslitteratur har viktigheten av det å etablere en god relasjon med pasienten kommet tydelig frem, og at dette er en forutsetning for pasientens opplevelse av behandlingen, også på tvang. Det har også kommet tydelig frem at det er en utfordrende oppgave å danne en relasjon med pasienten som lider av anoreksi. Både på grunn av sykdommen som står så sterkt og ambivalensen til tilfriskning, men også på grunn av pasientens kognitive status.

For at sykepleieren skal kunne lykkes med å skape en god relasjon med pasienten er det gjennom hovedfunnene flere grunnleggende elementer som bør være tilstede; tillit og trygghet, å se personen bak lidelsen og sykepleiers holdninger og kunnskap. Disse er av stor betydning når det gjelder å fremme sykepleiers relasjon til pasienter med anoreksi innlagt på tvang.

Tillit og trygghet viser seg å være essensielt i relasjonen mellom sykepleier og den anorektiske pasienten. Kommunikasjon er et viktig redskap for å etablere en god relasjon. Sykepleieren må inneha kunnskap og ferdigheter om profesjonell kommunikasjon, verbal og nonverbal. Sykepleier må lytte og vise interesse og engasjement for pasienten. Hun må være tålmodig, forståelsesfull og tilgjengelig for pasienten. Dette kan bidra til at pasienten føler seg sett og forstått, og dermed fremmer et tillitsforhold.

Sykepleiers holdninger og kunnskaper viser seg som svært viktig. Gjennom økt kunnskap om lidelsen øker også forståelsen rundt pasientens situasjon og følelser, som igjen kan fremme et genuint ønske om å være der for pasienten. Dette kan bidra til at pasienten føler seg sett og forstått og dermed kan føle tillit til sykepleier og trygghet i relasjonen.

Å bli innlagt på tvang kan i noen tilfeller hemme utviklingen av en god relasjon. Om sykepleier ikke innehar nok kunnskaper om lidelsen kan dette medføre negative holdninger til

pasientgruppen, som påvirker hvordan sykepleier behandler pasienten. Dette kan svekke sykepleiers relasjon med pasienten.

At sykepleier viser respekt og empati er avgjørende for å fremme en god relasjon. Med tanke på tvang var det for pasientene av større betydning hvordan tvangen ble utført, fremfor selve tvangen.

7.0 Litteraturliste

Aarre, F. Juklestad, S.I (2018) Spiseforstyrrelser. I: Aarre, F. red. *Psykatri for helsefag*. 2.utg. Vigemostad og Bjørke AS, s.221-240.

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care. A practical guide*. 3.utg. England: Open University Press.

Bjørnelv, S. (2012) Spiseforstyrrelser. I: Aarre, T.F. Dahl, A.A. red. *Praktisk psykiatri*. Vigemostad og Bjørke AS, s.260-289.

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. 6.utg. Gyldendal Norsk Forlag AS, 2017.

Eide, H. og Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk*. 3.utg. Gyldendal Norsk Forlag AS 2017.

Elzakkers *et al* (2014) Compulsory Treatment in Anorexia Nervosa: A Review. *International Journal of Eating Disorders*, 47 (8), 845-852. doi: 10.1002/eat.22330.

Gulliksen *et al* (2012) Preferred Therapist Characteristics in Treatment of Anorexia Nervosa: The Patient Perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 45 (8), 932-941. doi: 10.1002/eat.22033.

Haugsgjerd *et al* (2009) *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. 3.utg. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsedirektoratet (2017) *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. Tilgjengelig fra:

<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Spiseforstyrrelser.pdf> (Hentet: 6/3-2019).

Hummelvoll, J.K. (2012) *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7.utg. Gyldendal Norsk Forlag, 2012.

Karlsson, B. Borg, M. (2013) *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. 1.utg. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kringlen, E. (2005) *Psykiatri*. 8.utg. Gyldendal Norsk Forlag AS.

NSD (2019) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Hentet: 13/5-2019)

Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile> (Hentet: 15/5-2019).

Opjordsmoen, S. Vaglum, P. Thorsen, G.R.B. (red) (2008) *Oss i mellom. Om relasjonens betydning for mental helse*. 2.utg. Hertervig Akademisk.

Psykisk helsevernloven (1999) *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62> (Hentet: 11/3-2019).

Rør, A. (2009) *Spiseforstyrrelser. Symptomforståelse og behandlingsstrategier*. 2.utg. Gyldendal Norsk Forlag AS, 2009.

Røkenes, O.H. Hanssen, P.H. (2012) *Bære eller briste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3.utg. Vigmostad og Bjørke.

Salzmann-Erikson, M. Dahlèn, J. (2017) Nurses' Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research. *Journal of Child and Family Studies*, 26 (1), 1-13. doi: 10.1007/s10826-016-0534-2.

Segesten, F. (2016) Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom. I: Heggstad, A.K.T. Knutstad, U. red. *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. 4.utg. Cappelen Damm.

Skau, G.M. (2017) *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. 5.utg. Cappelen Damm.

Skårderud, F. Haugsgjerd, S. og Stänicke, E. (2010) *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. 1.utg. Gyldendal Norsk Forlag AS 2010.

Skårderud, F. (2016) *Sterk svak. Håndbok om spiseforstyrrelser*. Aschehoug & Co, Oslo.

Slettebø, Å. (2013) *Sykepleie og etikk*. 6.utg. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Strand, L. (1990) *Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. 1.utg. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tan *et al* (2009) Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33 (1), 13-19. doi: 10.1016/j.ijlp.2009.10.003.

Thidemann, I.J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget, 2015.

Wright, K.M. Hacking, S. (2012) An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19 (2), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01760.x.

Øverås, M.A. (2018) *Å bli frisk. Veier ut av spiseforstyrrelser*. Universitetsforlaget, 2018.

