



BACHELOROPPGÅVE

Et essay om å vise forståing for det vi ikkje forstår.

An essay on showing understanding to that we do not understand.

Kandidatnummer: 147 og 127

Bachelor i sjukepleie, Førde

Fakultet for helse- og omsorgsvitskap/institutt for helse- og omsorgsvitenskap/Campus Førde

Innleveringsdato: 19.12.23

Tal på ord: 7985

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Innholdsfortegnelse

Samandrag	3
Abstract	4
Å vise forståing for det vi ikkje forstår	5
“Uten mat og drikke, duger helten ikke”	5
“Det du ser, er ikkje alltid det eg ser”	8
“Målet med det første møtet er at det blir eit andre møte”	10
“Gammel vane vond å vende”	15
Å ha kunnskap versus å anvende kunnskap	18
Litteraturliste	20
Vedlegg 1: Metode	22
<i>Litteraturliste: Metode</i>	26
Vedlegg 2: PICO	27
Vedlegg 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterium	28
Vedlegg 4: Søkestrategi	29
<i>Forskning 1</i>	29
<i>Forskning 2</i>	29
<i>Forskning 3</i>	30
<i>Forskning 4</i>	30
Vedlegg 5: Litteraturmatrise	32
<i>Forskning 1</i>	32
<i>Forskning 2</i>	32
<i>Forskning 3</i>	32
<i>Forskning 4</i>	33

Samandrag

Anoreksi er ei eteforstyrning som ein aukande del av befolkninga i dagens samfunn er ramma av. Som kommande sjukepleiarar er det sannsynleg at vi kjem til å møte på denne pasientgruppa i vårt arbeidsliv. Derfor ønsker vi å oppnå meir kunnskap om sjukdommen anoreksi, for å kunne vere meir forberedt i møte med pasientar med diagnosen. Pasientar med anoreksi har eit syn på mat og kropp som på fleire måtar er ulikt frå vårt eige syn. Dette er noko av grunnlaget for at denne pasientgruppa er vanskeleg for oss å forstå. Denne teksten vil vere eit forsøk på å utvide vår forståing for sjukdommen anoreksi og pasientane som har diagnosen. Gjennom våre eigne erfaringar med pasientgruppa har vi ein viss forforståelse for tanke settet og handlingsmønster til dei med anoreksi. Likevel må vi innrømme å ikkje ha kunnskap om korleis det er å leve med denne sjukdommen. Derfor har vi i denne teksten inkludert erfaringar frå fleire personar som har hatt diagnosen anoreksi. Særleg har Ingeborg Senneset gitt oss godt innblikk på korleis det er for pasienten å leve med denne sjukdommen. Vi har brukt både våre eigne erfaringar, samt erfaringar frå dei tidlegare pasientane for å utvide vår kunnskap om tematikken. For å oppnå meir kunnskap har vi reflektert rundt desse erfaringane og sett det opp i mot pensumlitteratur, forskning og andre relevante artiklar. Mykje av litteraturen vi har brukt er skriven av Finn Skårderud, som er ein internasjonalt anerkjent ekspert på tema eteforstyrningar.

Abstract

Anorexia Nervosa is an eating disorder that an increasing number of people struggle with in today's society. As soon to become nurses it is likely that we will meet this group of patients in our work life. Therefore, we wanted to gain more knowledge on the topic, in order to be more prepared on how to meet this group of patients. The patient's way of thinking when it comes to nutrition and body image differs a lot from ours, making this group of patients hard for us to understand. This text will serve as an attempt to expand our understanding of the mental health condition anorexia. Through our own experiences with the patient group, we have some preconceptions about the behaviors and mindset of those suffering from anorexia. That being said, we must admit to not knowing anything about how it is to live with anorexia. Therefore, we have incorporated experiences from people that have been diagnosed with anorexia. Especially Ingeborg Senneset has given us a lot of insight as to how it is to live with the disease. We have used both our own experiences, plus the experiences of former patients, to expand our knowledge of the topic. To do so we have reflected on these experiences with the help of subject matter such as our curriculum literature, studies and other relevant articles. A lot of the literature used is written by Finn Skårderud, who is an internationally recognized expert on the subject of eating disorders.

Å vise forståing for det vi ikkje forstår

Noko av det første vi lærte oss då vi vart født, var korleis vi skulle ta til oss næring. Eit livsviktig element for å kunne overleve (Aagaard, 2016, s. 191). Vi vil gjerne tru at når ein først har lært seg dette, så kan ein det. Akkurat som då vi lærte oss å sykle. Når støttehjula først var av, kom dei aldri på igjen, uansett kor lenge det gjekk mellom kvar sykkelturn. For dei fleste er det gjerne slik med mat også. I alle fall er det slik for oss. Mat er eit av dei mest naturlege elementa i vår kvardag. Ikkje berre fordi vi treng det for å overleve, men også fordi vi forbinder det med hygge, samhald og familie. Mat er noko positivt, for oss altså. Slik er det ikkje for alle. I følge Dahlgren og Wisting (2022) utviklar fleire og fleire ungdommar eteforstyrningar, deriblant anoreksi. Vidare påpeiker dei at sidan 1999 har førekomsten av denne sjukdommen tidobla seg hos unge jenter. Ein sjukdom der dei som er ramma opplever frykt for overvekt og lubben figur (Skårderud, 2020). Slik vi forstår det, er ikkje mat lenger assosiert med kos og samhald hos personar med anoreksi. Mat er i staden kopla til frykt og negative tankar (Høiseth, 2020, s.29). Som to relativt friske jenter, med eit relativt normalt forhold til mat, er dette vanskeleg å forstå. Vi veit at som sjukepleiar skal vi ha evne til å vise forståing og empati for pasientane vi møter. Men korleis skal vi klare å vise forståing til det vi ikkje forstår?

“Uten mat og drikke, duger helten ikke”

Ein venninne av oss pleidde ofte å sei “du forstår det ikkje, før du faktisk skjønner det”. Eit litt merkeleg sitat kanskje. Å skjønne og å forstå er jo det same. Likevel var det noko i det sitatet som gav mening. Vi pleier å sjå det opp i mot då vi som barn fekk beskjed om å ikkje ta på straumgjerdet til sauene. Det gjer vondt, sa foreldra våre. Likevel klarte vi ikkje å la vere. Vi måtte finne ut for oss sjølv at det faktisk var vondt. Og vondt var det. Denne strategien har vi nytta i mange situasjonar i livet. Det å erfare ting sjølv, ja skjønne korleis ting faktisk er før vi forstår det. Når det er sagt, er ikkje denne tilnærminga alltid like aktuell. Kanskje deriblant i møte med ulike pasientgrupper. Det vil nok ikkje vere det luraste å utvikle anoreksi, berre for å forstå korleis det faktisk er. Forståelsen for pasientane sin situasjon må komme frå noko anna. Men kva då? Ei oversiktsstudie vektlegg at forståing i stor grad handlar om

kunnskap og interesse (Salzmann-Erikson & Dahlen, 2016). Som sjukepleiar treng ein både kunnskap om sjølve diagnosen, samt at ein må vere open og interessert i å bli kjent med den enkelte pasient. Vi veit frå tidlegare at ingen er like, og denne studien vektlegg kor viktig det er å sjå personen bak diagnosen som eit eige individ. Eit individ som skil seg frå resten, og som har heilt eigne behov. Interesse for pasientgruppa veit vi at vi har. Det vi derimot undrar oss over er kva kunnskapar som er nødvendige for oss som sjukepleiar i møte med desse pasientane.

For å kunne oppnå større forståing for pasientar med anoreksi, trur vi det er viktig å ha kunnskap om sjukdommen i seg sjølv, slik studien over vektlegg (Salzmann-Erikson & Dahlen, 2016). Korleis diagnosen påverkar både kropp og hjerne. Denne kunnskapen skulle vi ønske vi hadde ved fleire høve. Eksempelvis då ein av oss jobba fulltid ein sommar på ungdomspsykiatrisk avdeling. Eller då den andre av oss var i psykiatripraksis i to månadar. Med bakgrunn i dette sit vi begge igjen med erfaringar om at vi synest pasientar med anoreksi er ei utfordrande pasientgruppe å arbeide med. Tilsette på dei ulike arbeidsplassane skildra pasientgruppa som ei "tikkande bombe". Det skulle ikkje meir til enn ein liten feil, før heile dagen var øydelagt for pasientane. Skildringa "tikkande bombe" planta seg som ei usikkerheit i oss. Ei usikkerheit for korleis vi kan gå fram, og ei frykt for å seie eller gjere noko feil. Når vi tenker tilbake stiller vi oss spørsmål om denne usikkerheita kom av kunnskapsmangel. Misforstå oss rett, etter tre år på sjukepleiarstudiet, samt ved å vere unge jenter i dagens samfunn er det har vi eit visst innblikk. Vi veit at jenter med anoreksi slit med mat, vekt og kroppsbilete. Vi veit at desse pasientane i stor grad er undervektige. Likevel kjennest det ikkje ut som om vi veit nok. Fram til no var vi eksempelvis ikkje klar over at vi nyttar eit system kalla ICD-10 for å skildre kriterium som må «oppfyllest» for å få diagnosen anoreksi (Skårderud, 2020, 147-148). Blant kriteria i dette systemet finn ein blant anna at pasientar med anoreksi har forstyrra kroppsbilde, vekttap og KMI under 17,5.

Vi har undra oss litt over bruken av KMI skalaen. Er dette verktøyet rett å bruke i forbindelse med pasientar med anoreksi? Vi hugsar sjølv tilbake til ungdomsskolen, då alle var gjennom helsesjekk hos helsesjukepleiar. I etterkant vart nærmare halvparten av jentene i klassen innkalla til møte. Dei fleste av desse jentene vart kalla inn basert på for låg KMI. Mange av dei som vart innkalla var jenter vi såg på som heilt "normale". Vi såg dei ete både to, tre og

fire skiver til lunsj kvar dag. Sjokolademjølke til lunsj hadde dei også. Samlege av dei innkalla jentene vart overrumpla av spørsmål om deira matinntak. Dei fekk også påminning om å hugse å ete. Enkelte vart til og med spurt om dei kasta opp etter måltid. Slik vart nye tankar planta hos desse jentene. Tankar som fram til då var heilt ukjende for dei. Tankar basert på eit tal om kor mykje ein burde vege i forhold til si høgde. Ei studie vektlegg at ein burde vurdere å gå vekk frå KMI til fordel for eit parameter som heiter EBW, eller *expected body weight*. (Steinberg et al., 2022). EBW er eit parameter som tar utgangspunkt i den enkelte pasient og individuelle faktorar når ein skal rekne ut ønska vekt. Dette i motsetnad til KMI som nyttar meir generaliserte tal i forhold til vekt og høgde for å rekne ut ønska vekt. Ved bruk av EBW vert ofte ønska vekt høgare enn dersom ein brukar KMI. Studien viser til at dersom ein har for låg ønska vekt som utgangspunkt, så aukar risikoen for tilbakefall. Ved å bruke EBW kan ein i følge studien minimere denne risikoen.

Vi ønsker som sagt å oppnå meir kunnskap om anoreksi. Då spesifikt kva kunnskapar vi som sjukepleiarar treng for å møte pasientane på ein måte som legg til rette for samhandling og relasjonsbygging. Vi synest det psykiske aspektet er det vanskelegaste å forstå. Pasienten sine tankar og følelsar. For oss er det somatiske aspektet enklare å forstå. At vekta må opp og ein kostplan må følgast er greitt nok. Det gir mening på eit vis. Vi lurar meir på korleis vi skal forstå pasientane sitt indre. Ei av oss hugsar godt ein situasjon frå sommaren på ungdomspsykiatrien. Ei jente med anoreksi skulle etter fleire månaders opphald på sengeposten få delta på kor-øving. Sette føtene utanfor institusjonen sine fire veggar. Alt ho måtte gjere var å ete heile frukosten og lunsjen sin, innanfor ei gitt tidsramme. Frukosten gjekk knirkefritt. Ikkje ein smule igjen på tallerken. Så kom lunsjen, og det stoppa fullstendig. Ho nekta å ete det siste knekkebrødet. Sjeldan har eg høyrte slik hulking og skriking i korridorane. Så tar eg meg sjølv i å tenke ein tanke eg ikkje er stolt over. Kvifor kan ikkje ho berre ete opp? Er det så vanskeleg? For ja, vegen mot betring er så mykje meir enn å ete mat (Høiseth, 2020, s. 29-30). Vegen inneber både frykt og ambivalens. Frykt for å gi opp eit tankesett og ein levemåte som opplevast som trygg. Ambivalens på den måten at pasientane gjerne vil bli friske, men ikkje orkar å gjere jobben som må til (Høiseth, 2020, s.29-30). Kan vi sjå dette i samanheng med at kroppen rett og slett er heilt skrapa for mat og energi?

“Det du ser, er ikkje alltid det eg ser”

Det fleste har lært at kroppen treng væske og næring. Dette er eit grunnleggjande behov ein må dekke for å ivareta helse og velvære (Aagaard, 2016, s. 191). Ved underernæring er ein person sitt inntak av energi og nødvendige næringsstoff ikkje samsvarande med personen sitt behov (Aagaard, 2016, s. 214). Samlege av oss har vel opplevd å gå ein dag utan tilstrekkeleg næring. I helsevesenet, der arbeidskvardagen er travel, er det i vår erfaring ikkje uvanleg at ein verken har tid til å ete eller drikke. Likevel veit vi kor viktig det er å prioritere dette. Kroppen gir klar beskjed om at den har fått for lite næring ein dag. Som konsekvens kan enkelte bli sure og sinte, eller “hangry” som det så fint heiter. Andre vert slappe, svimle og mindre fokuserte. Dersom vi brukar oss sjølv som eksempel, kjenner vi igjen mange av desse konsekvensane. Korleis evna til å yte blir nedsett. Vi klarar heldigvis å tolke desse konsekvensane som teikn på at vi må ete. I tillegg veit vi at dette ikkje er farleg å oppleve ein gang eller to. Det vi derimot stiller spørsmål ved er kva som vil skje med kroppen dersom dette blir kvardagen over ein lenger periode.

Ein av oss hugsar godt då eit søskenbarn sleit med anoreksi, og ho fortalte historier frå behandlingstimane sine. Desse forteljingane gav eit innblikk i hennar personlege møte med helsevesenet. Eksempelvis fortalte ho at ein behandlarar hadde sagt at så lenge ho var under ei viss vekt, så hadde ho ikkje rasjonell tankegang. At ho måtte opp i vekt før ho kunne vite sitt eige beste. Alle tankane ho hadde om seg sjølv no var verken rette eller rimelege. Ganske brutalt utsegn, spør du oss. Likevel undrar vi oss om det var noko sant i det behandlaren sa. Kanskje kan underernæring ha den effekten på kroppen. Det er vist at betydeleg underernæring kan påverke alle kroppen sine organ (Skårderud, 2000, s. 61). Ein kan forstå det slik at alt slankar seg. Hjernen er derav ikkje eit unntak. Dette må vel ha ei innverknad på funksjonar som er styrt av hjernen? Blant anna tankar og følelsar. Får ein kanskje eit smalare tankesett? Mindre logisk tankemåte kanskje? Studiar viser til at mangeårig underernæring kan gi svikt i kognitive funksjoner som hukommelse. Andre symptom som er opplevd ved underernæring er følelsesmessig ustabilitet, senka stemningsleie, nedsett konsentrasjon og tvangshandlingar (Skårderud, 2000, s. 61). Ei studie som er retta mot ungdom med anoreksi seier noko om den kognitive utviklinga i hjernen (Olivo et al, 2019). Studien vektlegg først og fremst at anoreksi er ein sjukdom som ofte

oppstår i ungdomsåra, og som er ein av dei psykiatriske sjukdommane med høgast dødelegheit. Vidare viser resultatane i studien at anoreksi kan påverke hjernen si kognitive utvikling. Dette omfattar blant anna lågare evne til å vise empati og lågare evne til å sjå ting i perspektiv.

Ingeborg Senneset har skrive dagbok frå tida då ho var innlagt med anoreksi. I eit av utdraga skildrar ho at “Det du ser, er ikke alltid det samme som jeg ser. Som det at jeg er tynn. Der er det subjektive versus det objektive fiffig. Du ser kanskje en, som min gode venninne så pent sa det, Auschwitz-fange, mens jeg ser en ganske vanlig, lubben, rar kropp. Du ser et skremmende tall på vekta, jeg trekker på skuldrene. Tallet stemmer jo ikke overens med slik jeg er, så hvor farlig kan det være?” (Senneset, 2017, s.130). Utdraget kan fortelje oss at Senneset si oppleving av seg sjølv, gjerne står i strid med det andre ser.

Kroppsbileteforstyrning er skildra som eit ganske vanleg element hos dei med anoreksi (Rø, 2020, s. 47). Altså følelsen av at eigen kropp er større enn den eigentleg er. Kan dette vere eit resultat av underernæring sin påverknad på hjernen? Finn Skårderud, ekspert på eteforstyrningar trur vi må sjå det forstyrra kroppsbilete i eit større perspektiv (Skårderud, 2000, s.296). At det ikkje handlar om vrangførestillingar eller kognitive forstyrningar. Han trekk heller fram samfunnet sine ideal. Då spesifikt det estetiske idealet om å vere tynn. Eit ideal som dei med anoreksi konstant jaktar. I og med at boka til Skårderud er skriven i år 2000 trur vi kanskje dette idealet den gang kom frå modellar i magasin og liknande. Ikkje like aktuelt no gjerne. Likevel undrar vi oss om det same idealet har haldt seg ved like sidan den gang. Berre at det no viser seg i andre former? Dette ønsker vi å utforske litt vidare.

For eit par dagar sidan fekk vi tilsendt ein avisartikkel som vi trur kan koplatt til samfunnet sitt «ideal om å vere tynn». Artikkelen tek for seg sosiale medium, og meir spesifikt plattformane Instagram og Tik Tok (Sandve, 2023). Den skildrar korleis desse plattformane er med å halde liv i anoreksien. Korleis dei som er sjuke legg ut bilete og videoar av seg sjølv som andre kan samanlikne seg med. Samtidig mottar videoane positive kommentar som også kan vere med på å gi næring til sjukdommen. Slikt innhald, som er med å oppmode til eller vedlikehalde anoreksi vert kalla “pro-ana” (Bang & Dahlgren, 2020, s.85). Eit omgrep vi må innrømme å aldri ha høyrte før. Sikkert fordi vi ikkje er i målgruppa for innhaldet. Eventuelt har vi følgt for lite med i media. Uansett begynner vi å tenke at dette er noko vi

burde vite meir om i møte med denne pasientgruppa. Som sjukepleiarar burde vi vere bevisst på ungdommane sitt sosiale liv (Senneset, 2017, s.45). Blant anna fordi ungdom med anoreksi ofte vel å kommunisere seg i mellom. Dette vert omtalt som “bakblogging” (Senneset, 2017, s.45). Altså at dei med anoreksi vel å uttrykke sine tankar og følelsar ein stad der behandlarane ikkje har tilgang til dei. Som konsekvens får ikkje dei som skal hjelpe fullstendig innblikk i situasjonen til den dei skal hjelpe. Det vi då stiller spørsmål ved er korleis ein kan unngå at dette skjer, om ein i heile tatt kan unngå det. Korleis skal ein få pasientane til å heller stole på helsepersonell med slike opplysningar?

“Målet med det første møtet er at det blir eit andre møte”

Det å stole på nokon er synonymt med det å ha tillit til nokon. Omgrepet tillit vert fleire gongar trekt fram som eit viktig element i relasjonen mellom sjukepleiar og pasientar med anoreksi (Salzmann-Erikson & Dahlen, 2016). Det å skape tillit er ikkje noko som er gjort over natta, men heller ein prosess som tek tid (Eide & Eide, 2017, s.289). Ei erfaring frå ei med anoreksi skildrar at ein viktig faktor i hennar veg mot betring var at ho klarte å stole på sin behandlar (Venturo-Conerly, 2020). Det betydde at ho stolte på at behandlaren ville det beste for ho. Det at tillit tek tid kjenner vi igjen frå eigne erfaringar i psykiatrien. Pasientane stilte ofte spørsmål ved våre intensjonar. Ein av oss har eksempelvis blitt mistenkt av pasientar med anoreksi for å ha tømt olje i havregrauten, i forsøk på å lure i dei meir kaloriar enn det som var avtalt. Det var derav ikkje uvanleg at pasientane smugkikka inn på kjøkkenet for å ha kontroll over kva som føregjekk under tillaging av måltid. Det fascinerte oss alltid at mistilliten var så stor. At pasientane kunne tenke desse tankane. Spesielt når vi samanliknar det med vårt eige forhold til helsevesenet. Aldri har vi tvilt på at helsevesenet vil oss noko anna enn vel. Uansett kven eller kva vi har oppsøkt hjelp for har vi hatt tillit til at dei ønsker å hjelpe oss etter beste evne. Samtidig er det ikkje sikkert at vårt syn på saken er samanliknbart med pasientar med anoreksi sitt syn. Vi har eksempelvis aldri vore nøydt til å brette ut våre indre tankar. Behandlaren treng nødvendigvis ikkje vite om vi er deprimerte eller slit med tunge tankar for å forstå at urinvegsinfeksjonen treng antibiotika. Sånn sett har vi “sleppt unna” å måtte gå inn på noko meir enn det som ligg på overflata. Og det å skulle grave djupare enn overflatenivå tenker vi kan vere meir krevjande å skulle gjere.

Det er nok fleire årsaker til at det kan vere krevjande for pasientar med anoreksi å opne seg for helsepersonell. Tillit er gjerne ein av grunnane, slik vi har nemnt. Samtidig ønsker vi også å sjå det opp mot ein følelse som er sentral hos mange med anoreksi, nemleg skam. Denne pasientgruppa opplever skam i forbindelse med mange situasjonar (Senneset, 2017, s.23). Skam over manglande prestasjonar, skam over å vere psykisk sjuk, skam over å ikkje klare å ete og skam over tabuiserte følelsar. Særleg sistnemnte trur vi kan spele inn på kvifor det kan vere vanskeleg for pasientar med anoreksi å opne seg for helsepersonell. For det å skulle prate om sin eigen skam kan forsterke skamma ytterlegare (Skårderud, 2000, s. 39). Vi veit sjølv kor ubehageleg det kan vere å snakke om ting ein skammar seg over. Med ein gong ein seier ting høgt er det som om det blir meir reelt. Fram til då er det som om situasjonen ikkje har skjedd på ekte. Eksempelvis slik som då ei av oss brukte "litt" for mykje pengar på ei jakke. Ikkje snakk om å innrømme kva den kosta. Dersom ein ikkje har sagt prisen høgt, så er ikkje pengane brukt. Kanskje eit teit eksempel, men vi håpar det set ting litt i perspektiv. Poenget er at vi forstår at det kan vere krevjande å opne seg om ting ein skammar seg over. Både fordi ein er flau for å innrømme ting ovanfor seg sjølv, men også fordi ein er redd for responsen ein kan få av andre. I vår erfaring kan "feil" respons gjere til at skamma vert forsterka. I tillegg får ein gjerne ikkje lyst å opne seg meir til vedkommande som gav "feil" respons. Som sjukepleiarar er dette noko vi har lyst å unngå i møte med pasientar med anoreksi. Vi ønsker å møte pasientane på ein måte som opplevast trygg og god for dei.

Det er vist at mange med anoreksi opplever det som vanskeleg å oppsøke hjelpeapparat (Høiseth, 2020, s.30). Eit godt første møte med helsevesenet er derfor viktig. Det vert skildra at "Målet med det første møtet er at det blir et andre møte" (Skårderud, 2000, s.100). Ved å skape god kontakt innleiingsvis dannar ein grunnlaget for relasjonen og samarbeidet vidare (Høiseth, 2020, s.30). Senneset skildrar fleire møter med helsevesenet i sine dagbokutdrag frå då ho var innlagt med anoreksi. I eit av utdraga skriv ho at "Kreftene mine er oppbrukt, og jeg vet ikke hvor jeg skal hente nye. Det var det jeg trodde jeg skulle finne her. Ver så snill, la meg finne dem. Støtt meg når jeg vakler, ikke spenn bein under meg. Hent meg når jeg faller, ikke gi meg fart utfor stupet. Hold hånden min, ikke spytt på den. Kjemp min kamp. Nå kjemper dere sykdommens" (Senneset, 2017, s.140). Vi tolkar utdraget som eit rop om hjelp. Eller kanskje eit rop om at dei som skal hjelpe er nøyddde å endre sin måte å hjelpe

på. At deira framgangsmåte er alt anna enn hjelpsam. Kanskje kan vi sjå utdraget i samanheng med at anoreksi både har eit fysisk og eit psykisk aspekt (Høiseth, 2020, s.32). Begge aspekta må behandlast, men det fysiske aspektet som inneber matinntak og vekt får gjerne stor plass i sjukepleiarar sitt arbeid med desse pasientane. Ei oversiktsstudie er med på å bekrefte dette (Salzmann-Erikson & Dahlen, 2016). Studien vektlegg at sjukepleiarar må kunne balansere pasienten sine fysiske og psykiske behov. Dersom sjukepleiarar legg for stort fokus på mat og vekt, forsterkast pasientane si oppleving av å vere ein diagnose og ikkje eit menneske. Vi ønsker derfor å undersøke vidare korleis vi som sjukepleiarar kan bygge relasjonar som varetek det psykiske aspektet hos pasientar med anoreksi.

Empati trer fram som eit sentralt element i relasjonsbygging mellom helsepersonell og pasientar med anoreksi (Skårderud, 2000, s.100). Omgrepet empati vert definert som det å "(...) forsøke å forstå hvordan det er å stå i den andres sko, uten å ta dem på seg og gå" (Skårderud 2000, s.100). For å kunne oppnå empati og forståing vert nysgjerrigheit trekt fram som eit sentralt element (Senneset, 2017, s.12). Dette fordi nysgjerrigheit ovanfor pasienten kan gi auka kunnskap om korleis den enkelte har det. Dersom dei rundt ikkje er nysgjerrige og ikkje prøvar å forstå kan pasienten føle seg oversett. Dette tek oss tilbake til søskenbarnet med anoreksi. Eller, det tek ein av oss tilbake, og det er eg som skal fortelje. Eg hadde fleire samtalar med mi farmor etter at søskenbarnet mitt blei sjuk. "Kan ho ikkje berre ete, eg gjer jo det", hugsar eg farmor sa. Og eg prøvde å forklare at det ikkje er så enkelt. At anoreksi er ein psykisk sjukdom som er langt større enn mat. At det ofte handlar om så mykje meir enn eit ønske om å bli slank. Likevel forstod farmor aldri dette. Faktisk så hørte ho aldri etter heller. Ho hadde si oppfatning og var ikkje interessert i å endre på den. Som følgje var mitt søskenbarn omtrent aldri på besøk hos farmor i den perioden ho var sjuk. Utan å ha fått det bekrefte trur eg det kan ha samanheng med farmor sitt syn på sjukdommen. Poenget med å fortelje dette er ikkje å snakke ned mi farmor. Ho har heldigvis en haug med gode kvalitetar som gjer opp for den manglande evna til å sjå nye perspektiv. Poenget er å dra fram ein situasjon vi tenker seier noko om kor viktig openheit og forståing kan vere. Ikkje berre for pårørande, som skildra her, men også for oss som sjukepleiarar. Likevel tar vi oss i å undre over kor lett dette er å gjennomføre i praksis.

Kanskje ikkje så enkelt, når vi får tenkt oss om. Det kjentest nesten litt dobbeltmoralisk å skrive historia om farmora til ei av oss. Å snakke ned hennar evne til forståing, når vi sjølv i fleire situasjonar har hatt vanskar med det same. Eksempelvis i samband med ei venninne. Utifrå det vi veit har ikkje denne venninna fått påvist anoreksi, men når vi les om tidlege teikn på sjukdommen kjenner vi igjen mange av desse hos ho (Skårderud, 2000, s.19-20). Blant anna punktet som omtalar å ikkje lenger tole ulike matgrupper. Stadig når vi et ute dukkar det opp ein ny allergi. Ei veke er det gluten, ei anna er det laktose. Alt for å unngå enkelte matvarer, trur vi. Ho er heller ikkje framand for bruk av avføringsmiddel. Sikkert litt fordi obstipasjon ikkje er uvanleg ved så lågt matinntak. Men vi trur i hovudsak det handlar om å ha minst mogeleg i magen, for å sjå slankast mogeleg ut. Den same venninna har også bedt ein av oss gå på vekta opptil fleire gongar. Kanskje for å ha det som samanlikningsgrunnlag. Når talet på vekta vart høgare enn hennar såg vi ho blomstre. Sjeldan har smilet vore så stort. Eit smil som for oss i grunn berre vart og framleis er eit irritasjonsmoment. Denne irritasjonen har nok fått ta litt for stor plass i oss. Samtidig vert det feil å kalle det ein irritasjon. Det er vel meir ein slags frustrasjon for at ho vil seg sjølv så vondt. For vi er jo i bunn og grunn bekymra. Likevel har vi brukt betydeleg meir tid på å vere frustrert i det skjulte, enn det vi har på å oppsøke ei forklaring. Aldri har vi turt å ta opp temaet. Litt i frykt for svaret vi eventuelt hadde fått. Litt i frykt for at ho ikkje vil at vi skal spørje. Frykta har altså hindra oss i å strekke ut ei hand og søke forståing. Kanskje ikkje det beste utgangspunktet for relasjonar med denne gruppa?

Ei oversiktsstudie trekk fram fleire element som er med å styrke relasjonen mellom sjukepleiar og pasientar med anoreksi (Salzmann-Eriksson & Dahlen, 2016). Eit av elementa som vert vektlagt er sjukepleiar si evne til å handtere pasienten sine følelsar. Resultata seier noko om at sjukepleiar burde ha evne til å tolke følelsane til pasienten, namngi desse følelsane, samt møte desse med empati. Dette fordi det er vist samanheng mellom denne evna hos sjukepleiarar og pasientane si oppleving av trygghet og støtte. Studien trekk og fram kunnskap som grunnlag for forståing. Noko som minner oss på at vi treng meir kunnskap. Kva følelsar er mest synlege hos dei med anoreksi? Dei med diagnosen samanliknar sine tankar og følelsar med eit "indre kaos" (Skårderud, 2000, s.9). I dette kaoset av mange ulike følelsar vert ulike former for angst trekt fram som vanleg hos dei fleste med anoreksi (Senneset, 2017, s.14). Spørsmålet vi då stiller oss er korleis denne

angsten viser seg hos desse pasientane. Vi veit frå våre år på studiet at angst er ein eigen diagnose. Ein diagnose vi i stor grad assosierer med redsel og frykt. Vidare veit vi at det er noko som skil frykt frå angst og angst frå frykt, men kva? Det vert skildra at frykt og følelsane det bringer med seg er rekna for å vere ein normal reaksjon på ytre fare (Martinsen, 2020, s.115). Angst gir derimot dei same følelsane, men skyldast ikkje reell ytre fare. Hos pasientar med anoreksi kan denne angsten komme til syne på fleire vis (Senneset, 2017, s.14). For eksempel kan den vise seg som frykt for konkrete matvarer. Et fenomen som har fått namnet "fear foods" (Mogstad & Leraand, 2022, s.114). Eit omgrep som ikkje er heilt ukjend for oss. Likevel er det vanskeleg for oss å forstå at omgrepet faktisk er reelt. Kan folk verkeleg vere redd for mat?

Dersom nokon hadde spurt oss om kva vi forbinder med frykt ville mat definitivt ikkje vore på lista. Frykt for oss kan koplast til naturkatastrofar, krig og høgder for å nemne noko. Ting som er reelt farlege altså. Ting ein i verste fall kan døy av. Riktig nok kan enkelte døy av mat også. At peanøttallergikarar er redd for peanøtter gir jo i grunn meining. Men, om vi skal sette ting på spissen så har vel ingen døydd av å ete ei potet i staden for to? Ikkje siter oss på det utsagnet, men vi trur det er nokolunde rett. Det vi vil fram til er at for oss framstår frykt for mat som ganske irrasjonelt. Likevel har ein slike som Ingeborg Senneset som viser at det er heilt reelt for den som opplever det (Senneset, 2017, s.68). Eksempelvis skildrar ho ein middag på denne måten; "Potet - fare fare! - dressing, som er så unødvendig at det gir meg lyst til å skrike, og bacon - klumpete, tørre terninger. Småsvimmel over synet, med alt dette unødvendige og forbudte og hvem vet ikke hva, ville jeg helst ha gitt f" (Senneset, 2017, s.68). Utdraget kan gi oss eit innblikk i korleis frykt for mat kan opplevast. Likevel er det krevjande å sjå føre oss den faktiske følelsen denne frykta gir. Kanskje skal vi ikkje forstå det heller. Det vi derimot kan å sjå føre oss er korleis frykt kjennest generelt. Joyce Travelbee trekk fram at empati blant anna handlar om evne til å ta del i og forstå den andre sin psykiske tilstand (Travelbee, 2001, s.193). Kanskje kan vi bruke vår eigen frykt og følelsen denne gir oss til å betre forstå pasientane med anoreksi?

I snakk om angst og anoreksi trur vi det er viktig å formidle at denne følelsen av frykt er større enn den konkrete frykta for mat. Frykt for forandring, eller panikk for å miste kontroll vert trekt fram som ein sentral del av angsten (Senneset, 2017, s.14). For dei fleste med

eteforstyrning er mat ein slags meistringsstrategi (Høiseth, 2020, s.30). Ein måte å meistre følelsar som er vanskeleg for vedkommande å handtere. Vegen inn i eteforstyrninga er for mange prega av fleire følelsar, deriblant følelsen av å ikkje ha kontroll over eige liv (Skårderud, 2000, s.22). I staden tar personar med anoreksi kontroll over mat og eigen kropp. Denne følelsen av kontroll er noko positivt for mange, og er derfor med å vedlikehalde sjukdommen (Skårderud, 2020, s.149). Er det då slik at vi som sjukepleiarar må ta i frå pasientane kontrollen for at dei skal klare å bli friske? Studiar viser til at pasientar med anoreksi opplever det som nyttig at sjukepleiarar tar kontroll over matinntak, og etablerer grenser og struktur (Salzmann-Erikson & Dahlen, 2016). Men, for at pasientane faktisk skulle oppleve dette som nyttig, er det også viktig at sjukepleiarar samtidig har evne til å vise empati og forståing for pasientane sine følelsar. Dersom sjukepleiarane mangla denne evna, vart konsekvensen eit dårlegare forhold mellom partane. For oss kjennest det unaturleg å skulle ta frå eit anna menneske kontrollen over visse aspekt i livet. Vi som i det daglege berre har kontroll over oss sjølv. Det verkar skummelt å balansere mellom å forsøke å ta denne kontrollen, samtidig som vi vil oppretthalde eit godt forhold til pasienten.

“Gammel vane vond å vende”

Vi vil trekke fram endå ein situasjon frå sommaren på ungdomspsykiatrisk avdeling. Også her var berre ein av oss til stades i situasjonen, og det er eg som skal fortelje. Det var tid for lunsj. Rundt bordet sat eg, pasienten og hennar mor. På kjøkkenet, eit stykke vekk frå spisebordet stod karaffelen igjen. Eg gjekk av garde for å hente denne. Då eg kom tilbake hadde pasienten ete opp alt på tallerken. Dette gjorde meg glad, stolt omtrent. Gleda eg kjende på kom til syne i denne situasjonen. Eg er vandt med å vise entusiasme ovanfor pasientane. Men kanskje eg skulle latt vere? “Oj, har du spist så masse?” presterte eg å seie, med eit smil om munnen. Korttenkt tenker du kanskje. I så fall er eg einig. No forstod eg kvifor enkelte tilsette hadde beskrive denne pasientgruppa som “ei tikkande bombe”. Kommentaren min øydela heile resten av dagen til pasienten. Ho var fylt med både skam og angst over å ha blitt rosa for å ha ete “mykje”. Hadde eg berre visst at ting skulle bli så gale. Det som for meg var ein positiv bragd, var for pasienten eit stort nederlag. Kanskje kan ein sjå dette i samanheng med kontrollbehovet vi skildra tidlegare. At pasienten no kjente på

tap av kontroll, og negative følelsar knytt til dette. Om dette er tilfelle, lurar vi på om ein i slike situasjonar ikkje burde seie noko i det heile tatt. Berre vore heilt stille. Ville situasjonen ha vore annleis då?

Selma i boka "Vår vei ut" skildrar ein liknande situasjon som den på ungdomspsykiatrien (Mogstad & Leraand, 2022, s.118-119). I dette tilfellet var heile familien ute på restaurant. Selma hadde fått servert eit måltid som blant anna involverte potetbåtar, dekt med ost. Eit syn som henta fram ein haug med negative følelsar i ho. Blant anna så frykta ho at desse potetbåtane skulle medføre at ho fekk tilbake alle kiloa ho hadde kvitta seg med. At buksa ikkje lenger skulle passe dagen etter. Likevel klarte ho til slutt å ete av desse potetbåtane. I det ho hadde ete ferdig kom kommentaren frå Selma si mor, "så flink du er". Sikkert sagt i beste hensikt dette også. For Selma derimot, blei kommentaren det same som å få bekrefta at ho ikkje lenger var flink å vere eteforstyrra. At ho ikkje lenger meistra eit område ho pleidde å vere god på. Tapet av kontroll vart tydeleg for ho. Poenget med å fortelje desse historiane, er at vi synest dei synleggjer at det kan vere vanskeleg å vite kva som er rett og gale å sei i ulike situasjonar. At det som for oss er eit steg i riktig retning, er to steg tilbake for den som er sjuk. I begge situasjonane var det gjerne berre gode intensjonar bak det som vart sagt, men likevel fekk det negative utslag hos den med anoreksi. Begge forteljingane får oss til å lure på korleis vi som sjukepleiarar best skal samarbeide med denne pasientgruppa, når tankesettet vårt framstår så ulikt?

Ein tidlegare pasient med anoreksi fortel ei historie frå ein gong ho og ein psykiater haldt eit foredrag framfor ein gjeng legar (Høiseth, s.29). Legane vart under foredraget spurt om kva dei synest var det mest utfordrande i møte med pasientar med anoreksi. Dei fleste legane var då einige om at det mest krevjande er at denne pasientgruppa ikkje vil bli friske. Når vi lesar dette, lurar vi på kva som ligg til grunn for denne oppfatninga? Av erfaring veit vi at mange innleggingar på eksempelvis ungdomspsykiatrisk avdeling er frivillige. Dette inneber samtykke til innlegginga, altså at pasienten signerer på at den er einig i avgjerda (Helsedirektoratet, 2021). Premissen for ei slik innlegging er stort sett at pasienten ønsker hjelp til å bli frisk. Kanskje ikkje så rart at vi derfor stiller spørsmål ved at ingen vil bli friske. Samtidig har vi praksiserfaringar med at arbeid med desse pasientane inneber mykje motstand. Ofte vil dei ikkje komme til måltid. Ofte vil dei ikkje ete måltidet om dei først

kjem. Dette sjølv om dei er innlagt frivillig. I slike situasjonar må også vi innrømme å ha tenkt at pasientane ikkje vil bli friske. Likevel etter alt vi har lest og lært tenker vi at det gjerne ligg noko meir i motstanden enn manglande vilje. Vi ønsker å undersøke dette vidare. Kva er det som får pasientane til å takke ja til behandling, for så å tilsynelatande jobbe i mot denne?

Dei fleste av oss har nok høyrte ordtaket “gammel vane vond å vende”. Eit ordtak som seier noko om kor vanskeleg det kan vere å endre på sine rutinar og vanar i kvardagen. I forhold til pasientar med anoreksi skildra vi noko av dette då vi tidlegare snakka om ambivalens. Vi nemnte då at pasientar med anoreksi gjerne vil bli friske, men ikkje orkar å gjere jobben som må til (Høiseth, 2020, s.29). Dette er blant anna fordi denne jobben involverer at ein må gjere avkall på eit tankesett og ein levemåte som for personen er kjent og trygg. Når pasientar med anoreksi møter behandlarar og sjukepleiarar vert dei utfordra på si eteforstyrre åtfærd (Rø, 2020, s.110). Utfordra i den grad at dei må endre åtfærd på vegen mot betring. Det er ikkje nokk å berre vite at ein burde gjere det. Dette kan vi forstå er krevjande. Vi også slit innimellom med å endre våre rutinar og vanar. Eksempelvis var ein av oss hos tannlegen for ei tid tilbake. Beskjeden frå tannlegen var den same som den er kvart år, “du må drikke mindre brus”. Og eg veit jo det. Har høyrte det før. Emaljten vert øydelagt og alt det der. Likevel klarar eg ikkje slutte. Eller gidder ikkje å slutte kanskje. I hovudsak fordi eg synest brus er godt, og eg kosar meg med det. Og fordi desse augeblikka med kos er enklare å visualisere seg enn dei langsiktige konsekvensane. Poenget er at vi forstår at åtfærdsendring kan vere vanskeleg, og at motivasjonen for å gjere det som skal til ikkje alltid er til stades. Med dette i bakhovudet, lurar vi på korleis sjukepleiarar kan bidra til å auke motivasjonen til pasientane i møte med åtfærdsendring?

For å kunne endre tidlegare vanar og åtfærd er motivasjon ein avgjerande faktor (Rø, 2020, s.111). I møte med pasientar med anoreksi er det beskrive at motivasjonen til å bli frisk er varierende (Senneset, 2017, s.8). Som følge av dette er det rapportert om stort fråfall i behandling. Vi tolkar dette som at møtet med mangel på motivasjon hos pasientane er eit område med forbetningspotensial. Det er skildra at motivasjon for forandring er noko som gradvis utviklar seg (Skårderud, 2000, s.110). Det er ikkje ein ting pasienten må hente fram frå inni seg, men heller noko som blir skapt i dialog med vedkommande. Når vi les dette tolkar vi det som at helsepersonell kan ha ei sentral rolle i å utvikle motivasjon hos

pasientane. Vi veit sjølv kor godt det er å ha nokon som drar oss i gang når vår eigen motivasjon er fråverande. Eksempelvis er dørstokkmila ekstremt lang når vi skal på trening etter ein arbeidsdag. Aller helst vil vi berre ligge strak ut på sofaen. I slike tilfelle er det ofte heilt avgjerande for oss å ha ein avtale med nokon andre om å reise på trening. Vi er då bundne av denne avtalen til å møte opp og gjere jobben. Å vere forplikta til den andre personen blir altså vår motivasjon. Og kanskje er det ein slik funksjon vi sjukepleiarar kan få i motivasjonsarbeidet i møte med personar med anoreksi.

Å ha kunnskap versus å anvende kunnskap

I ei studie er det undersøkt kva faktorar pasientane sjølv opplever som avgjerande for å skape og oppretthalde motivasjon for og i behandling (Venturo-Conerly, 2020). Dette er avdekka via intervju med 13 personar som tilhøyrar denne pasientgruppa. Av desse 13 trakk alle fram medisinsk fagpersonell som viktige brikkar i sin veg mot betring. Det var blant anna sagt at pasientane opplevde at møtet med fagfolk var første gang dei følte seg høyrte og forstått. Samtidig seier studien noko om at helsepersonell med feil framtoning kan ha negativ innverknad på betringsprosessen (Venturo-Conerly, 2020). Eksempel på feil framtoning kan vere helsepersonell som ikkje tek pasienten og deira sjukdom på alvor. Å få negativ innverknad på betringsprosessen ønsker vi å unngå i vårt kommande arbeidsliv som sjukepleiarar. Vi ønsker å vere dei "gode" fagfolka som studien skildrar. Dei som gjer til at pasientane føler seg høyrte og forstått. I løpet av vårt arbeid med denne teksten, er det for oss mykje som tyder på at denne forståinga i stor grad bygger på kunnskap. Kunnskap vi ikkje trudde at vi hadde.

Når vi starta å skrive denne oppgåva påstod vi til vår vegleiar at vi ikkje hadde nokre erfaringar med sjukdommen anoreksi. Derfor skulle vi bruke andre sine erfaringar til å utvide vår forståing. Ingeborg Senneset og Selma i "Vår vei ut" skulle vere våre inspirasjonskjelder. Men, ganske fort oppdaga vi at vi sat inne med langt meir erfaringsbasert kunnskap enn først antatt. Kunnskap vi ikkje visste at vi hadde. For gjennom praksiserfaringar, arbeidserfaringar, samt ved å vere unge jenter i dagens samfunn har vi ein viss forforståing for tematikken. Eit bakteppe for dei tankane vi har om og rundt sjukdommen. Då vi oppdaga

dette gjekk vi frå å skrive ti ord i timen, til at blekket spruta på papiret. Vi sat jo inne med så mange tankar, erfaringar og følelsar som vi aldri har utfordra eller reflektert rundt. Ting vi før no ikkje har skjønt at har farga vår forståing for tematikken. Gjennom dette essayet har vi reflektert rundt egne tankar og erfaringar, i håp om å utvide vår forståing og eventuelt korrigere denne (Bie, 2020, s.25). Samtidig har du nok merka at vi ikkje har gløymt Senneset og Selma. For uavhengig av kor mykje erfaringar vi har med sjukdommen, så veit vi ingenting om det å vere ein pasient med anoreksi. Det veit derimot dei. For vår del bidreg dei med mange gode synspunkt på det å faktisk ha anoreksi og leve med sjukdommen.

Senneset og Selma skildra som sagt deira erfaringar med anoreksi. Dei skildra korleis sjukdommen påverka deira kvardag, og kva konsekvensar den medførte. Men også korleis samfunnet påverka dei. Dei skildra i tillegg kontrollbehovet som sjukdommen medførte eller forsterka. Ting vi visste om, men ikkje forstod skikkeleg. For så vidt er det ikkje sikkert vi forstår det skikkeleg no heller. Men, vi har absolutt prøvd. Vi har tidlegare nemnt at forståing ofte bygger på kunnskap, og at kunnskap ofte bygger på nysgjerrigheit og interesse. Og vi står framleis inne for det vi sa den gang, at vi har nysgjerrigheit og interesse. Kunnskap er derimot vanskelegare å uttale seg om, før den har blitt prøvd ut i praksis. Vi føler sjølv at vi har meir kunnskap. At vi blant anna forstår meir om korleis kroppen og hjernen vert påverka av underernæring. Korleis vi kan bygge relasjonar basert på tillit. Korleis vi kan møte skam og frykt hos desse pasientane, sjølv om det vil bli vanskeleg. Likevel er dette med kunnskap lettare sagt enn gjort. Vi kan tru og påstå at vi har så mykje kunnskap vi berre vil, men det er ikkje dermed sagt at vi faktisk klarar å anvende den i praksis. For det er jo til sjuande og sist det dette handlar om. Det å klare å bruke vår nye kunnskap til å møte og vise forståing for det vi ikkje forstår.

Litteraturliste

- Aagaard, H. (2016). Væske og ernæring. I G. H. Grimsbø. *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov*. (S. 191-236). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bang, L. (2020). Konsekvenser av underernæring på hjernen. I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W. Torsteinsson. *Spiseforstyrrelser: Forståelse og behandling*. (S. 270-271). Fagbokforlaget.
- Bang, L & Dahlgren, C. L. (2020). Kulturen som en risikofaktor for spiseforstyrrelser. I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W. Torsteinsson. *Spiseforstyrrelser: Forståelse og behandling*. (S. 82-86). Fagbokforlaget.
- Bie, K. (2020). *Refleksjon: Sykepleierens vei til klokskap*. Universitetsforlaget.
- Dahlgren, C. L. & Wisting, L. (2022). 1 av 10 ungdommer på videregående har en spisefortyrrelse. *Oslo universitetssykehus*.
<https://www.oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/psykisk-helse-nasjonale-og-regionale-funksjoner/regional-seksjon-spiseforstyrrelser-rasp/1-av-10-ungdommer-pa-videregaende-skole-har-en-spiseforstyrrelse>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk*. (3. Utgave). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsedirektoratet. (2021, 21.12). *Frivillig innleggelse i psykisk helsevern*. Helsenorge.no.
<https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykisk-helsevern/frivillig-psykisk-helsevern/>
- Høiseth, J. R. (2020). Spør oss heller hvordan vi har det enn hvor mye vi veier: Brukerfaringer i møte med helsevesenet. I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W. Torsteinsson. *Spiseforstyrrelser: Forståelse og behandling*. (S. 29-33). Fagbokforlaget.
- Martinsen, E. W. (2020). Angstlidelser. I M. T. Gonzalez *Psykiske lidelser: Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. (S. 115-117). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Mogstad, K. L. & Leraand, S. L. M. (2022). *Vår vei ut: En fortelling om spiseforstyrrelse, skam og håp*. Cappelen Damm.
- Olivo, G., Gaudio, S. & Schiöth, H.B. (2019). «Brain and Cognitive Development in Adolescents with Anorexia Nervosa: A Systematic Review of fMRI studies».
<https://doi.org/10.3390/nu11081907>
- Rø, Ø. (2020). Hva er spiseforstyrrelser? I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W. Torsteinsson. *Spiseforstyrrelser: Forståelse og behandling*. (S. 43-52). Fagbokforlaget.
- Rø, Ø. (2020). Atferdsendring og motivasjon. I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W. Torsteinsson. *Spiseforstyrrelser: Forståelse og behandling*. (S. 110-118). Fagbokforlaget.

- Salzmann-Erikson, M. & Dahlen, J. (2016). Nurses Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 1-13. <https://dx.doi.org/10.1007/s10826-016-0534-2>
- Sandve, Elisabeth. (2023, 1. november). Anorektikere danser og heier hverandre sykere på sosiale medier. *Nrk.no*. https://www.nrk.no/sorlandet/anorektikere-danser-og-heier-hverandre-sykere-pa-tiktok-og-sosiale-medier-1.16516941?fbclid=IwAR131qmyRgEpy_BzuTON8TUIEQZZC6rIhPoE6M7Ahzg3KVvb1XHq24Ba614_aem_AXAH_3b1iD4sf0Xle8mplZMfCJMNIkgZvvSFn0Tk7iF_4vMJFc8N_5khX6dO-ppcTXU
- Senneset, I. (2017). *Anorektisk*. Cappelen Damm.
- Skårderud, F. (2000). *Sterk/svak: Håndbok om spiseforstyrrelser*. Aschehoug.
- Skårderud, F. (2020). Spiseforstyrrelser. I M. T. Gonzalez. *Psykiske lidelser: Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. (S. 145-155). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Steinberg, D. M., Perry, T. R., Freestone, D., Hellner, M., Baker, J. H. & Bohon, C. (2022). Evaluating differences in setting expected body weight for children and adolescents in eating disorder treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 56 (3), 595-603. <https://doi.org/10.1002/eat.2386>
- Torsteinsson, V. W. & Hage, T. W. (2020). Å etablere et samarbeid. I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W. Torsteinsson. *Spiseforstyrrelser: Forståelse og behandling*. (S. 99-108). Fagbokforlaget.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademiske.
- Venturo-Conerly, K., Wasil, A. R., Dreier, M. J., Lipson, S. M., Shingleton, R. & Weisz, J. R. (2020). "Why I recovered: A qualitative investigation of factors promoting motivation for eating disorder recovery". *International journal of eating disorders*, 53 (8), 1244-1251. <https://doi.org/10.1002/eat.23331>

Vedlegg 1: Metode

Vi har valt å skrive vår oppgåve i sjangeren essay, og essayet i seg sjølv blir då metoden (Bech-Karlsen, 2003, s. 25). Essayet skil seg frå vanleg akademisk skriving på fleire måtar. Teksten blir ein møtestad mellom det personlege og det saklege. Sjangeren baserer seg på erfaringar, som anten er skrivaren sine egne eller andre sine. Gjennom essayet må ein kunne reflektere over desse erfaringane, for å danne nye perspektiv på faglege emne. Vidare beskriv Bech-Karlsen essayet som opent, søkande, sanseleg og reflekterande (Bech-Karlsen, 2003, s.25). Sjangeren opplevast for oss som meir open, med rom for å uttrykke egne opplevingar og tankar rundt desse. Samtidig legg den til rette for at vi skal kunne sjå situasjonar frå ulike perspektiv, og derav utvide vår forståing for eit tema. Å vere open for nye måtar å tenke på, trur vi er nyttig for vår personlege utvikling som sjukepleiarar.

I vårt essay har vi valt å jobbe utifrå tema unge jenter med anoreksi. Vårt ønske har vore å utvide vår forståing for denne pasientgruppa, i tillegg til å utforske korleis vi som sjukepleiarar kan møte desse pasientane. Pårørande har som følgje av dette ikkje fått plass i teksten, men det betyr ikkje at vi ikkje har tenkt på dei. Vi vurderte på eit tidspunkt å inkludere pårørande si rolle, men fann ut at dette ikkje var hensiktsmessig i forhold til vårt tema.

For å reflektere rundt tema har vi nytta egne erfaringar, samt erfaringar frå tidlegare pasientar med anoreksi. Desse erfaringane fant vi blant anna i dei skjønnlitterære bøkene "Vår vei ut" og "Anorektisk". Vi har vald å nytte desse bøkene for å få større innblikk i korleis det er å vere pasient med anoreksi, frå pasientperspektivet. Som supplement til våre erfaringar, og dei skjønnlitterære bøkene har vi nytta diverse relevant fagkunnskap. Eksempelvis pensumlitteratur, relevante fagartiklar og aktuelle bøker. Dette for å gi eit større fagleg grunnlag for våre refleksjonar og erfaringar rundt valt tema. Ein del av bøkene er ikkje pensumlitteratur, men vi valde likevel å inkludere desse. Dette fordi dei gav oss kunnskap som var spissa mot diagnosen anoreksi, noko vi følte vi ikkje fant tilstrekkeleg informasjon om ved å berre nytte pensumbøker. Mykje av oppgåva går ut på å utvide forståinga for denne pasientgruppa, og vi såg det derfor som hensiktsmessig med litteratur som kunne bygge opp denne forståelsen.

I fleire av bøkene vi har brukt er Finn Skårderud anten forfattar eller bidragsytar. Han er utdanna psykiater, og anerkjent som ein av landet sine autoritetar innanfor feltet eteforstyrningar (Flatabø et al., 2023). Dette er grunnlaget for at han har fått ta stor plass i vår tekst. Mot slutten av bachelorskrivinga har vi derimot blitt oppmerksame på at Skårderud den 30.11.23 vart fråteken sin autorisasjon som lege og psykiater. Bakgrunnen for dette er intimitetskrenkande handlingar ovanfor pasientar, manglande journalføring og uforsvarleg utskriving av vanedannande medikament (Flatabø et al., 2023). Vi har likevel valt å stå fast ved valet om å bruke hans kunnskap om anoreksi, og behandling av denne sjukdommen. Dette fordi vi endå ikkje har funne kjelder som frarådar bruk av Skårderud sine bøker og anna litteratur.

I tillegg til relevant fagkunnskap har vi nytta forskingsartiklar som vi har funne via systematisk søk (vedlegg 4). Vidare i vedlegget skal vi presentere framgangsmåte for søk etter forskingsartiklar, samt korleis vi har valt ut artiklane vi har nytta i oppgåva.

I forsøk på å finne fram til relevant forskning, er vi avhengige av å stille presise spørsmål. Spørsmåla bør då seie noko om kva målgruppe vi er interessert i, samt kva tiltak og utfall som er aktuelle. For å strukturere spørsmåla har vi vald å nytte PICO-skjema (Vedlegg 2). Når vi skulle strukturere søket fant vi først fram norske søkeord vi tenkte var aktuelle for vårt tema. Deretter nytta vi verktøyet MeSH for å oversetje orda til engelske fagomgrep. Noko vi tenker er nyttig ved litteratursøk, då fleire artiklar er skriva på engelsk. Vi trur at bruk av engelske søkeord vil gi fleire treff i databasane.

Vi har valt å bruke databasane PsycINFO og Cinahl. PsycINFO er ein database vi fekk anbefalt under bachelorundervisninga. Etter å ha søkt opp databasen forstod vi at denne hadde mykje relevante artiklar som spesifikt omhandla mental helse. I og med at sjukdommen anoreksi går under omgrepet mental helse, vart det naturleg for oss å nytte denne databasen. Cinahl er ein database som inneheld mykje litteratur om sjukepleiefaget. I tillegg kan ein finne artiklar som omhandlar pasienterfaringar. Dette synest vi passa godt til vår tematikk, då mykje av oppgåva handlar om erfaringar. Samtidig ønska vi å nytte Cinahl i tillegg til PsycINFO for å få eit breiare søk etter forskning enn ved bruk av ein database, sjå (vedlegg 4).

Etter litteratursøket var gjennomført, fann vi fram til ein del forskingsartiklar vi hadde lyst å nytte. Vi leste abstract til alle artiklane for å luke ut dei vi tenkte ikkje var relevante for vårt tema. For å synleggjere kva artiklar som var relevante for oss har vi framstilt ein tabell med inklusjons- og eksklusjonskriterium (vedlegg 3). Etter å ha luka vekk irrelevante artiklar sjekka vi at alle artiklane inkluderte ein tydeleg metodedel som skildra framgangsmåte for funn i artikkelen. Dette for å vere sikker på at artiklane vi valde, var forskingsartiklar. Vi fann eksempelvis ein artikkel der funna var relevante for vårt tema, men grunna mangel på metodedel kunne vi ikkje nytte denne. Artiklane vi derimot valde å bruke, plukka vi ut av fleire årsakar. Dei passa til vårt tema, og det vi ønska å oppnå med teksten. Samtidig var det variasjon i artiklane, som gav oss breiare kunnskapsgrunnlag. Eksempelvis var to av artiklane oversiktsstudium, som samla mykje forskingskunnskap på ein plass, medan ein anna artikkel baserte seg på pasienterfaringar, og gav derav eit anna perspektiv. Alle artiklane hadde også ei tydeleg oppbygging, med presentasjon av metode, funn og resultat.

Når vi sat igjen med ei handfull artiklar var vi nøydte å kritisk vurdere desse. Som hjelpemiddel for å kritisk vurdere artiklane har vi nytta sjekklister frå kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket, 2021). Desse sjekklisene består av spørsmål ein burde stille i forhold til artikkelen. Eksempelvis om artikkelen har ei klar problemstilling, og om resultatata kan brukast til det formålet ein har tenkt. I tillegg til slike generelle spørsmål, finst det også sjekklister for spesifikke artikkeltypar. Vi har til dømes nytta sjekklista for oversiktsstudium i forskning 1 og 3 (vedlegg 4).

Etisk perspektiv

Som helsepersonell er vi underlagt helsepersonellova (Helsepersonelloven, 1999, §21). Denne lova seier noko om teieplikt. Ei plikt som inneber at vi som helsepersonell ikkje skal la uvedkommande få tilgang til informasjon om personlege forhold. Dette er eit omsyn vi har tatt i vår oppgåve. Når vi har delt eigne erfaringar i teksten har vi måtte passe på at personane vi fortel om ikkje er mogeleg å identifisere. Vi har anonymisert personlege opplysningar, og kun fortalt det som er vesentleg for tema i vår oppgåve. Den same tankegangen gjeld for forskingane vi har funne. Enkelte av forskingane tek føre seg

personlege erfaringar frå deltakarane, og vi har då vore opptatt av at desse er anonymisert.

Vi har også vektlagt at deltakarane i dei ulike studiane har samtykka til å delta i studien.

Litteraturliste: Metode

Bech-Karlsen, J. (2003). *Gode fagtekster: essayskriving for begynnere*. Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utgave). Gyldendal Akademisk

Flatabø, M., Tommelstad, B., Andersen, G., Norli, C. & Folkvord, M. S. (2023, 01.12).
Helsetilsynets vurdering: Derfor mister psykiater Finn Skårderud autorisasjonen.
Vg.no. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/pQyQLG/helsetilsynets-vurdering-derfor-mister-psykiater-finn-skaarderud-autorisasjonen>

Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Vedlegg 2: PICO

P	I	Co
Population/ problem	Phenomenon of interest	Context
Ungdom, unge voksne, barn, yngre, unge jenter, tenåring	Spisefortyrrelser, anoreksi, spisevegring, kroppsbildeforstyrrelse	Rettleiing, informasjon, opplysning, helsefremming, motivering, sjukepleie, vektoppgang, hjernen
Adolescents, children, kids, teenagers, youths, young adults, young girls	Eating disorder, anorexia, anorexia nervosa, underweight	Guidance, information, motivation, health care, nursing, health promotion, weight gain, the brain

Vedlegg 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterium

Inklusjonskriterium	Eksklusjonskriterium
Artiklar som er publisert etter 2013.	Artiklar som er publisert før 2013.
Kvalitative artiklar og oversiktsartiklar.	Artiklar som inkluderer pårørandeperspektivet.
Fagfellevurderte artiklar og tidsskrift.	Artiklar med fokus på behandlar si rolle. Med behandlar meiner vi psykiater og lege.
Skandinaviske eller engelske artiklar.	
Artiklar med tydeleg metodedel og framgangsmåte for funn.	

Vedlegg 4: Søkestrategi

Forskning 1

Database: PsycINFO

Dato: 23.10.23

Søkeord/ kombinasjonar	Tal artikkeltreff	Artikkel/ artiklar du vel nytte
S1 "Adolescents"	(188 412)	
S2 "Children"	(491327)	
S3 "Teenagers"	(8658)	
S4 "Anorexia"	(17076)	
S5 "Anorexia Nervosa"	(11319)	
S6 "Nursing"	(26693)	
S7 "S1 OR S2 OR S3"	(497761)	
S8 "S4 OR S5"	(17076)	
S9 "S7 AND S8 AND S6" med avgrensing til år 2013- 2023.	(3)	"Nurses` Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research"

Forskning 2

Database: Cinahl

Dato 23.10.23

Søkeord/ kombinasjonar	Tal artikkeltreff	Artikkel/ artiklar du vel nytte
S1 "Children"	(435 596)	
S2 "Teenagers"	(9918)	
S3 "Weight gain"	(24 966)	
S4 "Anorexia"	(11 201)	
S5 "Health promotion"	(89 654)	

S6 "S1 OR S2"	(443 304)	
S7 "S3 OR S5"	(114 071	
S8 "S4 OR S6 OR S7" med avgrensing til år 2013-2023.	(27)	"Evaluating differences in setting expected body weight for children and adolescents in eating disorder treatment"

Forskning 3

Database: Cinahl

Dato: 30.10.23

Søkeord/ kombinasjonar	Tal artikkeltreff	Artikkel/ artiklar du vel nytte
S1 "Adolescents»	(118 974)	
S2 "Children»	(435 922)	
S3 "Underweight»	(6776)	
S4 "Anorexia Nervosa»	(6833)	
S5 "The brain"	(222 429»	
S6 "S1 OR S2»	(512 310)	
S7 "S3 OR S4"	(13 390)	
S8 "S5 OR S6 OR S7" med avgrensing til år 2013-2023	(41)	«Brain and Cognitive Development in Adolescents with Anorexia Nervosa: A Systematic Review of fMRI studies.

Forskning 4

Database: PsycINFO

Dato: 23.10.23

Søkeord/ kombinasjonar	Tal artikkeltreff	Artikkel/ artiklar du vel nytte
S1 "Anorexia"	(17 076)	

S2 "Motivation"	(162 444)	
S3 "Motivational interviewing"	(3089)	
S4 "S2 OR S3"	(165 079)	
S5 "Teenagers"	(8658)	
S6 "Adolescents"	(188 412)	
S7 "Youths"	(19 908)	
S8 "Children"	(491 327)	
S9 "S5 OR S6 OR S7 OR S8"	(621 872)	
S10 "S1 AND S4 AND S9" med avgrensning til år 2013-2023.	(28)	"Why I recovered: A qualitative investigation of factors promoting motivation for eating disorder recovery".

Vedlegg 5: Litteraturmatrise

Forsking 1

Tittel	Hensikt	Metode	Funn/ resultat
<p>“Nurses` Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research”</p> <p>Salzmann-Erikson, M. & Dahlen, J. (2016). Nurses Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research. <i>Journal of Child and Family Studies</i>, 26, 1-13. https://dx.doi.org/10.1007/s10826-016-0534-2</p>	<p>Å identifisere faktorar som er med å fremme og hindre relasjonen mellom sjukepleiarar og barn og unge som har diagnosen anoreksi.</p>	<p>Beskrivande litteratursyntese. Det er gjennomført søk etter kvalitative studiar i tre ulike databasar. Av funna vart 14 artiklar valt ut, og analysert og samanlikna. Artiklane vart valde basert på inklusjonskriterium.</p>	<p>Resultata er presentert under fire tema, der alle trekk fram det som er styrkande og svekkande i relasjonen mellom sjukepleiar og pasient.</p> <p>Dei fire tema er:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det vesentlege i eit forhold. - Personen i senteret. - Sjukepleiar sine haldningar. - Kunnskap.

Forsking 2

Tittel	Hensikt	Metode	Funn/ resultat
<p>“Evaluating differences in setting expected body weight for children and adolescents in eating disorder treatment”</p> <p>Steinberg, D. M., Perry, T. R., Freestone, D., Hellner, M., Baker, J. H. & Bohon, C. (2022). Evaluating differences in setting expected body weight for children and adolescents in eating disorder treatment. <i>International Journal of Eating Disorders</i>, 56 (3), 595-603. https://doi.org/10.1002/eat.2386</p>	<p>Å undersøke forskjellane mellom å bruke KMI og EBW (expected body weight) i behandling av eteforstyrningar.</p>	<p>Kvantitativ metode. Det vart samla inn data frå pasientar med diagnosen anoreksi i alderen 6-20 år. Slike data var eksempelvis vekt. Nokre pasientar nytta KMI, andre nytta EBW. Dette for å samanlikne gruppene.</p>	<p>Ved bruk av EBW var ønska vekt hos pasientane høgare enn ved bruk av KMI. Stor forskjellar ved bruk av EBW, basert på diagnose og kjønn. Lågare ønska vekt auka risikoen for tilbakefall.</p>

Forsking 3

Tittel	Hensikt	Metode	Funn/ resultat
--------	---------	--------	----------------

<p>“Brain and Cognitive Development in Adolescents with Anorexia Nervosa: A Systematic Review of fMRI studies”.</p> <p>Olivo, G., Gaudio, S. & Schiöth, H.B. (2019). «Brain and Cognitive Development in Adolescents with Anorexia Nervosa: A Systematic Review of fMRI studies. https://doi.org/10.3390/nu11081907</p>	<p>Samanlikne kognitive symptom hos pasientar med anoreksi og eksisterande kunnskap om hjernen si utvikling i ungdomsåra. Dette for å forsøke å avdekke korleis anoreksi kan påverke hjernen si kognitive utvikling.</p>	<p>Beskrivande litteratursyntese. Det er gjennomført søk etter studiar i to databasar. Artiklar blei så valt ut basert på inklusjonskriterium. Eksempel på kriterium var at artiklane var skrivne på engelsk. 12 artiklar samsvarte med kriteriane, og desse vart deretter gjennomgått og samanlikna.</p>	<p>Funna avdekkar nedsett kognitiv fleksibilitet og arbeidsminne hos ungdom med anoreksi. Vidare vert det skildra at rask gjenoppretting av vekt er med på å tilbakestille slike endringar. Ungdom med anoreksi har også lågare evne til å tolke sosiale signal. Dette omfattar mangel på empati, og mangel på evne til å ta perspektiv.</p>
--	--	---	--

Forsking 4

Tittel	Hensikt	Metode	Funn/ resultat
<p>“Why I recovered: A qualitative investigation of factors promoting motivation for eating disorder recovery”.</p> <p>Venturo-Conerly, K., Wasil, A. R., Dreier, M. J., Lipson, S. M., Shingleton, R. & Weisz, J. R. (2020). “Why I recovered: A qualitative investigation of factors promoting motivation for eating disorder recovery”. <i>International journal of eating disorders</i>, 53 (8), 1244-1251. https://doi.org/10.1002/eat.23331</p>	<p>Studien ønsker å undersøke faktorar som bidreg til motivasjon for betring hos pasientar med anoreksi.</p>	<p>Kvalitativ metode. Det var 13 deltakar i studien som vart intervjuet i forhold til motivasjon for betring. Alle deltakarane var blitt friske frå si eteforstyrning då dei vart intervjuet.</p>	<p>Resultata er presentert under seks hovudtematikkar. Desse er:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Viktige personar og grupper. - Andre sine handlingar og holdningar. - Behandlingsrelaterte faktorar. - Innflytelsesrike omstendigheiter. - Personlege følelsar av tru. - Rollen til openbaringar. <p>Eksempel på funn som bidreg til motivasjon er fjerning av triggerar, fokus på forpliktingar ovanfor andre, ikkje-dømmende støtte og håp for framtida.</p>



Høgskulen på Vestlandet

Innlevering av Bacheloroppgave

SYKF390

Predefinert informasjon

Startdato:	17-12-2023 09:00 CET	Termin:	2023 HØST
Sluttdato:	19-12-2023 14:00 CET	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKF390 1 O 2023 HØST		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	127
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7985
----------------------	------

Sett hake dersom Ja
besvarelsen kan brukes
som eksempel i
undervisning?:

Jeg bekrefter Ja
innlevering til
biblioteket *:

Egenerklæring *: Ja
Inneholder besvarelsen Nei
konfidensielt
materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	26
Andre medlemmer i gruppen:	147

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven 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