



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	12-05-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	22-05-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 303

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 9932

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har registrert**

**oppgavetittelen på**

**norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 84

**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Måltidet hos pasienter med spiseforstyrrelser og sykepleiers rolle

*Mealtimes for patients with eating disorders and the role of the nurse*

**Kandidatnummer: 303**

Bachelor i sykepleie

Fakultetet for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

22.05.2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Hjertet har sine grunner, som fornuften ikke kjenner til  
Pascal: Tanker (Skårderud, 1997, s. 37)

## **Abstract**

**Title:** Mealtimes for patients with eating disorders and the role of the nurse

**Background:** Eating disorders are psychiatric illnesses with potentially life-threatening consequences. Inpatient treatment is typically required for the most severely ill patients, who are often emaciated or significantly malnourished. Mealtime activities are specific, everyday activities, serving a clear therapeutic purpose, despite numerous challenges for both staff and patients.

**Aim:** The aim of this study was to examine how nurses can support inpatients with eating disorders during mealtimes.

**Methods:** Through a systematic literature search in recognized health databases, six relevant articles were included in this literature study. The literature searches were conducted in Medline, Cinahl, PsycINFO and SveMed+. Standardized checklists from Helsebiblioteket were used to critically evaluate the articles, before doing a thematic analysis of the articles.

**Results:** The results indicated that there are five main ways in which nurses can influence and better mealtimes for inpatients with eating disorders: forward planning and structure, support and understanding, strict directions, distraction through conversation and music and understanding personal difficulties.

**Conclusion:** There is a need for specialized mealtime implementation guidelines and training.

1	Innledning .....	6
1.1	Problemstilling .....	7
1.2	Begrunnelse for valg av tema.....	7
1.3	Avgrensning.....	8
2	Teori .....	10
2.1	Spiseforstyrrelser .....	10
2.2	Årsaker til spiseforstyrrelse.....	11
2.3	Behandlingsmetoder for spiseforstyrrelser.....	12
2.4	CBT-E og kognitiv adferdsterapi .....	13
2.5	Måltidet.....	14
2.6	Orems egenomsorgsteori.....	16
2.7	Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient.....	17
3	Metode.....	19
3.1	Metodebeskrivelse og fremgangsmåte.....	19
3.2	Søk og søkehistorikk.....	20
3.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	21
3.4	Analyse .....	22
3.5	Kilde og metodekritikk .....	23
4	Etiske overveielser .....	25
5	Resultater og tematisk analyse .....	26
5.1	Fastsatte rammer / organisering av måltidet.....	27
5.2	Støttende og motiverende kommunikasjon.....	29
5.3	Strengt rutiner og regler .....	31
5.4	Distraksjon som virkemiddel .....	33
5.5	Personlige utfordringer .....	34
6	Diskusjon .....	36
6.1	Måltidets betydning .....	36
6.2	Rammer .....	36

6.3	Støttende kommunikasjon .....	39
6.4	Distraksjon.....	41
6.5	Personlige utfordringer .....	43
6.6	Om å være streng.....	44
7	Konklusjon.....	46
8	Referanseliste.....	47
9	Vedlegg 1: Litteraturmatrise .....	51
10	Vedlegg 2: Søkehistorikk .....	59

### **Tabeller**

Tabell 1: Søk og søkehistorikk .....	20
Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	21

### **Figurer**

Figur 1: Prisma flow .....	26
----------------------------	----

# 1 Innledning

Spiseforstyrrelser og misnøye med egen kropp og vekt er et samfunnsproblem med økende fokus både i media og i helsevesenet (Skårderud, Rosenvinge, & Götestam, 2004).

Man regner med at mellom 60 000-80 000 personer i Norge har alvorlige spiseforstyrrelser (anoreksi og bulimi) og kvinner utgjør cirka 90% av disse (Hummervoll, 2014, s. 249).

Behandlingen av disse pasientene kan innebære innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Oftest er dette organisert som en del av psykiatrien. Diagnosen er psykiatrisk, men har gått utover kroppen. Behandlingen må derfor både sikre næring til pasienten (livreddende behandling) og bearbeide pasientens psykiske problemer (Yager, 2019). Den psykiatriske behandlingen er en form for psykoterapi, og det finnes en rekke teknikker innen dette feltet (Yager, 2019).

For behandling av spiseforstyrrelser er CBT-E (Cognitive Behavior Therapy - Enhanced) svært utbredt. Behandlingen er utviklet av Christopher Fairburn i Oxford, og beskrevet i boken "Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders" fra 2008. Resultatene fra hans studier har vakt stor interesse internasjonalt og behandlingen har blitt implementert i blant annet Norge, Sverige, Danmark, Nederland, England og USA (Dalle Grave, 2017, s. 6). I 2017 publiserte dr. Riccardo Dalle Grave et eget behandlingsopplegg basert på Fairburn sine studier som var egnet til *inneliggende* pasienter. Dette behandlingsopplegget brukes blant annet på avdeling for spiseforstyrrelser ved Haukeland der jeg har vært i praksis.

I det intensive behandlingsopplegget basert på CBT-E hos *innleggende* pasienter, har sykepleiere en sentral rolle i flere deler av behandlingen. For å begrense og spise oppgaven har jeg valgt å fokusere på måltidsituasjonene.



Sykepleier er til stede ved måltidet og har et stort ansvar for at dette gjennomføres innenfor et sett rammer, og sykepleiers bidrag blir dermed avgjørende. Gjennom kommunikasjonen skal sykepleier blant annet støtte og veilede og bidra til en vellykket behandling. Jeg vil undersøke hvordan kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient utføres innenfor disse rammene i måltidene.

## 1.1 Problemstilling

*Hvordan kan sykepleiere støtte og veilede inneliggende pasienter med spiseforstyrrelser under måltidene?*

## 1.2 Begrunnelse for valg av tema

I psykiatripraksis på avdeling for spiseforstyrrelser på Haukeland kom jeg i kontakt med mange pasienter med spiseforstyrrelser. I løpet av disse svært lærerike ukene ble jeg oppmerksom på at store deler av behandlingsopplegget innenfor CBT-E baseres på forskningen og resultatene oppnådd av Dr. Riccardo Dalle Grave, og bestemte meg for å lese om dette. I denne oppgaven gjør jeg bruk av Dalle Graves bok på italiensk, som er mitt andre morsmål. Møtet med denne pasientgruppen vekket min interesse for feltet og fikk meg til å reflektere rundt sykepleiernes rolle i pasientens behandlingsforløp. Behandling av spiseforstyrrelser krever tverrfaglig arbeid ettersom årsaksforholdene som utløser sykdommen er sammensatte (Engedal & Snoek, 2019, s.143), og behandlingen pasientene fikk på avdelingen var bygget på nettopp dette.

Min egen erfaring fra praksis var at *sykepleierne* var den yrkesgruppen som ga størst kontinuitet til pasientene og som fulgte pasientene gjennom hele dagen og dermed de aller fleste fasene av behandlingen. Dette fikk meg til å

reflektere rundt sykepleiernes rolle hos pasienter med spiseforstyrrelser som er lagt inn på institusjon.

På tross av måltidets sentrale betydning i behandlingen av spiseforstyrrelser, inneholder ikke Dalle Graves bok spesifikke retningslinjer for hvordan sykepleiere skal kommunisere med pasientene i måltidet. I min praksis opplevde jeg mangel på klare og tydelige retningslinjer for hvordan vi som sykepleiere skal støtte og veilede pasientene i måltidet, noe som førte til at måltidene ble utført forskjellig fra gang til gang.

I denne oppgaven skal jeg se på tilgjengelig litteratur som kan belyse praksis på dette området i fravær av spesifikke retningslinjer i den dominerende teorien (CBT-E).

### 1.3 Avgrensning

Som teoretisk bakgrunn benyttes behandlingsopplegget CBT-E, da det er en av de rådende behandlingene for spiseforstyrrelser og behandlingen som blir brukt på avdelinger for spiseforstyrrelser blant annet både på Haukeland universitetssykehus og Regional seksjon spiseforstyrrelser (Helse Bergen Haukeland universitetssjukehus, 2018; Oslo universitetssykehus, 2020).

Videre trekker jeg inn Dorothea E. Orems sykepleieteori om egenomsorg, da denne beskriver hvorfor og hvordan mennesker opprettholder omsorg for seg selv, samtidig som den belyser hvordan sykepleiere skal handle dersom egenomsorgen til pasienter svikter.

CBT-E behandling er basert på en transdiagnostisk forståelse av spiseforstyrrelser (Dalle Grave, 2017, s 15). Et slikt perspektiv innebærer å arbeide med prosesser som er *felles* på tvers av lidelser som har med spising å gjøre. Det er fordi man tenker at det er flere forhold som er felles for diagnosene enn som skiller dem. Dette vil i praksis si at behandlingen er antatt

å være egnet for alle typer spiseforstyrrelser. Vi kan dele inn spiseforstyrrelser i tre undergrupper: anorexia nervosa, bulimia nervosa og overspising (Engedal & Snoek, 2019, s. 139). I denne oppgaven har jeg valgt å ekskludere overspisingslidelse da dette er en lidelse man sjelden møter på institusjoner, ettersom den er svært underbehandlet (Engedal & Snoek, 2019, s.139). Jeg kommer også til å fokusere kun på inneliggende pasienter da institusjoner for spiseforstyrrelser er et felles møtepunkt for sykepleiere og pasienter med spiseforstyrrelser.

For å begrense og spisse oppgaven har jeg valgt å fokusere på måltidsituasjonene. Jeg ønsker å fokusere spesielt på denne delen av to grunner: 1) I min egen erfaring var måltidene ekstra utfordrende, og 2) måltidene er viktige elementer i behandlingen, da spiseforstyrrelser nettopp handler om inntak av mat, og om å få et naturlig forhold til mat (Hummervoll, 2000, s. 248).

## 2 Teori

### 2.1 Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser kjennetegnes av tanker og atferd om mat og vekt som begrenser livsutfoldelsen og forringer livskvaliteten (Skårderud, 1997, s. 61). Spiseforstyrrelser karakteriseres av en kontinuerlig forstyrret adferd når det kommer til mat, kropp og vekt.

Spiseforstyrrelser kan deles i tre undergrupper: anorexia nervosa, bulimia nervosa og overspising (Engedal & Snoek, 2019, s. 139). Av disse er det anorexia nervosa som får mest oppmerksomhet både i helsetjenesten og i mediebildet fordi det er en sykdom med en viss dødelighet, og en sykdom som vekker oppsikt da man tydelig kan se at pasienten er syk (Hummervoll, 2014, s. 305). For å stille diagnosen anoreksi, kreves det et vekttap på mer enn 15% eller en KMI (BMI) på under 17,5 (Engedal & Snoek, 2019, s. 139). Vi kan skille mellom en restriktiv type og en bulimisk type anoreksi. Den restriktive er en type pasient som konsekvent vegrer næringsinntak, mens den bulimiske typen veksler mellom perioder med vegring og perioder med overspising (Engedal & Snoek, 2019, s.141).

Bulimi er den vanligste spiseforstyrrelsen og har vokst betraktelig i utbredelse de siste årene. Det kan tenkes at dette har en sammenheng med sosiokulturelle årsaker, som mote, sportslig prestasjonspress og mediefokus (Engedal & Snoek, 2019, s. 144). Det viktigste kjennetegnet ved bulimi er spiseorgier. Spiseorgiene er tvangspreget, og de kommer stadig igjen over en tidsperiode. Disse er etterfulgt av perioder med kompenserende adferd enten ved fremprovosert oppkast, sulteperioder, overdreven trening eller medikamenter (Hummervoll, 2014, s. 254).

Selv om anorexia nervosa og bulimia nervosa er to forskjellige diagnoser har de mange likhetstrekk. Begge gruppene driver med aktiv krigføring mot egen kropp, behov, drømmer og lengsler (Hummervoll, 2014, s. 251). Sykdommene har samme psykopatologi med behov for kontroll over vekt og kropp og forhindring av vektøkning. Dette kommer av at begge pasientgruppene har en tendens til å bedømme egen verdi utelukkende etter vekt og kroppsfasong (Hummervoll, 2014, s. 251), og begge forsøker å holde vekten nede. Grovt sett kan vi si at forskjellen på diagnosene er pasientenes BMI. Dette kommer av at hos pasienter med anoreksi har spisemønsteret ført til undervekt, mens hos pasienter med bulimi har perioder med restriktiv spising blitt etterfulgt av perioder med overspising, noe som vanligvis fører til at energibalansen over tid ikke blir negativ; pasienten unngår da vektnedgang (Dalle Grave, 2017, s. 23).

## 2.2 Årsaker til spiseforstyrrelse

Spiseforstyrrelser omtales ofte som et vestlig fenomen og knyttes til de ekstreme kroppsidealene i den vestlige kulturen (Øverås, 2018, s. 15). Det er ingen tvil om at kroppen og samfunnets idealer for denne spiller en sentral rolle i spiseforstyrrelser. Dette må imidlertid forstås i lys av at kroppen ikke bare er et fysisk objekt, men også et sterkt *symbolsk* redskap (Skårderud, 2000, s. 52). I vestlige kulturer anses individet som ansvarlig for kroppen sin og dømmes ut fra sin evne til å leve opp til idealene. Dette skaper et enormt press på unge mennesker som lærer å knytte identiteten sin til hvordan man ser ut (Øverås, 2018, s. 23).

Når vi snakker om årsaksforhold til spiseforstyrrelser kan vi skille mellom sårbarhetsforhold, utløsende faktorer og opprettholdende forhold. Ofte er det stor overlapp mellom disse (Øverås, 2018, s. 16). Spiseforstyrrelser starter ofte i puberteten. Dette er en periode der man går gjennom store biologiske,

psykologiske og sosiokulturelle endringer. Dette gjør puberteten til en sårbar periode, og kan forklare hvorfor spiseforstyrrelser ofte utvikler seg i denne livsfasen (Øverås, 2018, s. 19). Felles for mange i denne perioden er at de forsøker å håndtere et indre landskap av vanskelige følelser eller utilstrekkelighet (Røer, 2009, s. 23).

Den vanligste utløsende triggeren for utvikling av spiseforstyrrelser er slanking (Øverås, 2018, s. 20). Også overopptatthet av forskjellige dietter i pasientens miljø kan trigge spiseforstyrrelser.

Det er både fysiologiske og psykologiske forhold ved spiseforstyrrelsen i seg selv som bidrar til å forsterke og opprettholde sykdommen (Øverås, 2018, s. 20). Ambivalens er et vesentlig trekk ved lidelsen og bidrar til at pasientene ikke ønsker å bli friske (Hummervoll, 2014 s. 263). Når man bruker tid og energi på noe, forsterkes opplevelsen av at det er viktig. Slik oppstår det en selvforsterkende spiral der fokuset på kropp og mat øker, på bekostning av andre områder i livet. Ofte vil pasientene være motvillig til behandling fordi sykdommen er en så stor del av dem (Øverås, 2018, s. 21).

## 2.3 Behandlingsmetoder for spiseforstyrrelser

Behandling av spiseforstyrrelser består generelt av en blanding av ernæringsbehandling og ulike typer psykoterapi (Yager, 2019). Flere ulike psykoterapier brukes for behandling av spiseforstyrrelser og valget er basert på alder, vekt og pasientens egne ønsker. I følge Helsedirektoratet (2017) står kognitiv atferdsterapi som foretrukket behandling for voksne med bulimi, mens det for andre former for spiseforstyrrelser ikke gis spesifikke anbefalinger om metode, så lenge behandlingen har et tydelig fokus på å komme opp i normalvekt.

## 2.4 CBT-E og kognitiv adferdsterapi

Kognitiv (adferds)terapi (CBT) bygger på at mennesker *handler* ut fra hvordan de *tenker*, og brukes som behandling for mange typer psykiske lidelser (Røsjø, 2015). Kognisjon betyr tenkning. Kognitiv psykologi er opptatt av hvordan mennesker forstår seg selv, andre og sine omgivelser (Skårderud, 2000, s. 56), og legger vekt på “automatiske tanker”, forstyrret tenkning, trossystemer, forventninger og holdninger. Et hovedfokus i kognitiv terapi er å gjøre automatiske tanker synlige for bevisstheten, analysere dem og realitetsteste dem. Ved å bearbeide automatiske tanker blir pasienten i stand til å endre adferd (Røer, 2009, s. 131).

CBT-E står for Cognitive Behavioral Therapy-*Enhanced* og har sitt opphav på slutten av 1970-tallet da teorien og tilhørende behandlingsopplegg ble formulert av Christopher Fairburns, og er utformet spesifikt for pasienter med spiseforstyrrelser, i motsetning til CBT.

Behandlingen var opprinnelig ment for «ikke inneliggende-pasienter» med bulimia nervosa. Mot slutten av 1990-tallet var CBT-E den ledende behandlingen for bulimia nervosa, og behandlingen ble testet ut for transdiagnostisk bruk, altså for å behandle alle typer spiseforstyrrelser (Fairburn, 2008, s. 4). Det ble utført studier over en periode på fem år på to forskjellige institusjoner i Oxford. Resultatene viste at 90% av pasientene fullførte behandlingen og 85% gjenvant normal kroppsvekt. 73,9% av pasientene hadde en normal vekt 12 mnd etter utskrivning (Dalle Grave, & Calugi Conti & Doll & Fairburn, 2013, s. 394-396). Riccardo Dalle Grave arbeidet i Fairburns gruppe og tok med seg tankene til Italia. Han publiserte i 2017 et eget behandlingsopplegg basert på Fairburns sine studier som var utformet for *inneliggende* pasienter. Når jeg referer videre til CBT-E i denne oppgaven er det Dalle Grave sin versjon for *inneliggende* pasienter jeg bruker.

Målet med terapien er å utvikle en egenverdi som ikke avhenger av vekt, kroppsfasong og kontrollen over matinntak.

Den intensive CBT-E terapien for inneliggende pasienter omfatter ulike faser av behandling der man jobber tverrfaglig med leger, psykologer, ernæringsfysiologer, ergoterapeuter (Fairburn, 2008, s 23). De tverrfaglige profesjonene må ha en felles forståelse og trening i CBT-E slik at alle bruker samme fremgangsmåte. Ideen er at pasienten skal ha kontinuerlig oppfølging og behandling med bruk av prinsipper fra kognitiv adferdsterapi. På denne måten agerer alle profesjonene som «terapeuter» med ulike roller i pasientenes behandlingsforløp (Fairburn, 2008, s. 233).

Sykepleierne har det overordnede ansvaret for avdelingen og er derfor involvert i flere elementer i pasientenes behandling, måltidene er ett av disse (Dalle Grave, 2017, s. 65).

Inneliggende pasienter støttes i prinsippet hele døgnet, og inntar sine måltider sammen med pleiepersonalet. Måltidet har en sentral posisjon hos pasienter med spiseforstyrrelser, og som vi skal se gir dette sykepleier en potensielt viktig rolle hos inneliggende pasienter.

## 2.5 Måltidet

Måltidene er et viktig element i behandlingen av spiseforstyrrelser. Pasienten er som regel ambivalent til mat og vektøkning. Tanken på å spise og miste kontroll over egen vekt og kropp vil oppleves som «uutholdelig» for pasientene. Matsituasjonen er spesielt provoserende for denne pasientgruppen og personalet må dermed ha en systematisk tilnærming til måltidet og tiden etter (Hummervoll, 2014, s. 267). Sykepleierens rolle i måltidet er å støtte pasienten ved å være tilstede og forsøke å dempe angst og uro, samtidig som hun/han skal ta på seg en korrigerende og veiledende rolle (Hummervoll, 2014, s. 266-267).



Under måltidene skal pasientene trene seg på å spise «riktig» mengde mat og lære seg å spise uten spiseforstyrret atferd. Man kan se på dette som en form for eksponeringsterapi der pasientene hver dag blir konfrontert med sin verste frykt (Dalle Grave, 2017, s. 186).

Måltidene i CBT-E behandlingen er organisert slik at pasientene spiser sammen og sykepleierne er tilstede gjennom hele måltidet. Ritualistisk spiseatferd skal korrigeres da pasientene må venne av seg disse vanene, samtidig som det kan påvirke og trigge de andre pasientene (Dalle Grave, 2017, s.72).

Prinsippene og teknikkene fra kognitiv atferdsterapi som brukes i måltidssituasjoner er i hovedsak *undervisning*, *støtte* og *distraksjon* fra problematiske tanker og lyster (Dalle Grave, 2017, s. 165).

Under måltidet blir pasientene oppfordret til å bruke kognitiv atferdsterapi-teknikker, her skal sykepleier støtte pasienten med følgende prinsipper:

- Pasientene blir oppfordret til å se på mat som “medisin” og spise “mekanisk”, dvs. uten å bli påvirket av bekymringer knyttet til maten, kropp og vekt. I det å spise mekanisk ligger det også å spise uten å bli påvirket av indre impulser som sult og metthetsfølelse.
- Pasientene blir lært til å spise kontinuerlig og ha en flyt i måltidet samtidig som de skal unngå å utføre ritualer under måltidene. Overordnet kan vi si at pasienten blir trent i å skille bekymringer fra handlinger (Dalle Grave, 2017, s. 165).
- Pasientene skal etter måltidet ha “hviletid” i en time hvor de ikke har tilgang til toalettet (Dalle Grave, 2017, s. 72).

## 2.6 Orems egenomsorgsteori

Dorothea Orem er en av USAs mest kjente sykepleieteoretikere. Hennes sentrale mål i utarbeidelsen av teorien om egenomsorgssvikt har vært å avklare hva som er sykepleierens rolle i arbeidet (Kirkevold, 1998, s. 128).

Orem definerer egenomsorg som «utførelsen av aktiviteter som individer tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære» (Kirkevold, 1998, s. 129).

Egenomsorg er rettet mot å møte ens egenomsorgskrav. Det vil si en idé om at mennesket må iverksette handlinger for å opprettholde god menneskelig funksjon.

Teorien om omsorgssvikt forklarer hvorfor pasienten trenger *pleie*. Pleie er nødvendig når personen ikke klarer å ivareta egenomsorgen, dvs. ikke oppfyller egenomsorgskravene (Kirkevold, 1998, s. 132). Svikten i egenomsorg kan være delvis eller total og er knyttet til personens egenomsorgskapasitet. Hun nevner tre begrensninger som kan resultere i omsorgssvikt: begrenset kunnskap, begrenset evne til å bedømme og ta avgjørelser, og begrensninger i evnen til å utføre resultatproduserende handlinger (Kirkevold, 1998, s. 132-133).

Orem sin teori om sykepleiesystemer bygger på idéen om at sykepleiesystemer er nødvendige for å strukturere sykepleiesituasjoner ved å identifisere hvilke roller og rolleforhold sykepleieren og pasienten skal innta. Hun skiller mellom tre ulike sykepleiesystemer: helt kompenserende, delvis kompenserende og støttende/undervisende sykepleiesystemer (Kirkevold, 1998, s. 134). Omfanget av egenomsorgssvikten avgjør hvilket system som skal benyttes. Orem hevder videre at alle profesjonelle hjelpere benytter seg av fem ulike hjelpemetoder, nemlig:

1. Å handle for eller å gjøre noe for en annen

2. Å rettlede en annen,
3. Å støtte en annen (fysisk eller psykisk)
4. Å sørge for et utviklende miljø
5. Å undervise en annen

(Kirkevold, 1998, s. 134).

Relevansen for disse betraktningene ligger i at teorien tilsier at sykepleierens interaksjon med pasienter med spiseforstyrrelser må falle i en av disse fem kategoriene (eller bør gjøre det).

## 2.7 Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient

Eide & Eide (2007, s. 22-23) forklarer hvordan man kan skape *profesjonell kommunikasjon*. Dette innebærer blant annet at sykepleieren skal være lyttende og observerende både ved verbale og non-verbale signaler, gi informasjon, samt møte pasientens behov og ønsker. Her er det spesielt viktig at pleierne bruker verbalt bekreftende ferdigheter, ferdigheter i å melde tilbake at man hører, ser og forstår. Bruk av bekreftende ferdigheter både forutsetter og uttrykker respekt og interesse for andre (Eide & Eide, 2007, s. 220).

Nettopp fordi pasienter med spiseforstyrrelser ofte ikke føler eller betrakter seg som syke, vil det være vanskelig å få en god arbeidsallianse. Derfor blir den viktigste oppgaven som sykepleier kontaktetablering (Hummervoll, 2000, s. 263).

Det er vesentlig å unngå å være invaderende, samtidig som situasjonen krever en viss grad av *kontroll*. Dette innebærer en forskyvning av kontroll fra pasient til pleier; denne balansegangen er det viktig å utvikle sammen med pasienten. Pasienten vil ofte ha angst for å bli invadert da dette fører til tap av kontroll (Hummervoll, 2000, s. 263).

Støtte og relasjonsbygging med pasienter med spiseforstyrrelser er en lang prosess. Det tar lang tid å skape tillit og trygghet (Eide & Eide, 2007, s. 220). Flere studier viser at terapeutiske intervensjoner ikke vil være effektive på pasienter dersom relasjonen mellom sykepleier og pasient ikke er god (Ramjan & Gill, Ryan et al. referert i Beukers, Berends, Man-van Ginkel, Van Elburg & Van Meijel, 2015, s. 520). Kommunikasjon er et verktøy for å oppnå noe, og for at målet skal nås må det være vilje til samarbeid, samt at det må være tillit mellom dem som kommuniserer. Dette er elementer som ikke kan sikres bare ved hjelp av ferdigheter, men som til syvende og sist avhenger av de menneskene som inngår i kommunikasjonen.

## 3 Metode

«Metode er den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling.» (Thidemann, 2015 s. 76).

I denne oppgaven har jeg valgt å gjennomføre en litteraturstudie, dvs. et arbeid basert på sekundærkilder. Thidemann (2015) definerer en litteraturstudie på denne måten: Kjennetegnene på en god litteraturstudie er at problemstillingen er avgrenset og presist formulert, at hensikten med studien er tydelig beskrevet, at metodevalget er begrunnet, at søkestrategi og søkehistorikk er tydelig presentert, at de vitenskapelige artiklene er oppsummert i en litteraturmatrise, at kriteriene for å inkludere artiklene er begrunnet, eventuelt hvorfor noen til slutt ble ekskludert, at det er beskrevet hvordan tekstene i de inkluderte artiklene er analysert, at resultatene er presentert og diskutert, at informasjonen kommer fra flere kilder, at kildene er relevante, at konklusjonen svarer på problemstillingen og eventuelle forskningsspørsmål og at litteraturstudien er velskrevet, har en logisk struktur og er objektivt fremstilt (Thidemann, 2015 s. 80-81).

I dette kapitlet vil jeg beskrive fremgangsmåte for datainnhenting og -analyse, hvordan jeg planlegger å vurdere hvilke kilder som skal benyttes, og hvordan jeg vil gå frem for å analysere disse. Til slutt vil jeg reflektere kort omkring valgt fremgangsmåte.

### 3.1 Metodebeskrivelse og fremgangsmåte

Problemstillingen min krever informasjon om opplevelser og erfaring, dermed vil det først og fremst være hensiktsmessig med kvalitativ forskning (Thidemann, 2015, s. 78). Derfor startet jeg med å gjøre systematiske søk i databaser med kvalitative forskningsartikler: Cinahl, MEDLINE, SveMed+ og PsycINFO. I forkant brukte jeg MeSH emneordsystem for bibliografisk

indeksering, katalogisering og gjenfinning av litteraturkilder innen helsefagene for å finne relevante søkeord.

### 3.2 Søk og søkehistorikk

For å komme frem til de aktuelle søkeordene som ble brukt i ovennevnte litteratursøk fylte jeg ut et PICO-skjema for kvalitativ forskning. PICO er et verktøy som hjelper med å spesifisere og avgrense et litteratursøk. Bokstavene i PICO for kvalitativ forskning står for: Population/problem, Interest and Context.

*Population* beskriver hvilken populasjon eller problem man ønsker å undersøke. *Interest* begrenser søket til en hendelse/prosess/erfaring/aktivitet man er interessert å finne informasjon om. *Context* er settingen man ønsker å undersøke (UiO, 2020)

I tillegg til systematiske søk i databaser har jeg brukt manuell søking. Dette har jeg gjort ved å finne artikler eller fagbøker som er interessante for min oppgave ved å lese referanselisten i annen aktuell litteratur (Thidemann, 2015, s. 83).

Tabell 1 Søk og søkehistorikk

	<b>PICO</b>	<b>Søkeord: Emneord</b>	<b>Søkeord: Tekstord</b>
P=/Population/ problem	Patients with eating disorders	Eating disorders anorexia bulimia eating disorders	Anorexia, bulimia, eating disorders, disordered eating

	<b>PICo</b>	<b>Søkeord: Emneord</b>	<b>Søkeord: Tekstord</b>
I=Interest	Nurse's support in meal time	Mealtime  Nurse role	Meal, eating, mealtime assistance  Nursing, nursing intervention, nursing care, nursing role, staff
Co=Context	Inpatients patients at hospital	Inpatients hospitalization hospitalized patients	Inpatients, hospitalization, hospitalized patients

### 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Jeg har valgt å inkludere og ekskludere artikler på bakgrunn av gitte kriterier for inklusjon og eksklusjon. Kriteriene er valgt på bakgrunn av relevans for problemstillingen.

*Tabell 2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier*

Inklusjonskriterier	<p>Kildespråk: norsk, engelsk eller italiensk</p> <p>Kvalitative studier</p> <p>Pasientgruppe: anorexia nervosa and bulemia nervosa, inpatient</p> <p>I tråd med CBT-E</p> <p>Fokus på pasient-sykepleier interaksjon</p>
---------------------	---

	Fokus på sykepleierens rolle og bidrag Fokus på måltid Artikkelen følger IMRaD-modellen for vitenskapelig forskning
Ekklusjonskriterier	Pasientgruppe: Overspising, outpatient Ikke fokus på måltid Ikke fokus på sykepleierens rolle Annet kildepråk enn norsk, engelsk eller italiensk Artikkelen avviker fra IMRaD-modellen

### 3.4 Analyse

Relevante artikler har blitt kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister for kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2018). Resultatene er presentert i en litteratormatrise, som inkluderer bl.a. artiklenes forfattere, målet med studien, metoden som ble brukt og resultat (Thidemann, 2015 s. 89-90). Matrisen bidrar til å synliggjøre likheter og forskjeller, mønster og sammenhenger i artiklene og er et hjelpemiddel jeg har brukt for å analysere artiklene (Thidemann, 2015 s. 94).

Etter å ha gjennomført analysen forsøkte jeg å sammenfatte perspektiver som kan sees i sammenheng gjennom en tematisk analyse av empirien.



### 3.5 Kilde og metodekritikk

En kilde brukes som grunnlag for kunnskap, men ikke alle er like troverdige eller pålitelige. Derfor må kildene gjennomgås i en prosess der man kritisk vurderer om de kan brukes i tilegning av kunnskap (Dalland, 2012, s 63).

Kildekritikk er en metode som blir brukt til å fastslå om en kilde er pålitelig (Dalland, 2012, s. 67). Tre av de inkluderte artiklene har samme forfattere, men ble tatt med likevel da de var relevante for oppgaven og oppfylte Helsebibliotekets (2018) kriterier i valgt sjekkliste.

Alle de inkluderte artiklene er skrevet på engelsk, dette kan også påvirke resultatene, da jeg selv har oversatt artiklene og det er fare for at jeg har oversatt feil eller mistolket noe i tekstene.

Andre feilkilder kan være at jeg ikke har funnet frem til riktige søkeord til søk i databaser da mye av søket foregår på engelsk. Her har jeg benyttet meg av den helsefaglige emneordlisten "MeSH på norsk og engelsk". En negativ virkning av kildekritikk kan være at man avgrenser søket for mye slik at potensielt relevante artikler blir utelukket. Da dette er et svært spisset tema som det tilsynelatende er forsket lite på, synes jeg det var utfordrende å finne nok relevant litteratur. Lite litteratur å velge mellom kan være en svakhet ved oppgaven. Jeg synes likevel at kvaliteten på artiklene er god, og at de «treffer» problemstillingen godt.

Litteraturstudium som metode baserer seg på andres forskning, dette kan være en ulempe i den forstand at man kritisk må vurdere kildene på riktig måte.

Man må vite hva man skal se etter og være i stand til å vurdere kvaliteten på artiklene. Etersom jeg ikke har mye erfaring med dette fra tidligere kan dette være en svakhet med oppgaven.

Artiklene er kvalitative/drøftende, og er ikke basert på sammenligninger, bruk av kontrollgrupper, eller lignende. Dette kan sies å være en svakhet ved den kvalitative metoden, men det er mer krevende å utforme et forskningsprosjekt der man sammenligner to grupper som får ulik behandling, og det kan være en

grunn til at jeg ikke har funnet artikler som sammenligner to behandlingsmetoder direkte.

## 4 Etiske overveielser

I arbeidet med et litteraturstudium er det viktig at det blir gjort etiske vurderinger underveis.

Etiske vurderinger handler om å tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeider med oppgaven kan medføre (Dalland, 2012, s. 97).

I følge Dalland (2012, s. 96) skal ikke forskning gå på bekostning av deltakernes verdighet og integritet. Jeg har derfor sørget for at anvendt forskning er godkjent av en etisk komite og etiske retningslinjer har blitt fulgt. Her vektlegger jeg om sensitive opplysninger er anonymisert og om personvern er ivaretatt (Dalland, 2012, s. 100).

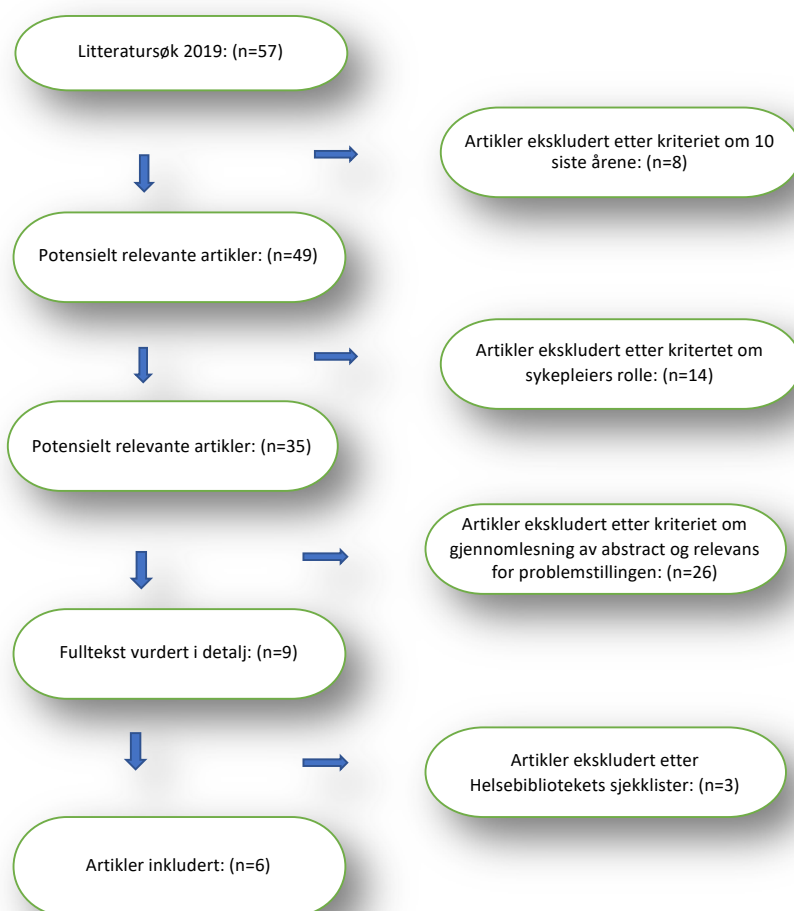
I denne oppgaven refererer jeg til alle kilder som er brukt og bekrefter at arbeidet er gjort selvstendig. Dette kalles akademisk redelighet og gjøres for at leseren lett kan finne tilbake til kildene som er brukt i oppgaven (Dalland, 2012, s. 80).

Motivasjonen min for å skrive oppgaven er basert på positive opplevelser og tro på en CBT-lignende tilnærming til gjennomføring av måltider. Dette kan føre til en subjektivitet som kan være negativ for oppgaven. Det har derfor vært nødvendig å skaffe seg kunnskapsbasert forskning som belyser problemstillingen – uansett om den bekrefter eller avkrefter mine antagelser. Det er viktig å presisere at jeg har forsøkt å være bevisst på dette og at jeg har kritisk vurdert kildene som har blitt brukt i denne oppgaven.

## 5 Resultater og tematisk analyse

Søket ga 57 resultater, av disse ble seks artikler valgt.

Alle artiklene er basert på kvalitativ forskning og studiene er utført i Norge, England og Nederland. Artiklene har samlet inn materiale ved hjelp av videoopptak og/eller intervjuer i etterkant av måltidene med pasientene og/eller sykepleierne. Resultatene er fremstilt skjematisk i en litteraturmatrise (se Vedlegg 1).



Figur 1: Prisma flow

I den tematiske analysen identifiserte jeg fem temaer som gjennomgående i et (terapeutisk) måltid, og som handler om kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Disse temaene er:

- Fastsatte rammer
- Støtte og motivering
- Strenghet
- Distraksjon
- Personlige utfordringer

## 5.1 Fastsatte rammer / organisering av måltidet

I alle de inkluderte studiene var det fastsatte rammer for måltidet. Studiene fremhevet ulike grunner til at slike rammer var etablert (Beukers, Berends, Man-van Ginkel, Van Elburg & Van Meijel, 2015; Hage, Rø & Moen, 2015; Hage, Rø & Moen, 2016; Hage, Rø & Moen, 2017; Long, Wallis, Leung & Meyer, 2011; Long, Walli, Leung, Arcelus & Meyer 2012).

I en studie oppga pleierne at en klar felles forståelse for hvordan måltidet skal foregå blant pasienter og pleiere, sannsynligvis vil føre til færre diskusjoner og negative følelser for både pasientene og pleierne (Hage et al., 2016). Ifølge studien til Long et al. (2011) førte forutsigbarhet rundt måltidet, i form av god planlegging og korrekt istandgjøring, til redusert stress og angst for pasientene. De fastsatte tidsrammene for måltidene ble adressert på ulike måter.

I en studie passet pleierne på tiden og minnet pasienten på denne underveis (Beukers et al., 2015). På denne måten fikk pasientene oversikt over hvor lenge de hadde igjen og kunne planlegge hvor raskt de skulle spise for å rekke tidsfristen.

I Hage et al., (2015) sin studie hadde begynnelsen og slutten av måltidet offisielle tidsrammer - tiden som klokken på veggen markerte var den «offisielle» tiden pasientene og pleierne forholdt seg til. Da måltidet var over ble dette signalisert av pleierne ved kommentarer som “da er måltidet over”.

Forfatter Long et al., (2011) beskriver i sin studie at pasientene opplevde at tidsrammen de ble gitt i måltidene var svært stressende og gjorde måltidet mindre naturlig. Spesielt dersom det ble uventede forsinkelser kunne hele opplevelsen av måltidet bli negativt og stressende. Pasientene mente derfor at pleierne hadde stor påvirkningskraft på måltidene.

Flere artikler rapporterte at det var hensiktsmessig å organisere seg før man skulle inn i måltid spesielt med tanke på hvilke pleiere som skulle hjelpe hvilke pasienter (Beukers et al., 2015; Hage et al., 2015; Long, et al., 2011). I studien til Long et al. (2012) ble dette avtalt på forhånd slik at måltidet skulle gå som planlagt. Fordelingen baserte seg på relasjonen pleierne hadde til pasientene og pleiernes erfaring med hvilke pasienter som trengte mest støtte og oppfølging.

*Plasseringen av pleierne* i forhold til pasientene for å *kommunisere* best mulig, ble også rapportert som viktig og var sjelden tilfeldig. I en studie (Hage et al., 2015) foretrakk pleierne å sitte *ansikt til ansikt*. Slik var det lettere for pleierne å få kontakt med hverandre og kommunisere med *øyekontakt*. Dersom pasientene trengte støtte og veiledning i løpet av måltidet var det alltid pleieren plassert ved siden av pasienten som hjalp pasienten. På denne måten fremsto dette som en naturlig fordeling som egentlig var nøye planlagt av pleierne. Forventede utfordringer under måltidet ble forsøkt identifisert før måltidet slik at ressursene kunne bli brukt best mulig (Hage et al., 2015).

Studien til Hage et al., (2017) kom frem til tre hovedfunn når det gjaldt samarbeidsverktøy pleierne brukte under måltid: gjennom bevisst *plassering* rundt spisebordet fordeles arbeidsoppgavene til pleierne; bruk av både verbal og nonverbal *kommunikasjon*; og viktigheten av *erfaring* som ressurs i måltidene. I denne studien var måltidene preget av *rutiner og regelmessighet som viste at pleierne fulgte et sett fastsatte regler*. Det var lite samhandling

mellom de ulike pleierne under måltidene og det virket som de hadde en samlet enighet om rutinene. Pleierne valgte også bevisst å *sitte overfor hverandre* slik at de kunne ha øyekontakt. *Plasseringene var noen ganger avtalt* på forhånd dersom enkelte pasienter trengte ekstra oppfølging under måltidet. Dersom dette ikke ble avtalt på forhånd ble det tilfeldig hvilke pasienter som skulle veiledes av hvilke pleiere. Pleierne rapporterte at dårlig planlegging kunne føre til økt stress og dårligere oppfølging av pasientene. Kommunikasjonen mellom pleierne vekslet mellom *verbal og nonverbal kommunikasjon* basert på en felles forståelse for hva som “kunne bli sagt høyt” og ikke.

Ved å *sitte ved siden av pasientene* var pleierne i stand til å observere hver detalj av pasientens atferd under måltidet (Beukers et al., 2015). Pleierne observerte i størst mulig grad passivt, men når det var behov for det, sjekket de aktivt om pasientene fulgte kostholdsreglene; eksempelvis ved å be pasientene om å vise hvor mye smør de smurte på brødskiven. I studien til forfatterne Long et al., (2011) så de fleste pasientene nytten i at pleierne satt ved siden av dem og hvordan dette kunne hjelpe dem.

## 5.2 Støttende og motiverende kommunikasjon

I de ulike artiklene kom det tydelig frem at alle sykepleierne hadde en støttende og motiverende funksjon i måltidene (Beukers et al., 2015; Long et al., 2011). Pleierne hadde alltid *en undertone av mildhet, empati og forståelse for pasientens vanskeligheter med måltidet, samtidig som de til tider var kontrollerende og strenge* (Beukers et al., 2015; Hage et al., 2016; Hage et al., 2017).

Ulike *teknikker for støtte* ble brukt i de forskjellige studiene for å støtte pasientene. I studien til forfatter Beukers et al., (2015) fremgår det at fire

hovedkategorier av metoder ble brukt til å gjenvinne normal spiseoppførsel hos pasientene: *overvåkning/instruksjon, motivering, støtte/ forståelse og opplæring/undervisning.*

Funnene viste at under måltidene satt pleierne ved siden av pasientene og var i stand til å *observere* pasientene under måltidene. I tillegg til å observere, *instruerte* de pasientene i hvordan man «normalt» spiser. Dette omfatter flere aspekter ved måltidet. Instruksjonene ble gjentatt helt til pasientene fulgte dem. Et eksempel på instruksjon kan være “ta større biter for hver munnfull, så slipper du å ta så mange munnfuller da dette er vanskelig for deg”.

Spiseforstyrret atferd ble adressert med en gang foran de andre pasientene og pasientene ble oppfordret til å slutte med dette. Dette ble gjort dersom pasientene for eksempel smuldret maten/kuttet den i veldig små biter, flyttet maten rundt på tallerkenen, stirret på maten uten å spise, eller spiste altfor langsomt.

Pleierne hadde også en *undervisende rolle* ved å gi informasjon om spiseforstyrrelser og deres innvirkning på psykisk og fysisk helse. “De små bitene du tar, det er noe du gjør pga spiseforstyrrelsen. Det er ikke sann du alltid har spist, sant?” (Beukers et al., 2015).

Negative konsekvenser ved spiseforstyrret atferd ble forklart dersom pasientene ikke fulgte korrigeringen. Samtidig ble de positive konsekvensene av å spise «normalt» belyst.

Pleierne forsøkte aktivt å *motivere* pasientene til å fortsette å spise når de stoppet. Dette ble gjort med korte motiverende fraser eller ved å verbalisere noen mål for pasientenes måltid. Korte fraser slik som “Kom igjen!” og “Fortsett nå” ble brukt. Støttende og motiverende blikk til pasientene ble også gitt for å signalisere at “jeg ser at du jobber nå, det er bra”. Pleierne motiverte pasientene ved å be dem om å jobbe imot sykdommen og de dominerende tankene. “Du vil ikke la disse tankene vinne over deg, vil du? Den eneste



måten å bli frisk på er å jobbe seg igjennom dette og spise” (Beukers et al., 2015).

Pleierne viste støtte ved å gi *komplimenter* for å nå målene eller følge instruksjonene. De viste også empati med pasientene og *spurte om deres følelser* dersom de så at pasientene slet med å avbryte den spiseforstyrrede adferden. Empatiske setninger brukt slik som “Jeg ser du har det vanskelig nå, men jeg er her og vi kjemper gjennom dette sammen.»

I studien til Hage et al., (2015) forsøkte pleierne å ha en *støttende og rolig holdning* når de kommuniserte med pasientene. Pleierne rapporterte også viktigheten av å skille mellom den syke og friske siden av pasienten. På denne måten ble man sjeldnere frustrert og irritert på pasientene. Funnene viste at kommentarer og instruksjoner angående mat og spisemåte ble kommunisert i en lav stemme, slik at de andre pasientene ikke skulle høre det. Også i studien til Long et al., (2012) var rollen til sykepleieren hovedsakelig å være støttende og motiverende. Dette innebar blant annet å hjelpe pasientene med strategier som kunne redusere angst og stress, eksempelvis ved å minne pasientene på å puste dypt og senke skuldrene. En av sykepleierne sa «Jeg tror det hjelper å minne dem på å konsentrere seg på pusten sin, senke skuldrene, små ting som det» En pleier mente også at hver pasient er forskjellig og at de må støttes på individuelle måter.

### 5.3 Strenge rutiner og regler

Gjennomgående i de ulike studiene uttrykte pleierne kontrollerende og strenge holdninger når de følte det var nødvendig.

I artikkelen til Long et al., (2012) rapporterte pleierne utfordringer med å finne en god *balanse mellom å være fleksibel og å være streng/kontrollerende*. Dette ble begrunnet med at sykepleiernes egne behov for å være medgjørlig stod imot postens strenge rutiner og regler.

Holdningen til pleierne i studien til Beukers et al., (2015) var kontrollerende og insisterende med fokus på å endre spiseforstyrret atferd. Forventninger ble verbalisert slik at dette var tydelig for pasientene. Hensikten med dette var å hjelpe pasienten til å spise mest mulig “normalt” og unngå spiseforstyrret spising. Studien konkluderte med at en mindre direkte og streng tilnærming ville gjort det vanskeligere for pasientene å unngå sin kompulsive / tvangspregete spiseatferd. Dette ble også rapportert av pasientene selv.

I en annen studie sa pasientene at det var ubehagelig å føle på at pleierne hadde en kontrollerende rolle under måltidet (Long et al., 2011). Dette førte til at de opplevde et ytterligere kontrolltap. Pasientene beskrev måltidene som en krigføring mellom pasientene og pleierne.

I studien til forfatter Hage et al., (2015) sjekket pleierne at pasientene hadde spist opp ved å stille direkte spørsmål. “Har du drukket opp glasset med melk?” Her understrekte pleierne viktigheten av klare og tydelige regler som både pasientene og pleierne skulle forsøke å følge.

Artikkelen til Hage et al, (2016) konkluderte med at pleierne stort sett holdt seg til de fastsatte reglene til posten, men utviste fleksibilitet i anvendelsen av reglene i spesielle tilfeller. Endring av de fastsatte reglene skjedde når pleierne følte et behov for fleksibilitet, for eksempel for å gradvis hjelpe pasientene inn i strukturen og de fastsatte reglene på posten. Spesielt var dette aktuelt hvis dette ikke resulterte i store endringer i kaloriinntak. Et eksempel på et tilfelle der reglene ble brutt var at en pleier bevisst valgte å ikke kommentere at pasientens valg av pålegg ikke samsvarte med valg av fast pålegg for den aktuelle uken. I intervjuet i etterkant begrunnet hun dette med viktigheten av litt fleksibilitet i starten av behandlingen.

De ansatte anerkjente viktigheten av å holde de fastsatte reglene som hovedregel, men uttrykte behovet for å se på det større bildet når man tok avgjørelser.

## 5.4 Distraksjon som virkemiddel

Distraksjon gjennom samtale eller musikk ble brukt i flere av studiene. Opplevelsene av distraksjon som virkemiddel for å lettere komme seg gjennom måltidet var delt, men ble brukt i de fleste av studiene.

I studien til Hage et al., (2015) var *samtaleemnene* under måltidene stort sett hverdagslige og trivielle. Under måltidene vekslet pleierne mellom «small talk» og mer «mat-orienterte» samtaleemner. Samtaleemnene var nøytrale og upersonlige slik at alle kunne delta. Noen pasienter valgte å være stille under måltidene, dette ble ikke kommentert av pleierne.

Også i Beukers et al., (2015) sin studie ble pasientene invitert til å konversere med pleierne og de rundt dem for å ikke havne i sin egen verden med sine spiseforstyrrede tanker. Her ble dette direkte adressert ved kommentarer slik som “Prøv å se rundt deg og se at de andre spiser, dette kan hjelpe deg til å dra deg selv ut av din egen verden”.

Vanskeligheten av å finne nøytrale, men samtidig spennende temaer å snakke om ble tatt opp av flere av pleierne i studien til Long et al., (2012). Flere opplevde det som vanskelig å finne balansen i å distrahere pasientene akkurat passe mye, slik at det ikke tok vekk fokuset fra å spise opp.

I en annen studie ble *musikk* brukt som hjelpemiddel (Long et al., 2011).

Pasientene mente dette kunne lette på stemningen og gi en bedre opplevelse av måltidet. Samtale som et distraksjonsmiddel derimot var det ulike meninger om. Felles for pasientene var at dette var situasjonsbetinget. Noen dager kunne det hjelpe veldig, mens andre dager hadde de mer enn nok med seg selv og trengte å konsentrere seg om måltidet.

Pasientene anerkjente at pleierne prøvde å lette stemningen og normalisere måltider, samtidig som flere av pasientene ønsket at måltidene skulle minne mer om sosiale sammenkomster for å lære dem å like å spise sammen med andre (Long et al., 2011).

## 5.5 Personlige utfordringer

Både pleierne og pasientene rapporterte at følelsene rundt måltidene kunne påvirke gjennomføringen i stor grad.

I studien til Beukers et al., (2015) oppga pleierne at *pasientene viste følelser av angst og stress* gjennom ikke-verbal kommunikasjon, de hadde frykt i øynene, stive kropp, og noen ganger gråt de. Noen pleiere mente at desto lenger pasientene hadde vært på avdelingen, desto lettere var det for pleierne å redusere angsten deres gjennom støtte.

Også i studien til Long et al., (2011) var følelsene rundt måltidet et stort tema for pasientene. Pleierne følte at måltidene ble svært påvirket av *pasientens følelser, psykiske tilstand og oppførsel*. Følelser av metthet og å «føle seg feit» gjorde det vanskelig for pasientene å gjennomføre måltidene. Flere av pasientene beskrev sin psykiske tilstand i måltidene som problematisk. En pasient forklarte hvordan hun i hvert måltid delte inn maten i forskjellige råvarer og kalorier. Flere pasienter var bekymret for at pleierne ikke kunne hjelpe dem da de ikke egentlig forsto dem.

Pasientene rapporterte om angst under måltidene og noen rapporterte å *føle sinne mot pleierne*. Flere pasienter snakket om at de *følte seg delt mellom deres «syke» og «friske» side*.

Pasientene beskrev en rekke ritualer og spisemønstre de følte en trang for å utføre. De snakket også om at de ble påvirket av de andre pasientene. Følelsen av å bli observert og miste kontroll bidro til en økning av angst. Bevissthet og observering av andre pasienters spisemønstre økte følelsen av å bli overvåket og dømt (Long et al., 2011).

Videre snakket pasientene om indre og ytre «krigføring» under måltidene, både med sitt eget indre, med pleierne og andre pasienter. I studien til Hage et al., (2015) derimot opplevde ikke pleierne måltidene som

«kringsforingsarenaer» mellom pleiere og pasienter slik som det er skissert i tidligere litteratur.

I studien til Long et al., (2012) mente noen pasienter at måltidene ikke var spesielt vanskelige, men de fleste beskrev sterke følelser under måltidene. Flere kommenterte at det var stressende å ha andre syke pasienter rundt seg og at de følte at de ble dømt av både pleierne og pasientene. I tillegg tilsto noen pleiere at de hadde negative tanker om pasientene som påvirket i hvilken grad de klarte å hjelpe pasientene. Pleierne beskrev pasientene som «rebelske» og «dominerende». Både pleiere og pasienter refererte til en «oss» og «dem» kultur som utviklet seg på avdelingen, som «krigføring».

## 6 Diskusjon

### 6.1 Måltidets betydning

I studiene ser vi at flere temaer går igjen. Vi ser at både pasient og pleier har en høy grad av bevissthet om viktigheten av måltidet, og er svært oppmerksomme på at dette ikke er en nøytral aktivitet. Vi ser også at mye energi benyttes for å etablere den typen rammer som gjør behandlingen vellykket, nemlig at et gitt, positivt, mønster etableres, og at dette kan gjentas med stor grad av likhet over tid. Når det er gjentatt med suksess et stort antall ganger vil det internaliseres av pasienten og etableres - ubevisst - som det normale mønsteret (Dalle Grave, 2017, s. 187).

Det fremgår av artiklene at sykepleiers nærvær er kritisk for å oppnå den ønskede effekt av behandlingen, ettersom pasienten selv i liten grad er i stand til å utøve egenomsorg (Kirkevold, 1998, s. 132). I studiene kommer det frem at mange pasienter i måltidsituasjonene er på grensen til å bryte sammen, og at det kun er sykepleierens bidrag - både med autoritet og omsorg - som forhindrer dette.

### 6.2 Rammer

At tydelige rammer for hvordan måltidet skal foregå og en felles forståelse av intern struktur og forventede regler gjør samarbeidet mellom pleierne og pasientene lettere ble bekreftet av pleierne gjentatte ganger i de ulike artiklene. Det var lite samhandling mellom de ulike pleierne under måltidene og det virket som de hadde en avtalt enighet om rutinene. I følge studien til Long et al., (2011) førte forutsigbarhet rundt måltidet, i form av god planlegging og korrekt istandgjøring, til redusert stress og angst for pasientene. Det ble fremhevet at forutsigbarhet førte til mindre angst og stress for pasientene (Beukers et al., 2015; Hage et al., 2015; Long et al., 2011). Dette kan forklares

med at pasientene ellers føler på store tap av kontroll under måltidet.

Forutsigbarheten i måltidene gir på mange måter en form for kontroll til pasientene som det er viktig å ikke ta fra dem.

Tidsaspektet inngår som en del av rammene rundt måltidet: når, og hvor lenge? Enkelte pasienter spiser «unormalt» fort eller langsomt, og det er enighet om at «normal» spisefart er et mål.

Pleierne i de ulike studiene var positive til de faste tidsrammene. Spørsmålet er hvordan dette skal kommuniseres med pasientene, og om dette gjør en vesentlig forskjell for pasientene. I Beukers et al., (2015) sin studie ble pasientene stadig minnet på tiden av pleierne. Fordelene med dette er at pasientene hele tiden er klare over hvor lang tid de har igjen av måltidet og kan beregne hvor raskt de skal spise. Pasientene rapporterer å ha mange følelser og tanker i måltidene som kan føre til at man havner «i sin egen verden» (Long et al., 2011). Samtidig er det rimelig å anta at pasientene sannsynligvis er svært bevisste på tidsrammen da dette later til å være en stressende faktor for dem. Pasientene rapporterte at tidsrammene gjorde måltidene mindre naturlige, noe som selvsagt er forståelig ettersom slike rammer ikke er forenlige med det virkelige liv (Long et al., 2011). Overordnet kan vi si at kontinuerlig påminnelse om tiden vil for noen pasienter hjelpe dem til å passe på tiden, mens for andre vil dette være enda et stressmoment i en ellers stressende situasjon. Her må sykepleierne vurdere hva de ulike pasientene trenger, noe som er i tråd med Orems teori om å supplere for pasientenes svikt i egenomsorg (Kirkevold, 1998, s. 132).

En annen løsning kan være å la klokken på veggen representere den offisielle tiden, slik som i artikkelen (Hage et al., 2015). På slutten av måltidet signaliserte pleierne at måltidet var over ved å vise til klokken.

Pasientene i studien til forfatter Long et al., (2011) var opptatt av at pleierne holdt seg til tidsrammene og at måltidene gikk som planlagt da endringer

kunne resultere i mye stress. Dette støtter også Dalle Grave sin teori om at forutsigbarhet er viktig for pasientene (Dalle Grave, 2017, s. 184).

Oppsummert er klare rammer, inkludert en bevissthet om tidsbruk, sett på som avgjørende i de ulike artiklene. Alle artiklene nevner dette, og alle vektlegger det.

Jeg har selv erfart at plassering av personalet kan være av betydning for pasientene. Forskningen som er inkludert i denne oppgaven, bekrefter også dette. Resultatene viser at plasseringen av pleiere og pasienter er essensielt både for å skape god kommunikasjon blant pleiere seg imellom og mellom pasienter og pleiere. Forutsetningene for at pleierne skal kunne støtte pasientene i måltidet er at de får kommunisert med pasientene. I en av studiene ble derfor plasseringen strategisk avtalt på forhånd (Hage et al., 2015). Med tanke på at den spiseforstyrrede pasienten trenger stabilitet og kontinuitet (Hummervoll, 2000, s. 263) kan dette skape trygghet for pasienten. Strategiske plasseringer av pleiere og pasienter vil gjøre det mulig for pleierne å forutse (så langt det lar seg gjøre) mulige utfordringer i måltider og avtale på forhånd hvordan man skal løse disse.

Forhåndsbestemte plasseringer av pleierne gir dem mulighet til å strategisk plassere de mest erfarne sykepleierne med de pasientene man antar vil ha størst problemer i måltidet. Dette ble tatt hensyn til av pleierne i studien til Long et al (2011), og resulterte i mindre usikkerhet og dermed mindre stress i måltid både for pasientene og pleierne.

På den negative siden kan vi tenke oss at pasientene opplever den tydelige regien som et signal om at de er under behandling og overvåking, og at dette bidrar til en mer spent stemning under måltidet. For enkelte pasienter kan det sikkert ligge en trygghet i dette også, ved at sykepleierne signaliserer at dette er gjennomtenkt og velprøvd.



### 6.3 Støttende kommunikasjon

Under behandlingen skal pasienten forsøke å ta et steg i riktig retning før og under hvert måltid. Dette må pasientene få støtte til og positive tilbakemeldinger på.

Empirien viser at måten pasientene blir støttet i måltidet bygger på de samme prinsippene om å vise forståelse og respekt for pasientenes utfordringer.

Utfordringen for sykepleierne blir å veksle mellom en undervisende/overvåkende rolle og en støttende og forståelsesfull rolle.

Nettopp dette blir poengtert i empirien i blant annet Beukers et al., (2015), som fant at interaksjonen mellom sykepleier og pasient vekslet mellom overvåking/instruksjon, motivering, støtte/forståelse, opplæring/undervisning.

Flere av disse samsvarer med Orem sine ulike hjelpemetoder, nemlig å støtte en annen, undervise en annen og rettlede en annen (Kirkevold, 1998, s. 134).

Sykepleieren skal gi betryggelse, undervisning, eller tilretteleggelse for videreutvikling, slik at pasienten selv kan utføre egenomsorg. Vi ser med andre ord at det er flere formål som sykepleier skal bidra til: både å gjennomføre måltidet for at pasienten skal få næring, å lære pasienten å takle denne enkeltsituasjonen, og å hjelpe pasienten til å over tid takle måltidet på egenhånd.

Begrepet «støtte» er positivt ladet, men støtten innebærer også at pasienten blir observert – eller overvåket, noe som gir en negativ opplevelse.

Overvåkningsfunksjonen er blant annet nødvendig for at pasientene skal spise opp all maten, og venne seg til å spise visse matvarer som de frykter. Ved å spise dem gang på gang vil etterhvert frykten bli mindre. Overvåkingen skal også sikre at pasientene ikke utfører spiseforstyrrede ritualer. Denne overvåkende rollen som sykepleier utfører må nødvendigvis iblant føre til en anstrengt stemning eller at det blir konflikt, når støtten består i korreks av pasienten. Et underliggende tema i måltidet er muligheten for bruk av tvang

dersom pasienten nekter å følge opplegget. Begrepet «støtte» fungerer så lenge pasienten er innstilt på å samarbeide og følge det opplegget som er lagt, og bryter sammen dersom pasienten ikke samarbeider. I slike tilfeller vil heller ikke sykepleier kunne ivareta omsorg (Kirkevold, 1998, s. 134), men vil måtte kompensere totalt for pasientens omsorgssvikt, om nødvendig med tvangsernæring.

I følge Hummervoll (2000, s. 266) trenger den spiseforstyrrede pasient kunnskap om hvordan vi fungerer som mennesker både kroppslig og psykososialt for å styrke eget vurderingsgrunnlag, samtidig som man prøver å alliere seg med den delen av pasienten som ønsker forandringer i livsfremmende retning. Som resultatene viser er dette den «undervisende» funksjonen sykepleieren skal ha i måltidet ved at sykepleier underviser pasienten om normale spisemønstre og matens funksjon (Beukers et al., 2015). I følge Orem er «å undervise en annen» en viktig del av å hjelpe pasienten til å gjenvinne egenomsorg (Kirkevold, 1998, s. 134).

Under måltidet skal sykepleieren være til stede og skape trygghet, dempe pasientens uro og angst (Hummervoll, 2000, s. 266). I flere studier bruker sykepleiere støttende og empatiske setninger slik som «Jeg ser du har det vanskelig, vi kjemper sammen» og «Jeg ser at du jobber nå, det er bra» (Beukers et al., 2015; Hage et al., 2015). Disse setningene samsvarer med hva Eide & Eide (2007, s. 220-221) betegner som god bekreftende og støttende kommunikasjon. Ifølge sykepleierne i studien til Long et al., (2012) hadde det god effekt på pasientene å bruke angstdempende teknikker slik som pusteøvelser, eller be dem senke skuldrene. Slik trer sykepleieren inn i en, ut fra Orems perspektiv, delvis kompenserende rolle (Kirkevold, 1998, s. 134). Pasienten klarer selv ikke å dempe sin egen angst og dermed blir sykepleierens nærvær helt avgjørende for pasienten i denne situasjonen; gjennom støtten klarer pasienten å kontrollere uroen, og får på den måten en følelse av å

lykkes. Sykepleiers rolle er kun delvis kompensierende, men samtidig helt avgjørende for pasientens fremgang.

Motivasjon og egenvilje vil variere for pasientene da ambivalens er et vanlig symptom og følge av spiseforstyrrelsen (Hummervoll, 2000 s. 263).

Sykepleierne må hjelpe pasientene å finne motivasjonen i måltidene. Igjen kompensierer sykepleiere for manglende motivasjon som en følge av sykdommen. Ifølge Eide & Eide (2007, s. 222-223) vil oppmuntring og anerkjennelse skape rom for andre, stimulere til dybde, og kan gi nødvendig, ekstra bekreftelse på at hjelperen lytter, er interessert og vurderer det som positivt at vedkommende går videre. Her kunne institusjonen gjort mer for å standardisere et sett kommunikasjonsverktøy som alle sykepleiere kunne benytte. Et slikt verktøysett kunne inneholde både anbefalte og ikke-anbefalte måter å kommunisere på. Måltidsfasen er såpass kritisk at det vil være fornuftig å standardisere måten man kommuniserer på, akkurat som man standardiserer somatisk pleie, som å sette et perifert venekateter. Det som er standardisert blir institusjonens ansvar, og gir dermed mindre ansvar til hver enkelt sykepleier.

## 6.4 Distraksjon

På institusjoner blir pasienter påvirket av hverandre, dette kan ha både positive og negative konsekvenser. I måltidet er det derfor viktig at pleierne er klare over dette. Vi ser at en strategi for å unngå negative situasjoner er distraksjon: snarere enn å ta opp negativ oppførsel direkte, forsøker sykepleier å lede tanker og samtale inn på nøytrale tema.

Ifølge Dalle Grave bør samtaleemner som handler om kropp, vekt og mat unngås (Dalle Grave, 2017, s. 85). Videre viser også annen litteratur at det er gunstig å lede samtalen inn på nøytrale spor under måltidet (Hummervoll,

2000, s. 266). I studiet (Hage et al., 2015) ble dette begrunnet med at nøytrale og upersonlige samtaleemner gjorde at alle pasientene kunne inkluderes og delta i samtale. Videre ble det ikke kommentert av pleierne dersom noen ikke deltok. Dette ga pasientene rom for å velge selv. Fordelen med å ha en samtale gående er å normalisere måltidsituasjonen og simulere et «vanlig» måltid. Dette er forenlig med CBT-E sine prinsipper om at måltidet er en form for eksponeringsterapi der pasientene gang på gang blir nødt til å jobbe seg igjennom de vanskelige følelsene rundt mat (Dalle Grave, 2017, s. 179).

Distraksjon og avledning kan være positivt for pasientene, og musikk ble også brukt som hjelpemiddel i Long et al., (2011) sin studie med positive resultater. Samtidig rapporterer flere av pasientene i de ulike studiene at distraksjon som hjelpemiddel i måltidene ikke alltid hadde positiv virkning. Utfordringen blir å veksle mellom trivielle og normale samtaler som kan bidra til å normalisere måltidsituasjonene, samtidig som man skal utøve den terapeutiske behandlingen, som i sin tur krever at man tar tak i konkrete utfordringer her og nå, som er det motsatte av distraksjon. Pleierne opplevde vanskeligheter med å finne balansen med å distrahere pasientene «passe/riktig mengde» og ikke ta vekk fokuset fra måltidet og arbeidet (Long et al., (2012). Igjen blir det sykepleierens rolle, slik som Orem hevder, å identifisere pasientens behov og møte disse (Kirkevold, 1998, s. 136-137). Utbyttet av behandlingen kan i stor grad stå og falle på sykepleiers evne til å håndtere vanskelige situasjoner. Her kunne klarere retningslinjer hjulpet sykepleier til å ta et konkret valg: fortsette distraksjon eller ta opp de vanskelige temaene.

Distraksjon er et tema som ikke passer direkte inn i Orem's kategorier. Vi kan se på distraksjon som et virkemiddel for å holde kontroll over situasjonen, slik at det blir mulig å utføre omsorg.

## 6.5 Personlige utfordringer

Spiseforstyrrelsen er som beskrevet ofte knyttet til en rekke følelser som vi kan kalle personlige utfordringer. Ettersom måltidene representerer en stor terapeutisk utfordring for pleierne, er det viktig å forstå mekanismene som ligger bak de vonde følelsene til pasientene. Følelser av metthet og å «føle seg feit» gjør det vanskelig for pasientene å gjennomføre måltidene (Hummervoll, 2000, s. 266), noe som vises gjennom ikke-verbal kommunikasjon slik som å ha frykt i øyene, stive kropp, og gråt (Beukers et al., 2015). Her er det viktig i følge Dalle Grave (2017, s. 250) å støtte pasientene gjennom dette ved å be dem om å fokusere på de positive sidene ved seg selv. Dersom pasienten klarer å gjennomføre måltidet kan pasienten støttes i at dette er noe positivt som pasienten har mestret i dag. Hensikten med dette er å jobbe med seg selv og forsøke å få et mer realistisk bilde av egen selvverd.

Pasienten vil ofte ha ønsker om å ikke spise foran andre (Fairburn, 2008, s. 132). Dette stammer fra en tanke om at andre vil legge merke til hvordan og hva man spiser. Empirien viser at pasientene på de ulike institusjonene satt sammen med de andre pasientene under måltidene. Slik blir pasientene eksponert for å spise foran andre og kan øve seg på dette til de skal hjem. Man kan se på dette som en form for eksponeringsterapi der pasientene hver dag øver seg på å ikke sammenligne seg selv med andre under måltid (Dalle Grave, 2017 s. 193).

Kommunikasjon med pasienter i situasjoner der de har det vanskelig krever kunnskap om hvordan man mestrer slike situasjoner, og erfaring. Sykepleier er nødt til å anvende velprøvde strategier og håndtere et lite antall tema/utfordringer om gangen. Når de personlige utfordringene (nevrosene) blir så fremtredende at de står i veien for å gjennomføre måltidet slik det er planlagt, blir prioriteten for sykepleier å håndtere disse og forsøke å opprette

en form for normalitet. Orem uttrykker at det til dette trengs *sykepleiekapasitet*, som omfatter kunnskaper, holdninger, evner og egenskaper en person trenger for å kunne yte sykepleie (Kirkevold, 1998, s. 133).

Flere pasienter var bekymret for at pleierne ikke kunne hjelpe dem da ikke egentlig forstod dem (Long et al, 2011). I følge Eide & Eide (2007, s. 220) er det viktig at pasienten føler seg sett og forstått. Til grunn for bekreftende ferdigheter ligger anerkjennelsen av den andre og respekt for dens integritet (Eide & Eide, 2007, s. 220).

Det å håndtere pasientens personlige utfordringer faller inn i Orems kategori «å støtte en annen fysisk eller psykisk». Også somatiske pasienter har behov for begge typer støtte, men det er klart at pasienter med spiseforstyrrelser primært vil ha behov for psykisk støtte (Kirkevold, 1998, s. 134-135).

## 6.6 Om å være streng

Sykepleier har ansvar og myndighet, og kan også påkalle hjelp fra omgivelsene, noe pasienten ikke kan (Slettebø, 2009, s. 53).

Det er derfor en delikat balanse sykepleier må treffe mellom å være «kamerat» og «overordnet». Et gjensidig tillitsforhold vil være avgjørende for utfallet. Utfordringen for pleierne er å finne en god balanse mellom en streng holdning og en støttende/forståelsesfull holdning. Dette krever kunnskap om sykdommen og evnen til å gjenkjenne og forstå spiseforstyrret atferd. Kunsten er en god balanse mellom en empatisk og en direktiv intervensjon (Dalle Grave, 2017, s. 67).

Sykepleiere har en kontrollfunksjon under måltidet. Her er det viktig å forklare pasienten hvorfor dette er nødvendig og at kontrollen også har en støttende hensikt (Hummervoll, 2000, s. 266). Kontrollfunksjonen pleierne har er knyttet til flere aspekter ved måltidet. Først og fremst skal pleierne sikre at

pasientene spiser opp maten og får i seg riktig antall kalorier, samtidig som de skal stoppe «spiseforstyrret adferd».

I følge annen litteratur (som samsvarer med artiklene) er det vanlig at sykepleieren sitter med pasienten under og etter måltidet for å passe på at maten beholdes (Hummervoll, 2000, s. 266). Det er ingen grunn til å skjule at dette er en form for kontroll (Hummervoll, 2000, s. 266). I flere av studiene ser vi at pleierne kontrollerte pasientene ved å stille spørsmål slik som «Har du drukket opp glasset med melk?» (Beukers et al, 2015; Hage et al, 2015). På denne måten tydeliggjør man den kontrollerende rollen sykepleieren trer inn i under måltidet. Dette skaper et tydelig skille mellom pasient og pleier og kan naturligvis føre til motstand fra pasienten. Måltidene blir en arena for krigføring mellom pasientene og pleierne (Long et al., (2011). Samtidig som kontrollfunksjonen skaper ubehag mellom pleiere og pasienter, antyder flere studier at denne funksjonen er strengt nødvendig for behandlingen til pasientene (Beukers et al, 2015; Hage et al, 2016; Long et al, 2012).

Empirien viser at pleierne syntes det var vanskelig å finne den riktige balansen mellom å la pasientene beholde en viss form for kontroll og samtidig holde seg til retningslinjene for behandlingen. Avvik fra de fastsatte reglene forekom når pleierne følte et behov for fleksibilitet (Hage et al, 2016). Ettersom pasientene er forskjellige og i ulike faser av behandlingen kan man argumentere for at pleierne, med god kunnskap om hvilke regler man ikke kan fravike, må vurdere når man kan være fleksibel. Dette krever en viss erfaring og kjennskap til både pasientene og sykdommen. (Hummervoll, 2000, s. 264).

I Orems system er det «å være streng» kanskje både et virkemiddel og noe som faller i kategorien «å rettlede en annen» (Kirkevold, 1998, s. 134).

## 7 Konklusjon

Sykepleier har stor betydning i måltidene, og vil kunne ha avgjørende innflytelse på utfallet av behandlingen for den enkelte pasient. Det er neppe slik at enhver sykepleier vil kunne lykkes i rollen som støtte under måltider, da den krever et bredt spekter av tillærte ferdigheter, samt evner som empati og tålmodighet.

Teori og forskning presiserer viktigheten av relasjonsbygging og tillit mellom sykepleier og pasient, overvåkning og kontrollfunksjon som virkemiddel i måltidene, samt pasientens behov for fastsatte regler, trygge rammer og forutsigbarhet.

Sykepleiers rolle i måltider bør det forskes mer på og det bør lages tydeligere retningslinjer for måltider som reflekterer de overordnede temaene/metodene i CBT-E. Dette for å sikre en mer uniform behandling, og for å ha et grunnlag for å evaluere resultatene. Dersom måltider gjennomføres på ulike vis, kan man vanskelig evaluere hvilke endringer som gir positivt og hvilke som gir negativt bidrag. Først når man har en basis som er stabil, kan man innføre kontrollerte endringer og forstå effekten av disse.



## 8 Referanseliste

- Beukers, L., Berends, T., Man-van Ginkel, J., Van Elburg, A., & Van Meijel, B. (2015). Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(6), 519-526. doi:10.1111/inm.12150
- Cullberg, J. (1999) *Dynamisk psykiatri*. (5.utg) Natur och Kultur.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskrivning* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dalle Grave, R. (2017) *Vincere i disturbi dell'alimentazione con i trattamenti di Villa Garda*. Verona: Positive press
- Dalle Grave, R. & Calugi S, Conti M, Doll H, Fairburn C.G. (2013) *Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: a randomized controlled trial*. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 82(6): 390–398. Doi: 10.1159/000350058
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fairburn, C.G. (2014). *Få bukt med overspising* (1.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fairburn, C.G (2008) *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: The Guilford Press.
- Hage, T., Rø, Ø., & Moen, A. (2015) «Times up»- staffs management of mealtimes on inpatient eating disorder units. *Journal of eating disorders*. doi: 10.1186/s40337-015-0052-4

Hage, T., Rø, Ø., & Moen, A. (2016). To bend or not to bend? Rule adherence among staff at an eating disorder unit. *Eating Disorders*, 25(2), 134-150.  
doi:10.1080/10640266.2016.1260361

Hage, T. W., Rø, Ø. & Moen, A. (2017). “Do you see what I mean?” staff collaboration in eating disorder units during mealtimes. *BMC Nursing*, 16(40), 1-9.  
doi:10.1186/s12912-017- 0233-3

Helse Bergen Haukeland universitetssjukehus. (2018, 05 april). Effekt av kognitiv adferdsterapi (CBT-E) ved anoreksi. Hentet fra <https://helse-bergen.no/kliniske-studier/anoreksi-effekt-av-kognitiv-atferdsterapi-cbt-e-ved-anoreksi>

Helsebiblioteket. (2018, april). Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Helsedirektoratet. (2017, 25. april). Psykoterapi rettet mot spiseforstyrrelser anbefales for å behandle voksne pasienter med bulimi. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/psykoterapi-for-voksne-med-spiseforstyrrelser/psykoterapi-rettet-mot-spiseforstyrrelser-anbefales-for-a-behandle-voksne-pasienter-med-bulimi>

Hummelvoll, J.K. (2000). *Helt - ikke stykkevis og delt* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Long, S., Wallis, D., Leung, N., & Meyer, C. (2011). “All eyes are on you”: Anorexia nervosa patient perspectives of in-patient mealtimes. *Journal of Health Psychology*, 17(3), 419-428. doi:10.1177/1359105311419270

Long, S., Wallis, D., Leung, N., Arcelus, J., & Meyer, C. (2012). Mealtimes on eating disorder wards: A two-study investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 241-246. doi:10.1002/eat.20916

Oslo universitetssykehus. (2020). Kognitiv adferdsterapi for spiseforstyrrelser CBT-E. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/psykisk-helse-nasjonale-og-regionale-funksjoner/regional-seksjon-spiseforstyrrelser-rasp/regional-poliklinikk#poliklinikken---dagbehandlingstilbudet-pa-rasp>

Røer, A. (2009) *Spiseforstyrrelser-symptomforståelse og behandlingsstrategier*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Røsjø, B. (2015, 03. april). Ny behandling mot spiseforstyrrelser. Hentet fra: <https://forskning.no/forebyggende-helse-norges-forskningsrad-partner/ny-behandling-mot-spiseforstyrrelser/502628>

Skårderud, F. (2000). *Sterk Svak-håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug.

Skårderud, F. (1997). *Nervøse spiseforstyrrelser* (1.utg.). Tøyen: Universitetsforlaget AS.

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. (5 utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Snoek, J.E. & Engedal, K. (2019). *Psykiatri - for helse - og sosialfagutdanningene* (4.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Thidemann, I.J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (1.utg.). Oslo: Universitetsforlaget

UiO (2020, 7. mai). Systematiske litteraturstudier/Systematic literature reviews. Hentet fra <http://libguides.uia.no/c.php?g=652868&p=4581076#s-lg-box-14360762>)

Yager, J. (2019, 29. april). Eating disorders: Overview of prevention and treatment. Hentet fra [https://www.uptodate.com/contents/eating-disorders-overview-of-prevention-and-treatment?search=anorexia%20bulemi&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/eating-disorders-overview-of-prevention-and-treatment?search=anorexia%20bulemi&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

Øverås, M. A. (2018) *Å bli frisk*. Oslo: Universitetsforlaget

## 9 Vedlegg 1: Litteraturmatrise

Forfatter/År	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Kvalitetsvurdering
Beuker et al 2015  Nederland	Undersøke hvilke sykepleiermetoder med mål om å gjenopprette normal spiseatferd hos pasienter med spiseforstyrrelser som ble brukt under måltid hos inneliggende pasienter med anoreksi.	Kvalitativ studie: med videoopptak og observasjon av alle måltidene over 5 dager	8 sykepleiere og 9 pasienter avdelingen for spiseforstyrrelser	Sykepleiermetodene brukt til å gjenvinne normal spiseoppførsel hos pasienter med anoreksi kan deles inn i fire hovedkategorier: overvåkning og instruksjon, motivering, støtte og forståelse og opplæring og undervisning.	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Europeisk studie fra Nederland, sammenlignbar med norske studier, da måten måltidene foregår og er organisert er lik norsk praksis.</li> <li>-Hensikten med studien er relevant</li> </ul> <p>Utvalgsmetoden, måten å samle inn data på er beskrevet og karakteristika ved utvalget.</p> <p>-Detaljert analyse:</p> <p>Videoopptakene ble analysert v.h.a. programvaren Transana for analyse av video- og audiodata (Woods &amp; Fassnacht 2010). Etter en innledende analyse, ble intervjuopptakene transkribert verbatim og tilhørende ikke-verbal oppførsel</p>

					<p>ble beskrevet og lagt ved transkripsjonene.</p> <p>-Godkjenningen av Dutch Medical Ethical Committee</p> <p>Svakheter:</p> <p>-Studien drøfter ikke etikk, nevner kun godkjenningen av etisk komite.</p>
<p>2015: Norge</p> <p>Hage et al</p>	<p>Undersøke kommunikasjon og interaksjoner mellom pasienten og institusjon under måltider</p>	<p>Kvalitativ metode videoopptak av 40 måltider til inneliggende pasienter</p>	<p>22 ansatte (19 kvinner og 3 menn) ved avdeling for spiseforstyrrelser</p>	<p>Studien konkluderte med at forutsigbare og faste rutiner og intern struktur legger det beste grunnlaget for at måltidsituasjonene skal gjennomføres på en best mulig måte, både for pasientene og pleierne.</p>	<p>Styrker:</p> <p>-Norsk studie, derfor relevant for norsk praksis.</p> <p>-Hensikten med studien er relevant.</p> <p>-Utvalgsmetoden, måten å samle inn data på er beskrevet og karakteristika ved utvalget:</p> <p>-Pleiernes gjennomsnittsalder var 40år og gjennomsnittserfaring på avdeling for spiseforstyrrelser var 4,7 år.</p> <p>Det ble til sammen filmet 40 måltider på 30 min som til</p>

					<p>sammen tilsvarer 20 timer videoopptak.</p> <p>-Følger prinsippene for informert samtykke og anonymitet og retten til å trekke seg fra studien når som helst.</p> <p>-Detaljert analyse: Empirisk data analysert etter prinsippene for Interaction Analysis (IA) [17], noe som passer godt til analyser av videomateriell og komplekse jobbsituasjoner som involverer flere deltagere.</p>
<p>2016: Norge Hage et al</p>	<p>Kartlegge hvordan og hvor mange av de ansatte som korrigerer pasienter under måltid i en avdeling for spiseforstyrrelser. Videre ønsket studiet å undersøke tanker og</p>	<p>Kvalitativ studie: med intervjuer av ansatte</p>	<p>20 ansatte (18 kvinner og 2 menn) på avdeling for spiseforstyrrelser. Gjennomsnittsalder på 41 år. I snitt hadde de 4,7 års erfaring fra</p>	<p>Studien fant ut at tilnærmingen pleierne hadde til pasientene kunne resultere i; enten interaksjoner der pleierne holdt seg til de fastsatte reglene til posten, eller interaksjoner som resulterte i fleksibilitet av reglene.</p>	<p>Styrker:</p> <p>-Norsk studie, derfor relevant for norsk praksis.</p> <p>-Hensikten med studien er relevant.</p> <p>-Utvalgsmetoden, måten å samle inn data på er beskrevet og karakteristika ved utvalget:</p> <p>-Pleiernes gjennomsnittsalder var 41 år og gjennomsnittserfaring på avdeling for spiseforstyrrelser var 4,7 år.</p>

	følelser de ansatte hadde i måltidsituasjoner.		avdeling for spiseforstyrrelser.		<p>-Pleierne som takket ja til å delta jobber fulltid og jobber dermed med pasientene regelmessig. Det ble til sammen filmet 40 måltider på 30 min som til sammen tilsvarer 20 timer videoopptak.</p> <p>-Følger prinsippene for informert samtykke og anonymitet og retten til å trekke seg fra studien når som helst.</p> <p>-Oversiktlige esultater og detaljert analyse.</p> <p>Intervjuopptakene ble transkribert verbatim og importert i programvaren for kvalitativ dataanalyse NVivo (QSR International Pty. Ltd., 2002).</p>
2017: Norge Hage et al	Undersøke de ansattes tanker og meninger rundt samarbeid i måltider på avdeling for	Kvalitativ studie: Data ble samlet ved 20 intervjuer med ansatte.	20 ansatte på avdeling for spiseforstyrrelser, 17 kvinner og 3	Studiet kom frem til tre funn når det gjaldt samarbeidsverktøy pleierne brukte under måltid: Strategisk plassering rundt spisebordet	<p>Styrker:</p> <p>-Norsk studie derfor relevant for norsk praksis.</p> <p>-Hensikten med studien er relevant.</p>



	<p>spiseforstyrrelser.</p> <p>Studien fokuserte på samarbeid-strategier de ansatte brukte for å støtte pasientene til å gjennomføre måltidene og gjenvinne normal spiseatferd i trygge omgivelser.</p>		<p>menn. 9 av disse var sykepleiere og resten hadde en bachelorgrad som et minimum.</p>	<p>fordeler arbeidsoppgavene til pleierne, bruk av verbal og nonverbal kommunikasjon og viktigheten av erfaring som ressurs i måltidene.</p>	<p>-Utvalgsmetoden, måten å samle inn data på er beskrevet og karakteristika ved utvalget:          -Pleiernes gjennomsnittsalder var 41 år og gjennomsnittserfaring på avdeling for spiseforstyrrelser var 4,7 år.          -Følger prinsippene for informert samtykke og anonymitet og retten til å trekke seg fra studien når som helst.          -Godkjennelsen avkomiteen for Databeskyttelse ved Oslo Universitetssykehuset ble innhentet før datainnsamlingen          -Alle pasientene som deltok i studien ble vurdert å være stabile nok til å delta i måltidsituasjoner som ble tatt opp på video.</p> <p>Svakheter:          -Ingen formell opplæring i å støtte pasientene i måltidsituasjoner på OUS</p>
<p>2011: England Long et al</p>	<p>Få en generell oversikt over praksis</p>	<p>Kvalitativ metode:</p>	<p>12 pasienter (kvinner) fra 4</p>	<p>Studiet kom frem til at pasientens individuelle følelser og måltidets</p>	<p>Styrker          -Europeisk studie fra England, sammenlignbar med norske</p>

	<p>som anvendes under måltider på avdeling for spiseforstyrrelser</p>	<p>En-til-en intervjuer i 1 time av inneliggende pasienter på avdeling for spiseforstyrrelser.</p>	<p>forskjellige avdelinger. Gjennomsnittsalder 22 år.</p>	<p>egenskaper var viktige faktorer som påvirket måltidene.</p>	<p>studier, da måten måltidene foregår og er organisert er lik norsk praksis.          -Hensikten med studien er relevant.          -Utvalgsmetoden, måten å samle inn data på er beskrevet og karakteristika ved utvalget:          -Alle pasientene var kvinner med gjennomsnittsalder på 22 år diagnostiser med anorexia nervosa eller bulimia nervosa,          -Klart presentert funn og tydelig og forståelig fortolkning (trinnene i analysen er tydelig beskrevet)          -Audioopptakene av intervjuene ble transkribert verbatim og importert i programvaren for kvalitativ dataanalyse NVivo (QSR International Pty. Ltd., 2002).</p> <p>Svakheter:</p>
--	---	--	---	--	--

					<p>-Diskuterer ikke de etiske problemstillingene som ble avdekket underveis i studien</p> <p>-Drøfter heller ikke informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av å være med.</p>
<p>2012: England</p> <p>Long et al</p>	<p>Kartlegge hvilke praksiser som anvendes på avdelinger for spiseforstyrrelser og undersøke hvordan sykepleiere opplevde måltidene.</p>	<p>Kvalitativ studie: samlet inn ved semistrukturerte intervjuer.</p>	<p>16 ansatte fra 3 forskjellige avdelinger for pasienter med spiseforstyrrelser.</p>	<p>Studien belyste tre hovedtema som var viktige i måltidsituasjonen; istandgjøring av måltidet, sykepleiers rolle under måltidet og rammene under måltidet.</p>	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Europeisk studie fra England, sammenlignbar med norske studier, da måten måltidene foregår og er organisert er lik norsk praksis.</li> <li>Hensikten med studien er relevant.</li> <li>-Utvalgsmetoden, måten å samle inn data på er beskrevet.</li> <li>-Tydelige resultater.</li> <li>-Godkjenningen av Dutch Medical Ethical Committee</li> </ul> <p>Svakheter:</p>

					<p>-Studien drøfter ikke etikk, nevner kun godkjenning av etisk komite.</p>
--	--	--	--	--	---

-Artikkelen er delt i to, da den beskriver to ulike studier. Det ene studiet er ikke relevant for problemstillingen.

## 10 Vedlegg 2: Søkehistorikk

Database	Søk	Søkeord/ meshterms	Antall treff	Begrensninger	Leste artikler	Inkludert i oppgaven
Medline	#1	Eating disorders or anorexia or bulemia or disordered eating	57 738			
	#2	Mealtime	3510			
	#3	Inpatient	113 174			
	#4	#1 AND #2 AND #3	16		8	

	#5	#1 AND #2 AND #3	16	2010-2019		6: Beukers et al., 2015 Hage et al., 2015 Hage et al., 2016 Hage et al., 2017 Long et al., 2011 Long et al., 2012
Cinahl	#1	Anorexia or bulimia or eating disorders	4495			
	#2	Mealtime	2133			
	#3	inpatients or hospitalization or 'hospitalized patients'	29 109			
	#4	#1 AND #2 AND #3	34			

	#5	#1 AND #2 AND #3	30	Peer reviewed 2010-2019	10	1: Hage et al., 2017
SveMed	#1	Eating disorder	405			
	#2	Meal	160			
	#3	Nurse intervention	123			
	#4	#1 AND #2 and #3	5			
	#5	#1 AND #2 and #3	1	2010-2019 Inpatients	1	0
PsycINFO	#1	Eating disorders or anorexia or bulemia or disordered eating	12 819			

	#2	Mealtime or mealtime support	983			
	#3	Inpatient or hopitelized patient	27 008			
	#4	#1 AND #2 AND #3	2			
	#5	#1 AND #2 AND #3	2	2010-2019	2	2: Long et al., 2011  Long et al., 2012