

Magnus Steinslien Rasmussen (10046) og Simen Solberg (10007)

Hvordan kan sykepleier styrke anoreksipasientens autonomi under tvangsbehandling?

Litteraturbachelor

Antall ord: 6867

Bacheloroppgave i sykepleie

Veileder: Anne Vifladd

Juni 2023

Magnus Steinslien Rasmussen (10046) og Simen Solberg (10007)

Hvordan kan sykepleier styrke anoreksipasientens autonomi under tvangsbehandling?

Litteraturbachelor

Antall ord: 6867

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Anne Vifladt
Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Hensikt

Lov om psykisk helsevern sier at gjennomføring av tvang innen psykisk helsevern skal skje på en forsvarlig måte og være i overensstemmelse med pasientens behov og medbestemmelsesrett (psykisk helsevernloven, 2001). Som sykepleier i tvangsbehandlingen av anorexia pasienter kan dette synes vanskelig, da pasienten har begrenset medvirkning rundt egen behandling. Vi opplever at sykepleiere har ulik kunnskap og praksis om hvordan dem involverer pasienten. Hensikten med oppgaven er å belyse de ulike aspektene ved autonomi under tvangsbehandling, og se hvordan sykepleier kan styrke, motivere og ivareta autonomi under behandling av anorexia pasienter.

Metode

Ni artikler om tema ble funnet ved hjelp av systematiske søk i databasene Pubmed og Cinahl. Artiklene ble screenet og resultatene syntetisert for å svare på utformet problemstilling.

Resultat

Tillitsfulle relasjoner og god autonomistøtte fra helsepersonell, venner, familie og medpasienter hadde i høy grad positiv effekt på pasientens egenmotivasjon og autonomi under tvangsbehandling. Sykepleier vil møte både muligheter og utfordringer i arbeidet med disse pasientene. Sykepleiers evne til å vise forståelse, ta seg tid, og ha kunnskap om anoreksi pasienten, er avgjørende for hvordan man kan legge til rette for å styrke pasientens motivasjon og autonomi.

Konklusjon

Ved å belyse de ulike aspektene ved autonomi, vil dette være med å styrke sykepleiers kompetanse og rolle rundt hvilke muligheter anoreksi pasienten har til brukermedvirkning under tvang. Dette innebærer at sykepleier motiverer, legger til rette og skaper et tillitsfullt forhold til pasienten. Dette styrket pasientens autonomi og troen på videre behandling.

Nøkkelord: Anorexia, tvangsbehandling, psykisk helsevern, autonomi og autonomistøtte.

Abstract

Objective

The mental health care act states that the implementation of coercion in mental health care should be carried out in a responsible manner and in accordance with the patient's need and right to self-determination. As a nurse involved in the coercive treatment of Anorexia Nervosa, this can be challenging as the patient has limited involvement in their own treatment. We have observed that nurses have varying knowledge and practices on how to involve the patient.

Method

Nine articles on the topic were identified through systematic searches in the databases Pubmed and Cinahl. The articles were screened and the results synthesized to address the formulated research question.

Results

Trustworthy relationships and good autonomy support from healthcare professionals, friends, family and fellow patients had a significant positive impact on the patient's self-motivation and autonomy during coercive treatment. Nurses will encounter both opportunities and challenges in working with these patients. The nurse's ability to show understanding, take time and have knowledge about the anorexia patient is crucial in facilitating the strengthening of the patient's motivation and autonomy.

Conclusion

By shedding light on the various aspects of autonomy, this will contribute to strengthening the nurse's competence and role in understanding the opportunities for user participation by anorexia patients during coercion. This entails that the nurse motivates, facilitates, and establishes a trusting relationship with the patient. This strengthens the patient's autonomy and belief in further treatment.

Keywords: Anorexia, Involuntary treatment, mental healthcare, autonomy and autonomy support.

Innholdsfortegnelse

<u>Sammendrag</u>	
<u>Hensikt</u>	
<u>Metode</u>	
<u>Resultat</u>	
<u>Konklusjon</u>	
<u>Abstract</u>	
<u>Objective</u>	
<u>Method</u>	
<u>Results</u>	
<u>Conclusion</u>	
<u>1. Innledning</u>	1
<u>1.1 Bakgrunn for valg av tema</u>	1
<u>1.2 Temaets relevans for sykepleie</u>	1
<u>1.3 Hensikt og Problemstilling</u>	2
<u>1.4 Begrepspresisering og avgrensninger i oppgaven</u>	2
<u>2. Teoribakgrunn</u>	2
<u>2.1 Anorexia Nervosa</u>	2
<u>2.2 Autonomi, autonomistøtte og empowerment:</u>	3
<u>2.3 Tvungent psykisk helsevern</u>	3
<u>2.4 Motivasjon</u>	4
<u>2.5 Sykepleierens rolle og funksjon</u>	4
<u>3. Metode</u>	5
<u>3.1 Litteraturstudie</u>	5
<u>3.2 Søkeprosess</u>	6
<u>3.3 PICO-skjema</u>	6
<u>3.4 Prisma flytdiagram</u>	7
<u>3.5 Inklusjons- og eksklusjonskriterier</u>	8
<u>3.6 Søketablell</u>	9
<u>4. Resultat</u>	11
<u>4.1 Artikkelmatriks</u>	11
<u>4.2 Pasientens behov for autonomistøtte</u>	16
<u>4.3 Pasientens motivasjon</u>	17
<u>4.4 Autonomiens påvirkning</u>	18
<u>5. Diskusjon</u>	19
<u>5.1 Pasientens behov for autonomistøtte</u>	19
<u>5.2 Pasientens motivasjon</u>	20
<u>5.3 Autonomiens påvirkning</u>	22
<u>5.4 Konklusjon</u>	23

6. Referanseliste.....	25
------------------------	----

Tabeller

Tabell 1. Pico-skjema	6
Tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	8
Tabell 3. Søketabell Pubmed	9
Tabell 4. Søketabell Cinahl	10
Tabell 5. Artikkelmatrise	11

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Lov om psykisk helsevern skal sikre at gjennomføringen av tvang skal skje på en forsvarlig måte, og tilrettelegges med respekt for pasientens integritet. Loven skal verne om pasientens rettigheter, og være i overensstemmelse med pasientens behov og medbestemmelsesrett (Psykisk helsevernloven, 2001).

Tvangsrapporten fra 2021 kan vise til pasienterfaringer ved opplevd tvang. Rapporten kan fortelle at et flertall av pasientene opplever bruken av tvang som negativ. Dette begrunnes med tvangssituasjoner der pasientene har følt seg uverdige og krenket av et autoritært helsepersonell. Dette setter spesielt relasjonen, tilliten og forholdet mellom pasient og sykepleier i fokus (Lauveng, 2021).

Vi har opplevd pasienter med sinne, uvitenhet, redsel og avmakt i vår praksis som et resultat av tvangsbehandling. Dette har utfordret vår tilnærming til hvordan vi kan imøtekomme disse pasientenes mulighet til medbestemmelse. Samtidig opplever vi forskjellig praksis blant sykepleiere, på hvor mye de involverer pasienten i behandlingen.

Ved å belyse muligheter og utfordringer innenfor dette temaet, vil sykepleieren få mer kunnskap, og bli mer bevisst i møte med disse pasientene. Dette vil gi pasientene bedre kvalitet på behandlingen og fremme mulighetene for medbestemmelse. Med dette som bakgrunn har vi valgt temaet tvang, og autonomi knyttet til Anorexia pasienten.

1.2 Temaets relevans for sykepleie

Travelbee (1971) sier at man som sykepleier skal hjelpe [...] «en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Gonzalez, 2021, s. 49). I tvangsbehandlingen av Anorexia Nervosa kan dette synes vanskelig, da pasienten har begrenset medvirkning i beslutningene rundt egen behandling.

Virginia Henderson sier at medvirkning til pasientens helse, bedring, gjenvinning av uavhengighet og å kunne leve med egen sykdom, er en del av sykepleierens funksjon (Gonzalez, 2021, s. 45). Under tvangsbehandling kan denne medvirkningen og autonome friheten bli truet. I arbeidet med gjenvinningen av pasientens uavhengighet og medvirkning, ser vi hvilken påvirkning tvang har for utøvelsen av sykepleie.

Tvang og tvangsbehandling innebærer etiske og juridiske vurderinger. Det krever en tverrfaglig tilnærming, samt tillit og kommunikasjon i relasjoner. I grove trekk betyr dette at sykepleier skal kunne gjøre pasienten mer bevisst på egne ressurser og styrker under en slik behandling. Temaet tvang sees derfor på som svært relevant for utøvelsen av sykepleie.

1.3 Hensikt og Problemstilling

Hensikten ved oppgaven er å belyse de ulike aspektene ved autonomi, og øke kunnskapen rundt hvilke muligheter anoreksi pasienten har til brukermedvirkning under tvang. Dette innebærer hvordan sykepleier motiverer, styrker og legger til rette for pasientmedvirkning. Problemstillingen ble derfor følgende:

Hvordan kan sykepleier styrke anoreksi pasientens autonomi under tvangsbehandling?

1.4 Begrepspresisering og avgrensninger i oppgaven

Begrepet autonomi innebærer medvirkning til valg og medbestemmelse i tvangsbehandlingen. Det vil bli brukt flere synonyme begreper til autonomi, slik som medbestemmelse, selvbestemmelse og medvirkning. Dette vil variere utfra konteksten i oppgaven. Vi valgte å fokusere på autonomi ovenfor en spesifikk pasientgruppe, da det ville bli for omfattende å omtale autonomi generelt for flere pasientgrupper. Valgt pasientgruppe ble derfor den voksne Anorexia Nervosa pasienten under tvungent psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten.

Pasienter med Anorexia Nervosa vil bli omtalt som AN-pasienter, og ordet spiseforstyrrelser vil ha betegnelsen SF. Valgt pasientgruppe var på bakgrunn av nysgjerrighet og lite kunnskap rundt diagnosen. Tvangsbehandling innebærer vedtak om tvungen behandling og observasjon. Dette er presisert i lov om psykisk helsevern (psykisk helsevernloven, 2001) og lov om pasient- og brukerrettigheter (lov om pasient- og brukerrettighetsloven, 2001).

Begrepet «styrke» vil i denne oppgaven bli oppfattet som en ivaretagelse og forfremmelse av pasientens autonome valgfrihet.

2. Teoribakgrunn

I dette kapitlet vil vi presentere relevante begreper og teori knyttet opp mot valgt problemstilling og tema. Vi vil også se nærmere på lov om psykisk helsevern og sykepleierens rolle og funksjon.

2.1 Anorexia Nervosa

Skårderud (2021) forklarer SF gjennom et usunt syn på kropp, vekt og utseende. En slik atferd er knyttet til følgende symptomer:

[...] å sulte seg, overspise, kaste opp, overdreven fysisk aktivitet eller misbruk av legemidler. En side ved lidelsen er selve atferden. En annen side vil ofte være opplevelsen av å føle seg som besatt, og å være fanget i et tvangspregget mareritt av kalorier, gram, kilo, centimeter, kilometer, antall repetisjoner og så videre. (s. 146)

Anorexia Nervosa (AN) er en spiseforstyrrelse hvor pasienten påfører og vedlikeholder et sykelig vekttap ovenfor seg selv. Lidelsen opptrer i en restriktiv (ANR) og bulimisk (ANB)

form, der den restriktive omhandler syklige restriksjoner rundt matinntak, mens den bulimiske defineres ved perioder med overspising og oppkast (Skårderud, 2021, s. 146-148).

Innsikt i egen sykdomstilstand vil variere sammen med alvorlighetsgrad på diagnosen. Enkelte vil kunne ha forståelsen for sykdomstilstanden, men evner ikke å ta grep for å bedre situasjonen. Andre evner hverken å se eller gjøre noe med egen tilstand.

2.2 Autonomi, autonomistøtte og empowerment:

Autonomi er evnen til å kunne ta selvstendige beslutninger på vegne av seg selv. Dette innebærer å handle i tråd med egne verdier og ønsker uten å bli påvirket av ytre faktorer. Autonomi i psykiatrien fokuserer samtidig på retten pasienten har til å ta selvstendige beslutninger på vegne av seg selv. Har ikke pasienten evnen til å ta valg som fremmer egen helse, kan vedkomne bli underlagt tvungent psykisk helsevern. Disse pasientene vil til en viss grad få autonomien sin truet, og har derfor behov for autonomistøtte (Hauken, 2020, s. 183).

Autonomistøtte omhandler måter å støtte følelsen av autonomi på hos pasienten. Dette innebærer å involvere pasienten i beslutningsprosesser som vedkomne er skikket til å delta i. For å kunne ta disse autonome valgene forutsetter det at pasienten har en viss innsikt og forståelse av informasjon til å kunne ta fornuftige og kalkulererte beslutninger. Det å gi rom og muligheter for valg og beslutningsprosesser vil på sikt kunne øke pasientens motivasjon og engasjement for behandling og bedring, samtidig som det gir en følelse av å være i kontroll over seg selv (Gonzalez, 2021, s. 363-364).

Autonomi henger også sammen med begrepet empowerment. Begrepet handler om en persons evne til å styrke egne krefter og løse egne problemer. Dette er en prosess som setter pasienten i stand til å øke kontrollen over faktorer som påvirker deres helse. Sykepleiers rolle i arbeidet med empowerment er å styrke pasientens egne ressurser ved å fungere som en fasilitator for pasienten (Kristoffersen, 2019, s. 351-353).

2.3 Tvungent psykisk helsevern

Psykisk helsevernloven beskriver psykisk helsevern som undersøkelse og behandling av personer med psykiske lidelser, og hjelp til pleie og omsorg dersom det er behov for dette. Samme lov definerer tvungent psykisk helsevern som [...] «undersøkelse, behandling, pleie og omsorg som nevnt i første ledd uten at det er gitt samtykke etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4» (Psykisk helsevernloven, 2001).

Tvungent psykisk helsevern inntreffer i de tilfellene hvor den psykisk syke pasienten trenger at helsepersonell setter grenser for vedkomnes autonomi. Dette er i mange tilfeller knyttet opp mot realitetsbrist og mangel på innsikt ved egen psykiske tilstand. Basert på dette vil tvungent psykisk helsevern bli nødvendig for å kunne ivareta pasientens liv og helse på best mulig måte. I forhold til AN-pasienten ville dette kunne innebære tvangsernæring gjennom sonde, tvungen observasjon og skjerming, samt tvungen medikamentell behandling (Syse, 2021, s. 491-493).

Ved innleggelse under tvungent psykisk helsevern blir pasientens samtykkekompetanse vurdert forløpende. Hvem som har samtykkekompetanse, og hva dette innebærer

kommer klart frem i pasient- og brukerrettighetsloven. Samme lov tar for seg hvilke rettigheter og krav den enkelte pasient har (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001)

2.4 Motivasjon

Håkonsen definerer motivasjon som [...] «et samlebegrep for de krefter som igangsetter og vedlikeholder atferd og gir atferden retning» (Håkonsen, 2020). Motivasjon deles ofte inn i to kategorier kalt ytre og indre motivasjon. Den ytre motivasjonen skjer ofte i lys av at individet vet at han/hun har utsikter til en ekstern belønning. Den indre motivasjonen kommer av situasjoner eller oppgaver som gir en følelse av glede og tilfredshet (Håkonsen, 2020 s. 89).

På lik linje som friske personer, søker AN-pasienten også etter følelsen av tilfredshet og glede. Problemet er at disse følelsene ofte er knyttet til helsefarlige faktorer som blant annet fører til sykkelig vekttap. Det blir derfor sentralt i behandlingen av diagnosen å finne indre og ytre motivasjonsfaktorer som stimulerer til bedring av sykdommen. Dette kan være økt kunnskap om egen sykdom, deltakelse i egen behandling (autonomi), opprettholdelse av gode relasjoner eller drivkraften til mestring (Skårderud, 2021, s. 154).

2.5 Sykepleierens rolle og funksjon

Virginia Henderson (1966) beskriver i Gonzalez (2021) sykepleierens funksjon som følgende:

Sykepleierens unike funksjon er å hjelpe den enkelte person, syk eller frisk, med de aktiviteter som medvirker til helse, bedring eller å leve med sine begrensninger (eller til en fredfull død), noe han selv ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, vilje eller kunnskaper, og å gjøre dette på en slik måte at han gjenvinner eller øker sin uavhengighet så raskt som mulig. (s.45)

Hendersons definisjon av sykepleie rører ved flere sentrale aspekter ved rollen og funksjonen sykepleier har innenfor psykiatrisk sykepleie. Hos den psykisk syke er ofte egenomsorg, brudd i relasjoner og kommunikasjon punkter som er utfordrende for vedkomne å ivareta (Gonzalez, 2021, s.45-50).

Orem (2001) sin beskrivelse av egenomsorg forklares som [...] «de handlingene eller den atferden den enkelte utfører for å ivareta sin egen helse og sine helseutfordringer» (Gonzalez, 2021, s. 47). Den alvorlig syke AN-pasienten vil hverken ha innsikt eller energi til å ta kloke valg på vegne av egenomsorgen. Ved svikt i denne vil sykepleierens oppgave bli å gjenvinne eller øke pasientens uavhengighet og selvinnikt til å kunne ta vare på seg selv. Dette skjer ved at sykepleier trer inn i rollen som omsorgsgiver og talsperson. Man sørger da for at pasienten kan finne ulike måter å treffe gode beslutninger på vegne av egen helse. Denne omsorgsrollen kan skape et utgangspunkt for en god relasjon mellom pasienten og sykepleier (Gonzalez, 2021, s. 47).

Mangelen AN-pasienten har av innsikt og realitetsorientering gjør det vanskelig å opprettholde gode relasjoner. Gonzalez bruker Townsend og Morgan sin beskrivelse av terapeutisk relasjon som sier at den [...] «kjennetegnes ved interaksjon mellom to personer, der begge personer tilfører relasjonen en helende, vekstfremmende og sykdomsforebyggende dimensjon» (Gonzalez, 2021, s. 57). Fraværet av felles forståelse og sykdomsinnsikt har en tendens til å splitte viktige relasjonen som AN-pasienten har

med sine pårørende. I enkelte tilfeller vil det kun være bedring i selve sykdommen som kan redde disse relasjonene (Gonzalez, 2021, s. 57).

Sykepleierens oppgave blir å tilnærme seg pasienten på en slik måte at en god og tillitsfull relasjon kan oppstå. Hvordan partene forholder seg til hverandre vil være avgjørende for relasjonen som skapes (Gonzalez, 2021, s. 363). Under tvangsbehandling vil eksempelvis relasjonen påvirkes av hva slags tvang som utføres, og hvordan sykepleier utfører denne. En annen situasjon kan være utdeling av kveldsmedisiner, som på sin side vil ha en helt annen effekt på forholdet mellom partene. Begge eksemplene er situasjoner hvor sykepleier og pasient har to forskjellige måter å forholde seg til hverandre på. (Eide & Eide, 2018, s. 86-87).

I en tvangs situasjon vil det kunne bli nødvendig å tre ut av rollen som sykepleier, og kun være et medmenneske. Dette poengterer at sykepleier er villig til å engasjere seg i pasienten utover hva som er forventet. Slike øyeblikk bidrar til et felles inntrykk og opplevelser mellom partene, og vil sammen med god kommunikasjon bidra til en styrket relasjon på sikt (Kristoffersen & Nortvedt, 2019, s. 90-93).

Eide & Eide (2018) forteller at ved å engasjere seg på denne måten dypdykker sykepleier inn i den personorienterte kommunikasjonen hvor det å [...] «forholde seg åpent og anerkjennende til den andre som en unik person» [...], samt være [...] oppmerksomt til stede og lytter godt både til det den andre sier, og det som kommer nonverbalt til uttrykk», kan bidra til en enklere tilnærming til uavhengighet, bedring i egenomsorg og øke autonomien til pasienten. Dette grunnlaget kan pasienten bygge videre på tiltakene og målsettingen for pasienten (Eide & Eide, 2018, s.17).

Etikken står sentralt i utførelse av all behandling innenfor helsevesenet. Samtidig er etiske vurderinger og utfordringer en stor del av utførelsen av tvang. Kunnskap om ulike etiske tilnærminger, slik som plikt- og konsekvensetikk, sees på som avgjørende for sykepleieren i møte med tvangssituasjoner. Pliktetikken omhandler plikten og utførelsen av moralske prinsipper og regler, uavhengig av konsekvensene eller resultatene som følge av dem. Dette ser vi eksempelvis i sykepleierens plikt til å jobbe etter yrkesetiske retningslinjer. Konsekvensetikken derimot fokuserer på nytten av konsekvensene. Det vil si at handlingene anses som riktig dersom de fører til mest mulig nytte. Fra sykepleierens ståsted vil dette kunne innebære nytten av oppnådde resultater, eller konsekvensene av tidligere beslutninger (Dybvig et al, 2019, s. 305-306).

3. Metode

3.1 Litteraturstudie

I vår oppgave er litteraturstudie anvendt som metode. Dette innebærer en systematisk og kritisk gjennomgang av tidligere forskning på et valgt fagområde. Formålet er å oppsummere og analysere eksisterende forskning, for å få en dypere innsikt og forståelse på området. Forskningsresultatene ble gjennomgått på bakgrunn av denne oppgavens tema og problemstilling. Vi har benyttet oss av studier som tar utgangspunkt i både kvalitativ og kvantitativ metode. Vi har også benyttet studiets pensum innen tema, samt lovverk for å finne relevant informasjon og kunnskap.

3.2 Søkeprosess

Vi startet søkeprosessen med å lage et PICO-skjema for å kunne finne relevante søkeord knyttet opp mot valgt tema. Dette fikk oss inn på sporet av valgt problemstilling, og vi startet å søke i databasene PubMed og CINAHL. Valg av databaser er basert på tidligere erfaring med disse og deres helsefaglige relevans. Det ble gjort flere søk i PsycARTICLES med tanke på dens psykiatriske bakgrunn. Til tross for dette ga ikke databasen oss nok relevante studier til at vi ville inkludere denne i søkeprosessen.

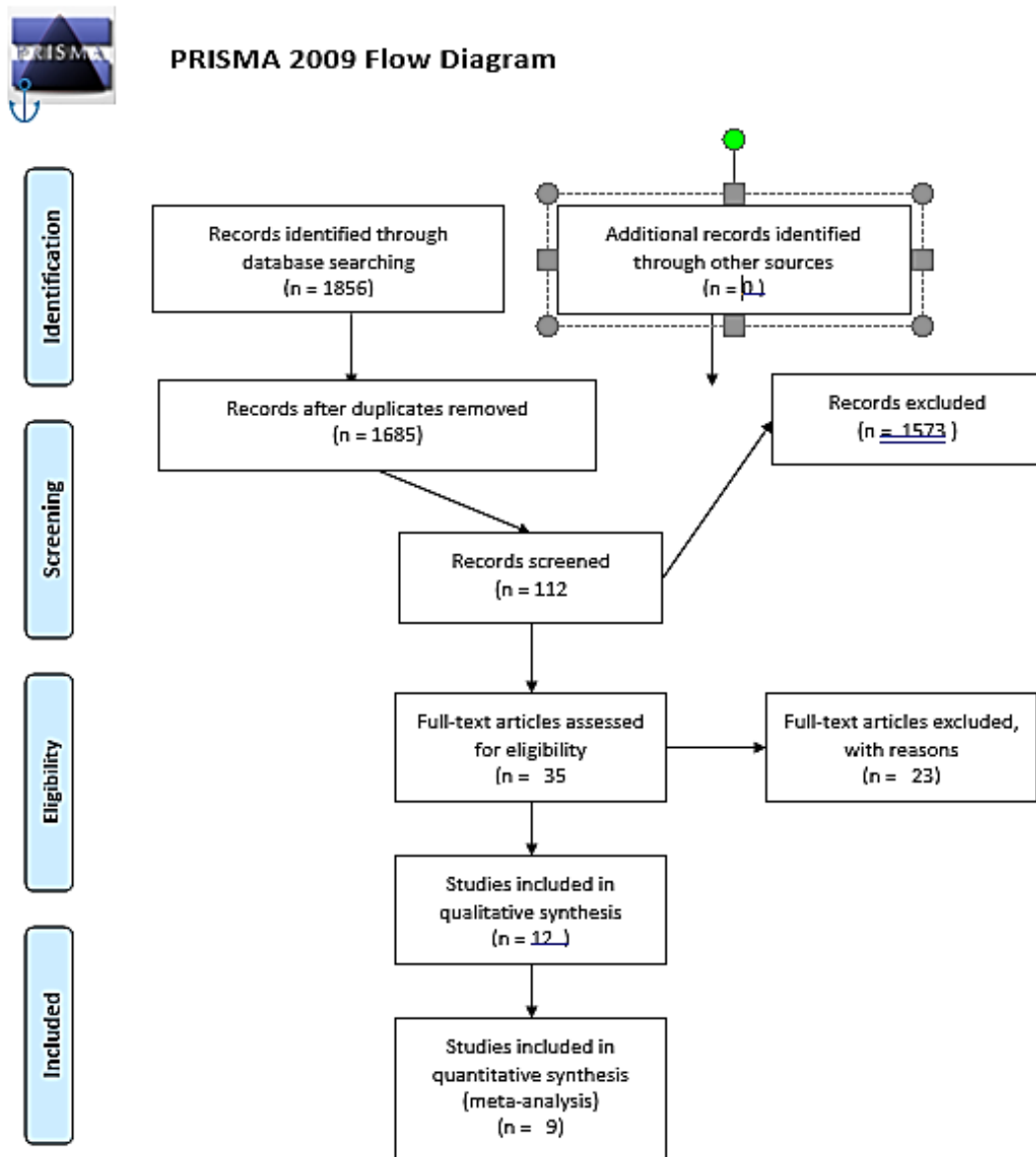
Prisma flytdiagram er benyttet for å strukturere prosessen i utvelgelsen av artikler. Dette innebærer søk i databasene, fjerning av duplikatartikler og gjennomgang av abstrakter. Etter en grundig gjennomgang av flere artikler, valgte vi å prioritere dem som relevant, kanskje relevant og ikke relevant. Etter utvelgelsen av relevante artikler endte vi opp med flere studier som traff med valgt problemstilling og tema. De valgte artiklene ble så satt inn i en søketabell for å gi en oversiktlig fremvisning av de strukturerte søkene.

3.3 PICO-skjema

Tabell 1. Pico-skjema

Patients	Problem	Problem
S1 Anorexia	S5 Compulsion	S9 Autonomy
S2 Anorexia Nervosa	S6 Involuntary treatment	S10 Personal Autonomy
S3 Eating and feeding disorders	S7 Involuntary Hospitalization	S11 Self determination
S4 Eating disorders	S8 Treatment	S12 Patients autonomy
		S13 Motivation
		S14 Patient participation

3.4 Prisma flyttdiagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMC Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit { HYPERLINK "http://www.consort-statement.org/" }.

3.5 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble mer utvidet etter hvert som søket var i gang. Vi ble nødt til å fjerne/forandre på flere av kriteriene for å få nok treff på søkene som ble gjort. Dette munner ut i lite og begrenset forskning på dette feltet. Vi startet med søk på artikler ikke eldre enn 10 år, men erfarte raskt at vi måtte øke dette til 20 år. Med tanke på at vi vil fokusere på den voksne AN-pasienten satte vi personer under 18 år som et eksklusjonskriterium, og voksne over 18 år som inklusjonskriteria.

Da problemstillingen retter søkelyset mot pasienter under tvangsbehandling, satte vi frivillige innleggelser som et eksklusjonskriteria. Med dette som utgangspunkt ble resultatet av søket altfor lite. Vi var derfor nødt til å inkludere pasienter med og uten tvangstiltak, og poliklinisk behandling som en del av inklusjonskriteriene. Inklusjonskriteriene omfatter samtidig pasienter med spiseforstyrrelser, da vi av erfaring ikke fikk like mange treff da vi kun benyttet oss av pasienter med Anorexia Nervosa.

For å sørge for god forskningslitteratur bestemte vi oss for at fagfellevurderte artikler skulle inngå i inklusjonskriteriene. Grunnet generelt lite forskning på sykepleierens evne til styrking av autonomi, benyttet vi oss av andre profesjoners tilnærminger når det gjaldt det samme. Dette kommer frem i inklusjonskriteriene hvor vi har skrevet helsepersonell.

Tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Forskningsartikler	Artikler eldre enn 20 år
Fagfellevurderte artikler	Personer under 18 år
Pasienter med spiseforstyrrelse	
Frivillige- og tvungne innleggelser	
Voksne fra 18 år	
Helsepersonell	
Anorexia Nervosa	

Sjekkliste for kvalitativ forskning er benyttet for å kritisk vurdere om valgte artikler er kvalitative. Vi har samtidig brukt register over vitenskapelige publiseringskanaler for lettere vurdere om valgte artikler er vitenskapelige og fagfellevurdert. Ved å kvalitetssikre oss på denne måten oppnår vi høyere kvalitet på kildene som benyttes, noe som gjør resultatene mer pålitelige. Vi har ingen erfaring med tidligere bruk av sjekklister. Dette kan derfor være med å påvirke funnene av utvalgte studier.

3.6 Søketablell

Tabell 3. Søketablell Pubmed

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
PubMed		S1	Anorexia	År 2003-2023	23,553	
		S2	Anorexia Nervosa		11,121	
		S3	Feeding and eating disorders		25,251	
		S4	Eating disorder		31,655	
		S5	Compulsion		33,522	
		S6	Involuntary treatment		4,662	
		S7	Involuntary Hospitalization		4,953	
		S8	Treatment		8,244,396	
		S9	Autonomy		41,269	
		S10	Personal autonomy		14,312	
		S11	Self-determination		25,380	
		S12	Patient autonomy		17,128	
		S13	Motivation		244,62	
		S14	Patient participation		53,903	
		S15	S1 OR S2 OR S3 OR S4		45,094	
		S16	S5 OR S6 OR S7 OR S8		8,240,875	
		S17	S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14		337,662	
		S18	S15 AND S16 AND S17		1544	6

Valgte artikler:

Oliveiro et al., 2022, Barriers and facilitators to providing autonomy supportive counselling to individuals seeking treatment for an eating disorder. (2022). *Eat Weight Disord.*

Carter et al., 2015, Autonomous and controlled motivation for eating disorders treatment: Baseline predictors and relationship to treatment outcome. (2014) *British Journal of Clinical Psychology.* 76-90

Sheridan et al., 2016, Exploring Patients' Experiences of Eating Disorder Treatment Services From a Motivational Perspective. (2015). *Qualitative Health Resarch.* 26(14), 1988-1997

Darcy et al., 2010, All better? How former anorexia nervosa patients define recovery and engaged in treatment. (2010). *European Eating disorders Review,* 18(4), 260-270

Kaap-Deeder et al., 2014, Fostering self-endorsed motivation to change in patients with an eating disorder: The role of perceived autonomy support and psychological need satisfaction.(2014). *International Journal Of Eating Disorders,* 47(6), 585-600

Kuipers et al., 2015, Attachment, mentalization and autonomy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. (2016). *Attachment & Human Development*, 18(3), 250 – 272)

Tabell 4. Søketablell Cinahl

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl		S1	Anorexia	År 2003-2023	1818	
		S2	Anorexia Nervosa		4453	
		S3	Feeding and eating disorders		584	
		S4	Eating disorder		18,245	
		S5	Compulsion		2282	
		S6	Involuntary treatment		73	
		S7	Involuntary Hospitalization		1128	
		S8	Treatment		1,181,856	
		S9	Autonomy		18196	
		S10	Personal autonomy		3058	
		S11	Self-determination		14035	
		S12	Patient autonomy		5556	
		S13	Motivation		98455	
		S14	Patient participation		12960	
		S15	S1 or s2 or s3 or a4		18,718	
		S16	S5 or S6 or S7 or s8		1,184,279	
		S17	S9 OR S10 OR S11 OR S12 or S13 OR S14		127,769	
		S18	S15 AND S16 AND S17		326	3

Valgte artikler:

Mac Donald et al., 2023, Involuntary treatment in Patients with anorexia nervosa: utilization patterns and associated factors. (2023). *Psychological Medicine*, 53(5), 1999-2007

Steiger et al., 2017, Autonomy support and autonomous motivation in the outpatient treatment of adults with an eating disorder. (2017), *International Journal Of Eating Disorders*, 50(9), 1058 - 1066

Wetzler et al., 2020, A framework to conceptualize personal recovery from eating disorders: A systematic review and qualitative meta-synthesis of perspectives from individuals with lived experience. (2020), *International Journal of Eating Disorders*, 53(8), 1188-1203

4. Resultat

Dette kapitelet består av en artikkelmatrise med valgt forskning for oppgaven. Det er et utvalg av 9 artikler som er sentrale for problemstillingen, og mye brukt under diskusjonsdelen. Resultatene av disse artiklene presenteres i tre kapitler, der innholdet i artiklene er fordelt under tre tema. Tema er overskriften på det enkelte kapittel. Samme inndeling er brukt i diskusjonskapittel 5.0, men da sett i lys av sykepleiers rolle og funksjon.

4.1 Artikkelmatrise

Tabell 5. Artikkelmatrise

Tittel	Barriers and facilitators to providing autonomy supportive counselling to individuals seeking treatment for an eating disorder.
Forfatter og årstall	Oliverio et al., 2022
Problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med denne studien var å gjennomføre en kvalitativ analyse av både personlige faktorer, men også faktorer som er innholdsrettet mot det som hindrer eller forenkler autonomistøtten som helsepersonell gir til sine pasienter.
Metode	Brukt metode er halvstrukturerte intervjuer av 10 terapeuter. Disse 10 er med på å gjennomføre poliklinisk psykoterapi i et spesialisert behandlingsprogram for spiseforstyrrelser. Dataene ble analysert ved hjelp av tematisk analyse.
Resultat	Studien kan fortelle at støtte fra organisasjonen selv, samt pasientens motivasjon og engasjement for behandling, ville lette de autonomistøttende intervensjonene som terapeutene kunne bidra med. Pasientenes personlighetstrekk, passive og avvisende atferdsmønstre, samt terapeutenes følelsesmessige påkjenning av høy arbeidskapasitet var med på å redusere evnen til autonomistøtte.
Kommentar og relevans for problemstilling	Artikkelen er relevant da den belyser helsepersonells støtte til autonomi og brukermedvirkning for pasientene, samtidig som den tar opp faktorer som påvirker utfallet av den hjelpen som helsepersonell kan gi knyttet opp mot autonomi og brukermedvirkning.

Tittel	Autonomous and controlled motivation for eating disorders treatment: Baseline predictors and relationship to treatment outcome.
Forfatter og årstall	Carter et al., 2015
Problemstilling og forskningsspørsmål	Studien hadde som mål å identifisere faktorer gjennom en baseline-metode der autonom og kontrollert motivasjon for behandling med en transdiagnostisk tilnærming ble benyttet i tilnærmingen til pasienter med spiseforstyrrelser. Artikkelen ser også på om autonom og kontrollert motivasjon gjennom baseline metoden kan påvirke psykopatologien i spiseforstyrrelsen under behandling.
Metode	Som hensikten nevner, benytter artikkelen seg av baseline. Dette er en metode som innebærer at det blir tatt målinger i forkant av en intervensjon for å kunne vurdere effekten av endringen/intervensjonen i etterkant. Videre har studien brukt 97

	testpersoner som oppfylte kravene for spiseforstyrrelse gjennom DSM-IV som gjennomgikk et spesialisert og intensivt behandlingsprogram. Det ble gjennomført selvrapporingstester av blant annet atferd og tankemønster knyttet til egen spiseforstyrrelse, samt autonom og kontrollert motivasjon og psykososial fungering ved behandlingsstart.
Resultat	Forfatterne kom frem til at motivasjonen knyttet opp mot autonomi var høyere hos de pasientene som hadde god sosial støtte og mente selv de hadde høy selvmedfølelse. Når det kom til den kontrollerte motivasjonen, viste denne seg høy ved følelsen av skam hos pasienten. Høyere autonom motivasjon ved behandlingsstart viste til raskere reduksjon av atferdsmønstre hos pasienter med spiseforstyrrelser. Mengden kontrollert motivasjon tilsvarte ikke dette.
Kommentar og relevans for problemstilling	Artikkelen beveger seg innom motivasjon, autonomi og det psykososiale hos pasientene. Dette er sentrale faktorer for brukervedvirkning, noe som gjør den relevant.

Tittel	Exploring Patients' Experiences of Eating Disorder Treatment Services From a Motivational Perspective.
Forfatter og årstall	Sheridan et al., 2016
Problemstilling og forskningsspørsmål	Artikkelens hensikt er å undersøke perspektivene som pasienter med spiseforstyrrelser har på egen behandlingserfaring. Dette for å få innsikt i hva som påvirker/endrer motivasjonen deres gjennom et behandlingsforløp.
Metode	Studien benytter seg av kvalitative metoder. Dette innebærer semistrukturerte intervjuer av kvinnelige pasienter som er nåværende og utskrevne pasienter i alderen 18 til 31 år. For å finne sentrale tema, kategorier og mønstre benyttet artikkelen seg av fortolkende tematisk analysemetode. Denne omfatter både induktive og deduktive analysemetoder. «Self-determination therapy» ble brukt som en teoretisk tilnærming når dataene skulle analyseres.
Resultat	Resultatet av studien viser hvordan behandlingstilbudet for spiseforstyrrelser kan bli mer effektivt ved å møte pasientens behov og støtte bruken av «Self-determination therapy» (SDT). Man kom også frem til at bruken av SDT var nyttig når man skulle finne faktorene som påvirket motivasjonen til pasientene under behandling.
Kommentar og relevans for problemstilling	Artikkelen foretar seg intervjuer av en målgruppe som treffer godt innenfor hva problemstillingen vår spør etter. Den bruker samtidig en tilnærming til dataene gjennom «Self-determination therapy», noe som er relevant for brukervedvirkning.

Tittel	All better? How former anorexia nervosa patients define recovery and engaged in treatment.
Forfatter og årstall	Darcy et al., 2010
Problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten ved studien var utforsking av hvordan anorexia pasienter engasjerer seg i egen behandling, og hva de selv definerer som bedring i egen sykdom.
Metode	Artikkelen benytter seg av både kvalitative og kvantitative metoder. Det ble gjort intervju av 20 kvinner med en gjennomsnittsalder på 29,35 år, hvor alle har tidligere

	erfaring/sykehistorie knyttet til anorexia. Dataene fra intervjuet ble tematisk analysert, og atferdsmønstre knyttet til spiseforstyrrelsen ble testet og vurdert ved hjelp av selvrapporteringsskjemaer.
Resultat	Resultatene viser til at pasientene som i høyere grad ble involvert i valg av behandling hadde større motivasjon til å kunne endre og normalisere sine spisevaner. Hva deltakerne/pasientene definerte som bedring av egen sykdom stemte godt overens med hvordan forskningen definerer det samme. Til tross for dette var en betydelig del av deltakerne ambivalente i sitt svar på definisjonen av begrepet. Resultatene antyder at gjennom bruk av selvbestemmelsesteorien om motivasjon, bør pasientene involveres i egen behandling knyttet til mål og hva de selv definerer som bedring.
Kommentar og relevans for problemstilling	Artikkelen tar for seg pasientgruppen vi har valgt i egen problemstilling. Dette i kombinasjon med forskning på hvordan pasienten/deltakeren definerer og engasjerer seg i egen behandling og diagnose, gjør artikkelen relevant.

Tittel	Fostering self-endorsed motivation to change in patients with an eating disorder: The role of perceived autonomy support and psychological need satisfaction.
Forfatter og årstall	Kaap-Deeder et al., 2014
Problemstilling og forskningsspørsmål	Denne longitudinelle studien tar for seg selvbestemmelsesteori og rollen til et autonomistøttende miljø og psykologiske behov for å fremme selvstendig motivasjon for endring hos pasienter med en spiseforstyrrelse.
Metode	84 kvinner innlagt med Anorexia Nervosa og Bulimia Nervosa fylte ut spørreskjema i starten, under og på slutten av behandlingsperiode som inneholdt spørsmål om deres oppfatning av autonomistøtte fra foreldre, helsepersonell og pasienter, deres tilfredstillelse av psykologiske behov og deres motivasjon for forandring. Pasientens BMI ble vurdert av personellet ved institusjonen i starten og slutten av behandlingen.
Resultat	I starten av behandling var autonomistøtte fra foreldre positivt med tanke på pasientens psykologiske behov og selvstøttet motivasjon. Autonomistøtte fra ansatte og medpasienter var relatert til endring i selvstøttet motivasjon gjennom å fremme endring i oppfyllelse av psykologiske behov i løpet av behandlingen. Økning av selvstøttet motivasjon relaterte også til økning av BMI gjennom hele behandlingen.
Kommentar og relevans for problemstilling	Artikkelen er relevant for problemstillingen da den tar for seg bruk av tvangsbehandling hos anoreksipasienter.

Tittel	Autonomy support and autonomous motivation in the outpatient treatment of adults with an eating disorder.
Forfatter og årstall	Steiger et al., 2017
Problemstilling og forskningsspørsmål	Studien undersøker i hvilken grad autonomistøtte fra terapeuter og andre omsorgspersoner var assosiert med endring i autonom og kontrollert motivasjon over tid hos pasienter med spiseforstyrrelse, og i hvilken grad dette reduserte vanlige symptomer hos disse pasientene
Metode	97 kvinner med Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa eller en annen relatert spiseforstyrrelse målte motivasjonsstatus og kliniske

	symptomer ved begynnelsen og slutten av et tidsbegrenset behandlingsprogram. Halvveis i programmet vurderte pasientene i hvilken grad terapeutene, gruppe-terapimedlemmer familiemedlemmer, venner og kjærester var autonomistøttende
Resultat	Resultatene fra studien indikerte at større opplevd autonomistøtte fra terapeuter, gruppe-terapimedlemmer, familiemedlemmer, venner og kjærester samsvarte med større økning i autonom motivasjon over behandlingsforløpet, uavhengig av spiseforstyrrelse diagnose.
Kommentar og relevans for problemstilling	Studien er relevant da den tar for seg pasientens autonomi og autonomistøtte fra pasientenes ressurspersoner og behandlere.

Tittel	A framework to conceptualize personal recovery from eating disorders: A systematic review and qualitative meta-synthesis of perspectives from individuals with lived experience
Forfatter og årstall	Wetzler et al., 2020.
Problemstilling og forskningsspørsmål	I denne studien fokuserer de på to rammeverk som fanger opplevelsen av personer som lever med en spiseforstyrrelse og som behandles for denne. De to rammeverkene er CHIME og SAMHSA, Hvor CHIME har til hensikt å økte individuell empowerment og fokuserer på 5 kategorier for en behandlingsprosess. Ifølge SAMHSA er bedring definert som en prosess av forandring som fokuserer på forbedring av helse og trivsel for å kunne nå sitt fulle potensiale. Dette rammeverket innebærer 4 bedringsdimensjoner og 10 prinsipper for bedring
Metode	En systematisk gjennomgang og kvalitativ metasyntese ble brukt for å tolke 20 studier som fokuserte på personer med en spiseforstyrrelse i bedring. Studiene ble søkt etter temaer som beskriver komponentene i personlig bedring, temaene ble analysert og sammenlignet i rammeverkene som beskriver sentrale komponenter i prosessen for bedring ved spiseforstyrrelser.
Resultat	Det kommer frem at støttende relasjoner, håp, identitet, mening og formål, selvbestemmelse og selvmedfølelse står sentralt i prosessen med personlig bedring.
Kommentar og relevans for problemstilling	Denne studien er relevant da den får frem pasienters egne opplevelser av spiseforstyrrelse under bedring. Med fokus på støttende relasjoner, håp, identitet, mening og formål, selvbestemmelse og selvmedfølelse vil den være relevant med tanke på hvordan sykepleier kan støtte pasienten gjennom disse komponentene for bedring.

Tittel	Attachment, mentalization and autonomy in anorexia nervosa and bulimia nervosa.
Forfatter og årstall	Kuipers et al., 2015
Problemstilling og forskningsspørsmål	Artikkelen har som mål å undersøke sammenhengen mellom tilknytningssikkerhet (pasientens forhold til trygghet og tillit i nære relasjoner) og mentaliseringssikkerhet (hvordan pasienten evner å forstå andres mentale tilstand, følelser og intensjoner, samt regulere sine egne) med kjerne- og komorbide symptomer (symptomer som definerer selve spiseforstyrrelsen og andre tilleggdiagnoser til denne) hos pasienter med spiseforstyrrelser.
Metode	I metoden har artikkelen sammenliknet 51 pasienter med spiseforstyrrelser som er i oppstartsfasen i behandlingen for sin

	diagnose. Disse ble sammenliknet med 20 friske kontrollpersoner. Sammenlikningen baserte seg på tilknytning, mentalisering, symptomer på spiseforstyrrelser, depresjon, angst, personlighetsforstyrrelser, psyko-nevrotisme, autonomiproblemer og selvskading. For å gjennomføre denne sammenlikningen benyttet artikkelen seg av Adult Attachment Interview, intervjuformene SCID-I og II, samt flere spørreskjema.
Resultat	Resultatene viser at pasientgruppen hadde høyere forekomst av usikker tilknytning enn den friske kontrollgruppen. Pasientgruppen hadde også redusert respons/svar til «Adult Attachment Interview» knyttet opp mot tap og misbruk, enn det kontrollgruppen hadde. Lavere nivå av mentalisering og autonomi var også faktorer som kom frem hos pasientgruppen. Symptomer på spiseforstyrrelser, depresjon, angst, psykonevrotisme og autonomiproblemer relatert til tilknytnings- eller mentaliseringssikkerhet, kunne ikke relateres til tilknytnings-sikkerhet og lavere mentalisering hos pasientgruppen. I kontrollgruppen ble det ikke funnet noen sammenheng mellom tilknytning, mentalisering og tegn på psykisk lidelse eller ubalanse. Nyttan av mentalisering viser seg å være god ved behandlingsteknikker for spiseforstyrrelser da denne pasientgruppen hadde lavere nivå av mentalisering. Dette spesielt ved selvskadende atferd og/eller tilleggsdiagnosen Borderline personlighetsforstyrrelse
Kommentar og relevans for problemstilling	Artikkelen er relevant da den tar for seg mentalisering og tilknytning. Dette kan tolkes videre til forholdet pasienten har til helsepersonellet, og hvordan dette forholdet påvirker brukermedvirkning og autonomi i den ene eller andre retningen.

Tittel	Involuntary treatment in Patients with anorexia nervosa: utilization patterns and associated factors.
Forfatter og årstall	Mac Donald et al., 2023
Problemstilling og forskningsspørsmål	Denne forskning artikkelen tar for seg pasienter med Anorexia Nervosa som gjennomgår tvungen behandling pga. Stabilisering av medikamenter, suicidalitet, selvskading, utilstrekkelig vektoppgang i poliklinisk sammenheng og livstruende somatiske komplikasjoner knyttet til undervekt og underernæring som følge av restriktiv spising, overdreven trening og oppkast.
Metode	Dette er en register basert retrospektiv kohortstudie hvor pasienter ble identifisert fra deres første sykehusinnleggelse med anoreksi, hvor de har blitt fulgt opp for fem år. Ved hjelp av regresjonsanalyser og deskriptive statistikker, tar studien for seg tvangshendelser og faktorer som førte til økt bruk av tvang og tvangsmidler.
Resultat	Bruken av tvang var størst de første årene etter sykehusinnleggelsen. De mest vanlige tiltakene som ble rapportert var bruk av fysisk og mekanisk tvang. Faktorer som var assosiert med økt bruk av tvungen behandling var kjønn (kvinner), lavere alder, tidligere innleggelser med psykiatriske lidelser før sykehusinnleggelse med anoreksi. Faktorer som var assosiert med bruk av tvangstiltak var lavere alder, tidligere innleggelser med psykiatriske lidelser og tvungen behandling relatert til disse.
Kommentar og relevans for problemstilling	Artikkelen er relevant da den tar for seg anoreksi pasienter som har gjennomgått tvang og faktorer som førte til økt bruk av tvang.

4.2 Pasientens behov for autonomistøtte

Resultatene til Steiger et al., 2017 viser at autonomistøtte påvirker pasientens autonome motivasjon til forandring/behandling. Autonomistøtte fra behandlende helsepersonell, venner og familie, men også medpasienter viste seg å ha positiv effekt på pasientenes autonome motivasjon. Samtidig presiserer Steiger (2017) i samme studie at pasienter med redusert behandlingsmotivasjon kunne vise til stor økning av egenmotivasjon som følge av autonomistøtte.

Denne støtten ledet til symptomlette i form av økt BMI hos flere av pasientene, da spisevaner og vektatferd ble forbedret. Dette er i tråd med Wetzler et al., 2020 forskning hvor et for stort fokus på spise- og vektatferd, samt fravær av autonomistøtten, hadde negativ effekt på pasientens behandling. Dette ble oppfattet som mer skadelig enn støttende. Til tross for bedring i BMI og spisemønstre, var ikke dette det mest sentrale i behandlingsaspektet for pasienten.

Der Steiger ser på pasientens motivasjon etter autonomistøtte, tar Oliverio et al., 2022, for seg helsepersonellens erfaringer ved bruk av autonomistøtte ovenfor sine pasienter. Helsepersonellens evne til tålmodighet, empati, oppmerksomhet og refleksjon resulterte i en styrket autonomistøtte. Disse faktorene sørget for en god relasjon mellom pasient og helsepersonell, samtidig som det økte tilliten mellom partene.

Der Oliverio et al., 2022 ser på relasjonen mellom helsepersonell og pasient, presiserer Wetzler viktigheten av pasient til pasient forholdet. Wetzler forskning tilsier at støtte og råd fra medpasienter ville kunne gi en følelse av å bli forstått. Pasienten kjente på å bli sett, samt følelsen av å tilhøre en gruppe. Studien kan vise til en 17% bedring hos pasienter med spiseforstyrrelser som opplever støtte og tilknytning fra likesinnede.

Tilliten og relasjonen som Steiger har vært inne på, oppstår gjennom tilnærmingen som Sheridan et al, 2016, viser til i sine resultater. Sheridan presenterer et resultat der en mindre sykdomsfokusert tilnærming, samt vektlegging av autonomistøtte og gode relasjoner, styrker engasjementet pasienten har til behandling. På samme tid resulterte dette i bedre fysisk og psykisk helse hos pasienten.

Sheridans vektlegging på autonomistøtte og gode relasjoner gjenspeiler seg i eksempelet hun bruker senere i artikkelen. Her kan en AN-pasient fortelle av erfaring at opprettholdelse av motivasjon til behandling, baserer seg på tillit og kontinuitet i forholdet de har til behandlere og helsepersonell. Oliverio et al, 2022 kan i sine resultater fortelle at denne tilliten og kontinuiteten opprettholder pasientens forpliktelser og egenmotivasjon ovenfor behandling, noe som gjør det enklere for helsepersonell å ivareta autonomistøtten.

Høy arbeidsbelastning sammen med emosjonell påkjenning gjør utførelsen av autonomistøtte utfordrende. Forskingen til Oliverio ser at arbeidsbelastningen førte til ufokusert personale, lite tålmodighet og en følelse av at de ikke var til stede for å kunne bidra til pasientens beste. Dette kan gå utover pasienten noe Darcy et al., 2010 forteller i sine studier. Hun viste til at flertallet av studiens deltakere droppet ut i løpet av

behandlingstiden, der majoriteten av disse deltakerne nevnte at pasientens og behandlers forhold utgjorde grunnen til at de valgte å avslutte behandlingen. Sheridan et al., 2016 nevner andre organisatoriske faktorer som påvirker autonomistøtten. Dette kunne være et behandlingsmiljø som er tilpasset pasientene og behandlingen. Dette gikk ut på at pasientene bodde på en passende institusjon hvor de følte seg mer avslappet, oppnådde en følelse av normalitet og hverdagsaktiviteter som ga ferdigheter til en senere utskrivelse. Pasienter som hadde vært innlagt på sykehus med et mindre tilpasset behandlingsmiljø, oppfattet dette som et stressende og mindre åpent miljø.

4.3 Pasientens motivasjon

Det kan ses en trend i artiklene at høyere autonom motivasjon blant pasientene og deltakerne med en SF er assosiert til mer åpenhet og engasjement rundt behandling av spiseforstyrrelsen og dens symptomer.

Carter et al., 2014, kan vise til resultater der pasienter som opplevde stor autonom motivasjon, vil føle på et mindre nivå av skam og depressive symptomer. Samtidig økte pasientenes selvtillit og selvmedfølelse i takt med den autonome motivasjonen, noe som førte til større medgjørighet for oppstart av behandling. Samme artikkel viser til resultater der kontrollert motivasjon ble assosiert med høyere nivåer av skam og lavere selvmedfølelse.

Sheridan et al., 2016, poengterer dette i sin artikkel der resultatene forteller at dersom pasienten oppfatter personalet som autoritært og tvangspreget, påvirket dette pasientens vilje til behandling. Bruk av tvangsstrategier for å motivere pasienter til forandring kunne føre til episoder med angst. Dette ga en symptomforverring av spiseforstyrrelsen, hvor pasientene beskyttet symptomene og atferden relatert til sykdommen.

Sheridan et al., 2016, viste også hvordan behandlers mangel på forståelse og kompetanse overfor SF gikk utover pasientforholdet. Dette gjorde pasienten usikker, og økte risikoen for at vedkomne avsluttet behandlingen. Det samme ser vi i studien til Kaap-deeder et al., 2014 hvor resultatene viste at dersom pasienten hadde en lavere motivasjon og vilje til oppstart for behandling initielt, samtidig som de var ambivalente til behandlingen var riktig, var det større sannsynlighet for at pasienten ønsket å avslutte behandling.

Carter et al., 2014, har et eksempel hvor man ser en endring i pasientenes svar i spørreskjemaet EDE-Q, et 28 spørsmåls selvrapporteringskjema designet for å vurdere alvorlighetsgraden og omfanget av en spiseforstyrrelse. Høyere autonom motivasjon over tid ga positive endringer i punktene som omhandlet spiseatferd, vektbekymringer og kroppsfokus. Kontrollert motivasjon over tid ga derimot ingen endring hos svarene i spørreskjemaet. Man ser det samme i Steiger et al., 2017 hvor høy autonom motivasjon ga positive endringer i punktene nevnt over i spørreskjemaet EDE-Q.

Oliverio et al., 2022, og Sheridan et al., 2016, viser til behandlingsstrategier brukt av helsepersonell som innebærer ferdigheter og verktøy til å lære, reflektere og utvikle seg selv. Disse behandlingsstrategiene lar pasienten føle på et ansvar overfor egen helse, noe som økte den autonome motivasjonen til behandling. Evnen til å kunne ta ansvar for

egen helse og ta kontroll over livet og sykdommen kommer også til syne i Wetzler et al., 2020, hvor de belyser viktigheten av autonomi og selvstendighet i møte med behandling.

4.4 Autonomiens påvirkning

Darcy et al., 2010, testet om følelsen av autonomi resulterte i økt motivasjon. Her ble det gjort en grov måling som baserte seg på pasientens/deltakerens svar på om de ville takke ja eller nei til innleggelse og behandling. Pasientens følelse av autonomi resulterte i en økning av motivasjon i beslutningen om behandling. Initiativet kom da fra pasienten selv, men ble også initiert av andre nære relasjoner slik som venner og familie. Samme artikkel kan vise til resultater der 25% av deltakerne droppet ut av behandling grunnet mangelen på fleksibilitet i behandlingsprogrammet. Dette kunne for eksempel omhandle utvalget av matvarer pasienten hadde å velge i.

Hele 45% av deltakerne nevnte at følelsen av påtvungen endring hadde ført til at de ville avslutte behandlingen. Beslutningen om å avslutte et behandlingsforløp kan også assosieres ved pasientens grad til mentalisering. Kuipers et al., 2016, skriver om mentalisering i sine resultater, og kan fortelle at symptomer på blant annet autonomiproblemer ikke er negativt korrelert til pasientens mentaliserende evner.

Mentalisering omhandler blant annet hvordan vedkomne viser åpenhet for perspektiver og evnen til å endre standpunkt (Skårderud, 2020, ss. 154). I Kaap-deeder et al., 2014, forskning ble utfallet av hvordan pasienten oppfattet autonomistøtten knyttet opp til blant annet økt tilfredsstillelse av pasientens autonomi og personlige behov. Modell 3 og 4 i artikkelen viser at pasientens autonomi og personlige behov responderte bra på autonom støtte fra medpasienter og personalet. Videre tar resultatene for seg medpasienters og personalets autonomistøtte i kombinasjon. Dette viste til at medpasienten tilfredsstiller behovet om autonomi og personlige behov i høyere grad enn personalet når disse kombineres.

Oliverio et al, 2022, forteller at pasientens manglende autonomi og engasjement for behandling gjorde det vanskelig for helsepersonell å fremme pasientens autonomi. Faktorer som lite engasjement, at de ikke ønsket å være der, ikke åpne for behandlingsalternativer, ignoranse ovenfor eget ansvar og redsel for å være autonome, gjorde det utfordrende å jobbe med pasientens autonomi. Dette kommer frem i Wetzler et al., 2020, der å jobbe med ivaretagelse av empowerment fører til styrket autonomi.

Studien forteller eksempelvis om en pasients utvei fra sykdommen. Dette innebar å ta en selvstendig beslutning om å ville bli bedre. Det var ingen som kom til å gjøre det for henne, det var et valg hun måtte ta, da hun ikke lenger ønsket å føle seg fengslet i egen kropp.

Resultatene fra de forskjellige studiene viser at pasientens evne til å ta kontroll og ansvar for behandling som er autonomigivende. Samtidig ser man mange faktorer som kan spille for eller imot pasientens autonomi. Dette kan være alt fra pasientens støtteapparat, behandler, sykepleier, pasientens evne til mentalisering, motivasjon til behandling og mangel på ansvar i livet og i behandling.

5. Diskusjon

5.1 Pasientens behov for autonomistøtte

Autonomistøtte har vokst frem som et sentralt begrep i denne oppgaven. Helsepersonells, pårørendes og medpasienters tilnærming til pasienten gjennom autonomistøtte, sees på som avgjørende for å styrke AN-pasientens autonomi under tvang.

Wetzler et al., 2020, presiserer tyngden av felles forståelse som et steg mot autonom deltakelse i sin studie. AN-pasienters utveksling av felles erfaringer knyttet til sykdommen, vil på den ene siden kunne føre til økt autonom motivasjon. Pasientens økte motivasjon vil gjøre arbeidet med å styrke pasientens autonome valg enklere for sykepleier. Samtidig vil sykdommens alvorlighetsgrad påvirke beslutningsevne og selvinnsikt. Dette utfordrer sykepleierens mål om styrket autonomi hos pasienten.

Utfallet av pasientenes støtte til hverandre, sammen med utveksling av råd, kan i noen tilfeller ødelegge for autonomistøtten. Dette har vi erfart gjennom tidligere praksis der det oppsto en konkurransementalitet blant de sykeste pasientene. Dette innebar interne konkurranser der målet var å miste eller vedlikeholde kroppsvekt. Med dette som bakteppe ser vi hvordan autonomistøtten kan slå i motsatt retning når den kommer fra sykdommen selv.

I tvangsbehandlingen av Anorexia Nervosa vil sykepleier måtte tilstrebe å skape en tillitsfull relasjon til pasienten. I studien til Sheridan et al., 2016, får leseren innsikt i AN-pasientens motivasjon til behandling der vedkomne kan fortelle at motivasjonen ble styrket i lyset av en god og tillitsfull relasjon til helsepersonellet. Hva som påvirker relasjonen, vil igjen bli utslagsgivende for autonomien og autonomistøtten som kan gis.

På den ene siden ser vi at høy arbeidsbelastning kan ha en negativ innvirkning på relasjonen mellom sykepleier og pasienten. Oliverio et al., 2020, skriver om dette i sin studie, der emosjonell påkjenning gjennom høy arbeidsbelastning, svekker evnen helsepersonell har til å gjennomføre autonomistøttende tiltak. Dette innebærer svekket faglige vurderinger, en mindre empatisk tilnærming og utilstrekkelig ivaretagelse av pasientens autonomi. Eksempelvis vil en emosjonelt påvirket sykepleier heller ikke kunne fatte slutninger som ikke henger i tråd med yrkesetiske retningslinjer, pasientens faktiske behov og hva lovgivningen sier.

I en tvangsbehandlingssituasjon vil en slik tilnærming gi negativt utslag på pasientens autonome valg, da sykepleier ikke har evnen til å fokusere på pasientens behov, preferanser eller ønsker.

Emosjonell påvirkning trenger ikke nødvendigvis kun være knyttet til høy arbeidsbelastning. Det poengteres i teorikapittelet at sykepleier kan vinne tillit og relasjon ved å tre ut av sin rolle som sykepleier for å engasjere seg på et medmenneskelig plan. Vi ser på dette som et godt hjelpemiddel i behandlingen, men kun om en objektiv og profesjonell holdning mellom partene blir opprettholdt.

Vi tenker at en for personlig relasjon vil kunne true pasientens autonomi. Dette sees ved at pasienten legger ansvaret og tilliten til behandlingsvalg over på helsepersonellet. Dette setter sykepleier i en posisjon hvor maktforholdet ovenfor pasienten blir ubalansert. Vi mener dette kan føre til for stor innflytelse i pasientens behandling på feil grunnlag. Videre ser vi at en slik favorisering av helsepersonell vil kunne påvirke forholdet pasienten har med andre sykepleiere negativt.

På en annen side ser vi styrket autonomi og autonomistøtte gjennom en tillitsfull relasjon påvirket av sykepleierens grunnleggende rolle og funksjon. Vi tenker at tilrettelegging av effektiv kommunikasjon, veiledning og opplæring er en del av sykepleierens rolle som omsorgs- og talsperson for pasienten. Informasjon om behandlingsalternativ, og risiko/fordeler ved pasientens atferd under tvangs behandling, gir vedkomne den nødvendige kunnskapen for å kunne ta bedre valg på vegne av sykdomstilstand.

I enkelte tilfeller ser vi at pasientens sykdomstilstand være for alvorlig til at slik informasjon og opplæring vil kunne føre til autonom deltakelse. Til tross for dette vil informasjonen, støtten og opplæringen ha en autonomistøttende funksjon, selv om pasienten ikke klarer å oppfatte dette selv.

Pårørende til pasienter som ikke er samtykkekompetente får en utvidet medvirkning i pasientens behandlingsforløp. Dette ser vi blant annet i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 som sier at «Der det er mulig skal det innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket». Dette henger i tråd med sykepleierens yrkesetiske retningslinjer der det i § 3 fremgår at «sykepleier viser respekt, omtanke og inkluderer pårørende» (NSF, 2019). Vi tenker at inkluderingen av pårørende har positiv effekt i sykepleierens arbeid mot styrket autonomi, da de sitter på informasjon om pasientens behov og preferanser, samt tidligere erfaringer som pasienten har med tvangs behandling. Pårørende kan samtidig styrke kommunikasjonen, da de ved flere tilfeller kan fungere som en formidler av informasjon. Dette er en effektiv måte å fremme pasientens ønsker på, dersom vedkomne ikke vil dele sensitiv informasjon til sykepleier grunnet mistillit i forholdet dem imellom.

På en annen side kan pårørendes involvering ha negativ innvirkning på pasientens autonomi. Dette ser vi i situasjoner der pårørende forsøker å kontrollere beslutninger i pasientens behandling. I flere tilfeller er disse beslutningene basert på pårørendes redsel og mangel på kontroll i situasjonen. Dette kan trigge til konflikt mellom pasient og pårørende, men er også med på å utfordre sykepleierens tilnærming til pasienten. Dette sees i lys av at sykepleier må ta hensyn til partenes motstridende ønsker og behov. I slike situasjoner må sykepleier vurdere hva som er til det beste for pasienten, da hans rolle er å være pasientens talsperson. Veiledning og opplæring tenker vi kan være avgjørende for at pårørende kan få kunnskap og forståelse, slik at de kan bidra til en god autonom støtte under behandling.

5.2 Pasientens motivasjon

Vi ser i resultatene at pasientens egenmotivasjon bidrar sterkt i sykepleiers evne til å styrke autonomi under behandling. Samtidig ser vi at pasienter med høyere grad av autonom motivasjon føler mindre skam, har mindre depressive symptomer og har høyere selvtillit og selvmedfølelse (Carter et al., 2014). Sykepleiers evne til å endre pasientens tankegang i forhold til hva som motiverer dem, står derfor sentralt i ivaretagelse av

pasientens autonomi. Kontrollert motivasjon viser seg å være en dårlig indikator for motivasjon til forandring hos pasienten. Ifølge Carter et al., 2014 hadde pasienter med høyere kontrollert motivasjon større sannsynlighet for lavere selvmedfølelse og et høyere nivå av skam, spørreskjemaet EDE-Q viste også ingen endring i spiseatferd, vektbekymringer eller kroppsfokus hos anoreksipasientene med høyere kontrollert motivasjon.

Pasienter med spiseforstyrrelser er ofte svært ambivalente i forhold til sin sykdom (Skårderud 2021, ss. 150). Vi ser at de kan oppleve å være desperate etter hjelp, samtidig som sykdommen styrer atferden og tankegangen deres. Mange kan være redde for å slippe taket på spisemønstrene og vanene de har tilegnet seg over tid med spiseforstyrrelsen, da de mister kontrollen og mestringen forbundet med den.

Å bygge opp en god relasjon og tillit mellom pasient og sykepleier er nødvendig for at pasienten skal kunne engasjere seg i behandling, spesielt i de første møtene med pasienten. Da ambivalens for forandring er et kjernetrekk hos AN-pasienten, har dette gitt disse pasientene et dårlig rykte i helsevesenet grunnet nettopp dette og deres skepsis til behandling (Skårderud, 2021 s. 151). For å styrke relasjonen mellom pasienten og sykepleier er det derfor viktig at sykepleier har kompetanse, forståelse og interesse for sykdommen og pasienten, da mangel på dette har ført til usikkerhet blant pasienter og dermed også påvirket deres motivasjon og vilje til behandling (Sheridan et al., 2016).

En god og tillitsfull relasjon med pasienten kan vise seg vanskelig å oppnå under tvangsbehandling. Pasienten kan fra sin side oppfatte å bli satt inn i et hierarki ved institusjonen eller sykehuset der vedkomne er innlagt. For pasienten gir dette en følelse av at lege, sykepleier og annet helsepersonell er på toppen av en rangstige som pasienten selv ikke når opp til. For å unngå dette er sykepleier nødt til å jobbe i team sammen med pasienten og utarbeide felles mål mot bedring.

Den tysk-amerikanske psykiateren Hilde Bruch, beskriver behandlers oppgave som å [...] «hjelp personen med SF i vedkomnes jakt på autonomi og sikre identitet gjennom å stimulere årvåkenhet og oppmerksomhet for egne impulser, følelser og behov. Fokuset i behandlingen skal være pasienten manglende selvopplevelse og usikkerhet i møte med andre» (Skårderud, 2021, s. 154).

I dagens praksis i et travelt og presset helsevesen vil det kunne være vanskelig for sykepleier å ivareta og benytte tiltakene nevnt over. Disse kan kreve tid og ressurser fra både pasienten og sykepleieren. Spesielt dersom pasienten har et høyere nivå av kontrollert motivasjon, da dette er assosiert med lavere motivasjon og mindre engasjement til behandling og endring av atferdsmønstre. Høy arbeidsbelastning hos sykepleiere kan gjøre de mindre mottakelige for informasjon og tanker fra pasientene som går utover relasjonen og tilliten mellom pasient og sykepleier.

En utfordring i jobben med SF er å balansere den somatiske og psykoterapeutiske oppfølgingen pasienten har behov for. Ofte kan spiseatferd og de somatiske konsekvensene av underernæring vektlekkes høyere i behandling (Skårderud, 2021, s. 153). Vi ser at en bedring i pasientens BMI og vektøkning ikke nødvendigvis fører til psykisk bedring, da man fortsatt ikke har kommet til bunns i pasientens følelser og behov knyttet til spiseforstyrrelsen. Ved å neglisjere tiltakene nevnt over vil ikke pasienten ha

grunnlaget for å styrke sin egen autonomi og motivasjon til bedring. Sykepleier vil da stå i en krevende situasjon hvor pasienten vil kunne gå tilbake til sine vanter etter utskrivelse, og pasienten vil havne i en ond sirkel med flere innleggelser og vektreduksjon.

Sykepleiers funksjon vil derfor være å fremme motivasjon i form av motiverende intervjuer, refleksjoner og samtaler med pasienten. Dette kan være med å gjøre at pasienten blir mer bevisst og reflektert over egne ønsker og behov, atferdsmønstre og synspunkter (Sætertrø, Haugan, 2018 s. 260). [...] «motiverende intervju kan øke sannsynligheten for at den som søker hjelp opplever egen styrke til å mestre utfordringer, alvorlige kroniske lidelser til å eventuelt endre handlingsmønster» (Sætertrø & Haugan, 2018, s 260).

Ved å ha en balansert tilnærming til psykoterapi og somatiske symptomer hos pasientene, vil det kunne bidra til at pasienten blir mer oppmerksom og reflektert rundt sin psykiske og fysiske helse. Vi tenker at en balansert behandlingstilnærming vil være optimalt, da pasientene til tider er for fysisk syke til å nyttiggjøre seg av psykoterapien alene ved behandlingsstart. Når de fysiske symptomene slik som konsentrasjonsvansker og hukommelsesproblematikk har stabilisert seg, vil pasientene ha lettere for å hankses med egen motivasjon og autonome valg under behandling.

Rett til brukermedvirkning er fastsatt i både pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernlov (Bank et al., 2020 s. 448). Dette gjør at helsepersonell må tilstrebe å handle etter pasientenes ønsker og behov. Å Ivareta pasientens autonomi i arbeidet med psykiske lidelser kan derimot være utfordrende, spesielt dersom pasientens ønsker og behov har konsekvenser for pasienten selv eller pårørende. Sykepleier er derfor nødt til å være fleksibel med ønskene og behovene pasienten uttrykker. Det å akseptere at pasientene ikke alltid tar valg i samråd med helsepersonells faglige råd trenger ikke nødvendigvis å være feil. Et feil valg eller vurdering tatt av pasienten, trenger ikke være et nederlag, men en suksess ved at pasienten utvikler nye mestringsstrategier som gir et bedre utgangspunkt for valg senere i behandling (Bank et al., 2020, s. 450).

5.3 Autonomiens påvirkning

Mangel på innsikt og samtykkekompetanse gjør at de gode autonome valgene blir vanskelige å ta. Enhver pasient underlagt § 4-4 i Psykisk helsevernloven har ikke samtykkekompetansen som beskrives i Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Fraværet av samtykkekompetansen fører ofte med seg en dårlig beslutningsevne, som igjen gjør at autonomien kan bli frarøvet pasienten.

Vi har opplevd i egen praksis at AN-pasienter under tvang ikke har villet engasjere seg i de få autonome valgene de har blitt tilbudt, rett og slett fordi de er for syke. Vi mener dette vil utfordre sykepleierens tilnærming til pasienten, da det åpenbart vil komme motstand fra pasientens side. Sykepleierens håndtering av pasienten under tvang går blant annet ut på den fysiske håndteringen og kommunikasjonen som benyttes underveis. Dette legger grunnlaget for om autonomien kan bli styrket eller kun ivaretatt.

Vi ser styrket autonomi innebærer flere sider av samme sak. Oliverio et al., 2022, skriver i sine resultater hvor vanskelig det er å styrke AN-pasientens autonomi når sykdommen er på sitt verste. En dårlig AN-pasienten vil motsette seg sondeernæring, noe som kan

føre til en tvangssituasjon av fysisk karakter. Å styrke autonomien vil for mange sees på som utfordrende i en slik situasjon. Vi mener at å gi pasienten mulighet til å medvirke i måltidsplaner eller gi dem alternativer til matvarer de selv kan velge mellom, kan sees på som en vedlikeholdelse eller ivaretagelse av autonomien. Vi ser at den ikke styrkes direkte, men blir ivaretatt ut ifra hva forholdene tillater.

Resultatene til Darcy et al., 2014, presiserer at pasientene bør involveres i egen behandling knyttet opp mot hva de selv definerer som bedring. Studiens deltakere kan ikke vise til tidligere tvangsinnleggelse, og gjør at Darcy kan konkludere som han gjør. Det vi ser er at samtykkekompetansen er på mange måter det som utgjør nytten og forholdet som AN-pasienten har til autonomien. I arbeidet med å styrke AN-pasientens autonomi i tvangsbehandling, ser vi at prinsippet om pasienten som ekspert på egen livssituasjon og diagnose, ikke kan taes hensyn til på samme måte som pasienter med somatiske sykdommer (Tveiten, 2018 s. 242).

September 2017 kom det en lovendring av psykisk helsevernloven. Dette førte blant annet til at pasienter som gjenvinner samtykkekompetanse etter behandling kan avslutte behandlingen på tross av anbefalinger og vurderinger tatt av helsepersonell (Helsedirektoratet, 2022). Carter et al., 2015, og Steiger et al., 2017, kartla alvorlighetsgraden av SF gjennom EDE-Q. Slike kartleggingsverktøy blir mer og mer relevant i takt med denne lovendringen. Samtidig ser vi at det etiske aspektet blir utfordret, da sykepleier må ta hyppigere vurderinger rundt bruken av tvang når pasientene selv mener de er kompetente til autonome valg.

Vi mener at dette kan føre til autonomi på feil prinsipper. Gjenvinningen av samtykkekompetansen betyr nødvendigvis ikke at pasienten tar gode beslutninger på vegne av egen helse. Behandlingen kan i mange tilfeller få pasienten frisk nok til utskrivelse, men ikke frisk nok til å fortsette behandlingen ute. Tilbakefall av symptomer er starten på en ond sirkel for disse pasientene.

En patogen tilnærming er et begrep som fokuserer på en sykdomsrettet tilnærming under behandling. Dette innebærer et stort fokus på somatiske symptomer, slik som gjenvinning av menstruasjonssyklus, økt BMI og en stabil elektrolyttbalanse. Selv om dette kan fremstå som et tiltalende alternativ til behandling, må vi se oss enige i forskning til Sheridan et al., 2016, som presiserer at en salutogen tilnærming er til det beste hos pasienten.

Begrepet salutogen tilnærming legger fokus på pasientens følelser, sosiale relasjoner, mestringsressurser og empowerment i behandling. Denne tilnærmingen vil fra et sykepleiers ståsted, gjøre arbeidet med å styrke pasientens autonomi enklere, da vi ser at bekjempelsen av de somatiske symptomene alene, ikke nødvendigvis gjør noe godt for pasientens psykiske tilstand på sikt.

5.4 Konklusjon

I denne litteraturstudien ønsket vi å finne svar på hvordan sykepleier kan styrke AN-pasientens autonomi under tvangsbehandling. Gode og tillitsfulle relasjoner med helsepersonell, pårørende og medpasienter som følge av autonomistøtte var avgjørende for pasientens motivasjon til behandling. Sykepleierens veiledning og opplæring ga pasienten nødvendig kunnskap som førte til et godt utgangspunkt for medbestemmelse i behandlingen.

Der sykepleieren viser evne til forståelse, empati, kunnskap og kompetanse, ser vi at dette styrket pasientens tro på bedring og medbestemmelse. Informasjon om diagnosen og hvordan opptre autonomistøttende gjorde at pårørende kunne bidra i arbeide om å styrke pasientens autonome valg. Sykepleierens veiledning til de pårørende synes å være sentral da det som oftest er de som kjenner pasientens ønsker og behov best.

Underveis i oppgaven har vi lært at det også finnes flere utfordringer som gjør det vanskelig å styrke pasientens autonomi. Faktorer som høy arbeidslastning utfordrer sykepleiers mottakelighet for informasjon, tålmodighet og empati. Dette kan på sin side føre til svekkede faglige beslutninger og evnen til autonomistøttende tiltak.

Svekket beslutningsevne rører ikke nødvendigvis kun ved sykepleier. Hos pårørende kan beslutninger tas i øyemed av redsel og mangel på kontroll. Dette i kombinasjon med lite kunnskap om Anorexia vil kunne føre til svekket autonom deltakelse for pasienten. Helsepersonells behandlingsfokus vil også være en utfordrende faktor ved at man ofte ønsker å oppnå symptomlette i form av høyere vekt. Dette kan føre til en mer patogen tilnærming, samtidig som den salutogene tilnærmingen blir tilsidesatt.

Kunnskapen vi har tilegnet oss igjennom denne oppgaven vil være til stor hjelp videre i arbeidet med pasienter under tvangsbehandling. Vi ser at sykepleiers rolle med å styrke AN-pasientens autonomi, også kan overføres til andre pasientgrupper under tvungen psykisk helsevern. Vi som nyutdannede sykepleiere kan bidra til økt fokus til brukermedvirkning på vår arbeidsplass.

6. Referanseliste

- Aasebø Hauken, M. (2018). Rehabilitering i en helsefremmende kontekst. I Å. Gammersvik, & T. Bognes Larsen, *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (ss. 179-200). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bank, R.-M., Sælør, K. T., & Ness, O. (2020). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. I M. T. Gonzalez, *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (ss. 447-451). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Carter, J. C., & Kelly, A. C. (2015). Autonomous and controlled motivation for eating disorders treatment: baseline predictors and relationship to treatment outcome. *The British journal of clinical psychology*, 54(1), 76–90. <https://doi.org/10.1111/bjc.12062>
- Darcy, A. M., Katz, S., Fitzpatrick, K. K., Forsberg, S., Utzinger, L., & Lock, J. (2010). All better? How former anorexia nervosa patients define recovery and engaged in treatment. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 18(4), 260–270. <https://doi.org/10.1002/erv.1020>
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (u.å). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet 10. Mai 2023 fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Døhl Dybvig, D., Dybvig, M., & Truls, W. (2019). Utilitarismen - om lyst og lykke hos mennesker og dyr. I D. Døhl Dybvig, M. Dybvig, & W. Truls, *Tanke og Handling - Filosofi, vitenskap og samfunn* (ss. 305-319). Bergen: Fagbokforlaget.
- Eide, H., & Eide, T. (2018). Hva er god, profesjonell kommunikasjon? I H. Eide, & T. Eide, *Kommunikasjon i relasjoner* (ss. 15-40). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H., & Hilde, T. (2018). Etikk og etisk refleksjon. I H. Eide, & T. Hilde, *Kommunikasjon i relasjoner* (ss. 85-114). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Gonzalez, T. M. (2021). Miljøterapi og tilretteleggelse av terapeutisk miljø. I T. M. Gonzalez, *Psykiske lidelser, faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (ss. 361-372). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Gonzalez, T. M. (2021). Sykepleiefaglige perspektiver ved psykiske lidelser. I T. M. Gonzalez, *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (ss. 43-54). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helsebiblioteket. (3. Juni 2016). 4.1 Sjekklistene. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistene>
- Helsedirektoratet. (5. Juli, 2022). § 4-3 Hvem som har samtykkekompetanse. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/samtykke-til-helsehjelp/hvem-som-har-samtykkekompetanse>

Kristoffersen, J. N. (2019). Å styrke pasientens ressurser - Sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø, *Grunnleggende Sykepleie, bind 3* (ss. 349-398). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kuipers GS, van Loenhout Z, van der Ark LA, Bekker MH. Attachment insecurity, mentalization and their relation to symptoms in eating disorder patients. *Attach Hum Dev*. 2016;18(3):250-72. <https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1136660>

Lauveng, A., & Skuterud, A. (2021). *Bruk av tvang innen psykisk helsevern - erfaringer fra pasienter, pårørende og ansatte*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse .

Mac Donald, B., Bulik, C. M., Larsen, J. T., Carlsen, A. H., Clausen, L., & Petersen, L. V. (2023). Involuntary treatment in patients with anorexia nervosa: utilization patterns and associated factors. *Psychological Medicine*, 53(5), 1999–2007. <https://doi.org/10.1017/S003329172100372X>

Norsk sykepleierforbund (2019). Yrkes etiske retningslinjer. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Oliverio, S., Steiger, H., St-Hilaire, A., Paquin-Hodge, C., Leloup, A. G., Israel, M., & Thaler, L. (2022). Barriers and facilitators to providing autonomy supportive counselling to individuals seeking treatment for an eating disorder. *Eating and weight disorders : EWD*, 27(7), 2919–2929. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01395-6>

Pasient- og brukerrettighetsloven (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Lovdata <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Psykisk helsevernloven (2001). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>

Sheridan, G., & McArdle, S. (2016). Exploring Patients' Experiences of Eating Disorder Treatment Services From a Motivational Perspective. *Qualitative health research*, 26(14), 1988–1997. <https://doi.org/10.1177/10497323155591982>

Steiger, H., Sansfaçon, J., Thaler, L., Leonard, N., Cottier, D., Kahan, E., Fletcher, E., Rossi, E., Israel, M., & Gauvin, L. (2017). Autonomy support and autonomous motivation in the outpatient treatment of adults with an eating disorder. *The International journal of eating disorders*, 50(9), 1058–1066. <https://doi.org/10.1002/eat.22734>

Syse, A. (2021). Kort om psykisk helsevernloven. I T. M. Gonzalez, *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (ss. 486-496). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Sætertrø, O., & Haugan, P. S. (2018). Motiverende intervju - helsefremmende samtale . I Å. Gammervik, & T. Larsen Bognes, *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (ss. 259-276). Bergen: Fagbokforlaget.

Skårderud, F. (2020). Spiseforstyrrelser. I M. T. Gonzalez, *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (ss. 145-157). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning . I Å. Gammersvik, & T. Bognes Larsen, *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (ss. 237-245). Bergen: Fagbokforlaget.

Van Der Kaap-Deeder, J., Vansteenkiste, M., Soenens, B., Verstuyf, J., Boone, L., & Smets, J. (2014). Fostering self-endorsed motivation to change in patients with an eating disorder: the role of perceived autonomy support and psychological need satisfaction. *The International journal of eating disorders*, 47(6), 585–600.
<https://doi.org/10.1002/eat.22266>

Wetzler, S., Hackmann, C., Peryer, G., Clayman, K., Friedman, D., Saffran, K., Silver, J., Swarbrick, M., Magill, E., van Furth, E. F., & Pike, K. M. (2020). A framework to conceptualize personal recovery from eating disorders: A systematic review and qualitative meta-synthesis of perspectives from individuals with lived experience. *The International journal of eating disorders*, 53(8), 1188–1203.
<https://doi.org/10.1002/eat.23260>

