

*«Hvordan bidrar sykepleiere til tilfriskning hos pasienter med anoreksi gjennom en terapeutisk allianse?»*

Kandidatnummer: 1006  
VID vitenskapelige høgskole  
Diakonhjemmet Høgskole

Bacheloroppgave  
Bachelor i sykepleie  
Kull: BASYK18

Antall ord: 10 943  
Dato: 25.03.21

Jeg er mer redd for maten enn for døden

(Øverås, 2018, s.9)

**Opphavsrettigheter**

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

## Sammendrag

**Problemstilling:** Hvordan bidrar sykepleiere til tilfriskning hos pasienter med anoreksi gjennom en terapeutisk allianse?

**Metode:** Den litterære oppgaven er basert på fire forskningsartikler fra databasene Cinahl og Medline.

**Funn:** Sykepleierne er ansvarlig for utviklingen av den terapeutiske alliansen og spiller derfor en nøkkelrolle i behandlingen av pasienter med anoreksi. Anoreksiens patofysiologi utfordrer den terapeutiske alliansen.

**Drøfting:** Den terapeutiske alliansen bidrar til å skape tillitt og trygghet, hjelper sykepleieren å skille pasienten fra sykdommen og til å opprettholde avdelingens rammer. Det er utfordrende å etablere en terapeutisk allianse med pasienter med anoreksi, grunnet sykepleierens rolleforståelse, pasientenes ambivalens og mistillit.

**Konklusjon:** Sykepleieren bruker den terapeutiske alliansen til å skape tillitt og trygghet, noe som medfører at pasienten får støtte til å gjennomføre behandlingen, samarbeider om behandlingen, finner mening med sykehusoppholdet, tør å utforske sitt indre liv og finne nye mestringsstrategier. Sykepleieren bidrar til å redusere symptomer, noe som er en viktig del av tilfriskningen.

## Abstract

**Title:** How do nurses contribute to the recovery of patients with anorexia through a therapeutic alliance?

**Methods:** The literary assignment is based on four research articles from the medical databases Cinahl and Medline.

**Results:** The nurses are responsible for the development of the therapeutic alliance, and therefore play a key role in the treatment of patients with anorexia. The pathophysiology of anorexia challenges the therapeutic alliance.

**Discussion:** The therapeutic alliance helps to create trust and security, helps the nurse to separate the patient from the disease, and to maintain the ward's framework. Due to the nurse's understanding of their role and the patients' ambivalence and mistrust of health personnel, it is challenging to establish a therapeutic alliance with patients with anorexia.

**Conclusion:** Nurses use the therapeutic alliance to create trust and security, which means that the patient receives support to carry out the treatment, collaborates on the treatment, finds meaning in the hospital stay, dares to explore her inner emotions and find new healthy coping mechanisms. Nurses help to reduce symptoms, which is an important part of the recovery journey.

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b><i>Innledning</i></b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for tema og relevans for sykepleien.....	1
1.2	Problemstilling og avgrensing .....	2
1.3	Disposisjon .....	3
<b>2</b>	<b><i>Teori</i></b> .....	<b>4</b>
2.1	<b>Spiseforstyrrelser</b> .....	<b>4</b>
2.1.1	Årsaker .....	4
2.1.2	Symptomer.....	5
2.1.3	Diagnostisering og prognose.....	5
2.2	<b>Behandling</b> .....	<b>6</b>
2.2.1	Kognitiv atferdsterapi .....	6
2.2.2	Miljøterapi .....	7
2.2.3	Mentalisering .....	7
2.3	<b>Terapeutisk allianse</b> .....	<b>9</b>
2.3.1	Sykepleier-pasient fellesskapet.....	9
2.3.2	Travelbee: Menneske-til-menneske-forholdet .....	10
2.4	<b>Autonomi versus makt</b> .....	<b>13</b>
<b>3</b>	<b><i>Metode</i></b> .....	<b>14</b>
3.1	<b>Metode og fremgangsmåte</b> .....	<b>14</b>
3.2	<b>Litteratursøket</b> .....	<b>14</b>
3.3	<b>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</b> .....	<b>15</b>
3.4	<b>Metode- og kildekritikk</b> .....	<b>16</b>
<b>4</b>	<b><i>Funn</i></b> .....	<b>18</b>
4.1	<b>Litteratormatrise</b> .....	<b>18</b>
<b>5</b>	<b><i>Drøfting</i></b> .....	<b>21</b>
5.1	<b>Den terapeutiske alliansens betydning for tilfriskning</b> .....	<b>21</b>
5.1.1	Tillitt og trygghet som et grunnleggende aspekt av alliansen.....	21
5.1.2	Mennesket bak sykdommen .....	24
5.1.3	Opprettholdelse av avdelingens rammer.....	25
5.2	<b>Utfordringer med å etablere en allianse</b> .....	<b>29</b>
5.2.1	Rolleforståelse .....	29
5.2.2	Ambivalens.....	31
5.2.3	Mistillitt.....	33
<b>6</b>	<b><i>Oppsummering</i></b> .....	<b>35</b>
	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>37</b>
	<b>Vedlegg 1: Søkehistorikk Cinahl og Medline</b> .....	<b>42</b>
	<b>Vedlegg 2: Søkeord Cinahl og Medline</b> .....	<b>43</b>

***Vedlegg 3: Prisma flow diagram ..... 44***  
***Vedlegg 4: Inkluderte og ekskluderte forskningsartikler ..... 45***

**Tabell 1:** PICO

**Tabell 2:** Litteraturmatrise



# 1 Innledning

I Europa rammes 1-4% kvinner av anoreksi i løpet av livet (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016, s.340). Kvinner er overrepresentert i utviklingen av spiseforstyrrelser, kun 1 av 10 som utvikler anoreksi eller bulimi er menn (Rø, 2020, s.50). Det er fortsatt stor usikkerhet rundt forekomsten av spiseforstyrrelser i befolkningen (Rø, 2020, s.51; Øverås, 2018, s.15).

Anoreksi er den mest dødelige psykiske lidelsen (Arcelus et al., 2011, s.728).

Elektrolyttforstyrrelser kan føre til hjerterytmeforstyrrelser og langvarig undervekt kan medføre hjertesvikt (Juklestad & Aarre, 2018, s.231). 1 av 5 personer med anoreksi begår selvmord (Arcelus et al., 2011, s.729). Omlag 50% blir friske av anoreksi, 30% blir betydelig bedre og 20% får et langt sykdomsforløp (Steinhausen, 2002, s.1286).

Jo tidligere man kommer i behandling, jo bedre er sannsynligheten for tilfriskning (Rø, 2020, s.51). Døgnbehandling er anbefalt hos pasienter med svært alvorlig anoreksi (Hage, 2020, s.193; Helsedirektoratet, 2017). I tillegg er kognitiv atferdsterapi, miljøterapi og mentaliseringsbasert terapi mye brukte behandlingsformer.

Det å etablere effektive og gode allianser med pasienter med anoreksi er utfordrende (Skårderud et al., 2020, s.40; Hummelvoll, 2012, s.263), men i fagmiljøene er det bred enighet om at en terapeutisk allianse mellom sykepleier og pasient spiller en avgjørende rolle i tilfriskningen (Hummelvoll, 2012, s.38).

## 1.1 Bakgrunn for tema og relevans for sykepleien

Jeg jobber innenfor psykisk helsevern på en spesialavdeling for spiseforstyrrelser og har i løpet av utdanningen hatt praksis på en tilsvarende avdeling for barn/unge. Interessen for spiseforstyrrelser, og da særlig anoreksi har derfor økt i takt med kunnskapene og erfaringene jeg har tilegnet meg.

Både på jobb og i praksis har jeg observert at sykepleiere spiller en sentral rolle i behandlingen av pasienter med anoreksi. I tillegg til å følge opp pasientenes somatiske tilstand, bistå med måltidsstøtte og gjennomføre sonde-ernæring ved behov, jobber

sykepleierne miljøterapeutisk. Sykepleierne tilbyr aktiviteter for å avlede vonde tanker, tilbyr samtaler og støtter pasientene i vanskelige situasjoner. Mange pasienter blir ikke friske av en spiseforstyrrelse, og det er både en klinisk og etisk forpliktelse å bidra til bedre behandling (Skårderud et al., 2020, s.25).

Covid-19 har medført isolasjon, og pandemien kan oppleves som en traumatisk hendelse, noe som kan være triggende for en spiseforstyrrelse (Touyz et al., 2019, s.1; Spiseforstyrrelsesforeningen, 2020, s.3). Det har vært en økning i henvendelser til helsevesenet det siste året relatert til spiseforstyrrelser (Befring, 2021). Kunnskapen om spiseforstyrrelser er derfor svært aktuelt.

## 1.2 Problemstilling og avgrensing

Problemstillingen er: *«Hvordan bidrar sykepleiere til tilfriskning hos pasienter med anoreksi gjennom en terapeutisk allianse?»*.

Hensikten med oppgaven er å se nærmere på hvordan sykepleieren hjelper pasienten i sin tilfriskningsprosess ved bruk av en terapeutisk allianse, samt hvilke utfordringer sykepleieren møter når hun/han skal danne en allianse.

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å omhandle pasienter i spesialisthelsetjenesten som er i behov av døgnopphold på langtidsavdeling for spiseforstyrrelser innen psykisk helsevern. Pasienter kan være innlagt frivillig eller på tvang, og oppgaven omhandler derfor begge gruppene. Pasienter som er innlagt frivillig er ofte mer motivert for behandling, og en antagelse er derfor at alliansebygging er mer utfordrende i arbeid med pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern (TPH).

Døgninnleggelse forekommer oftest hos personer med alvorlig anoreksi (Hage, 2020, s.193), og jeg fokuserer derfor på anoreksi i oppgaven. Personer som oftest er rammet av alvorlige spiseforstyrrelser er mellom 15-45 år (Hummelvoll, 2012, s.306), men jeg velger å avgrense oppgaven til å omhandle personer mellom 18-45 år. Selv om kvinner er overrepresentert når det kommer til anoreksi, omhandler oppgaven både kvinner og menn.



Sentrale begreper:

- **Anoreksi:** Psykisk lidelse hvor pasienten motsetter seg å opprettholde normal vekt i forhold til alder, som resulterer i en unormalt lav vekt. Andre kjennetegn er sterk angst for vektoppgang, opplevelsen av kroppens størrelse og form er forstyrret og vansker med å se alvoret i situasjonen (Skårderud, 2016, s.14). Anorexia nervosa omtales gjennomgående som anoreksi i oppgaven.
- **Terapeutisk allianse:** Et arbeidsfellesskap mellom sykepleier og pasient som har til hensikt å gi pasienten økt selvinnsikt og situasjonsforståelse og gjennom dette bidra til at pasienten i størst mulig grad blir i stand til å bearbeide og løse sitt helseproblem (Hummelvoll, 2012, s.38). Den terapeutiske alliansen omtales som terapeutisk allianse, allianse, sykepleier-pasient fellesskapet eller menneske-til-menneske-forholdet i oppgaven.
- **Tilfriskning:** Det er ingen klar enighet om hva man definerer som å bli frisk fra en spiseforstyrrelse, men det å bli frisk må inneholde fysiologiske endringer (normale blodprøver, opphør av amenoré, BMI innenfor normalområdet), atferdsendringer (for eksempel fravær av svært lavt matinntak) og psykologiske endringer (forholdet til mat, vekt og kroppsbildet er mer normalt) (Øverås, 2018, s.51).

### 1.3 Disposisjon

Kapittel to består av teori om spiseforstyrrelser (herunder anoreksi), terapeutisk allianse og autonomi. For å belyse hvordan man kan etablere en terapeutisk allianse har jeg tatt utgangspunkt i sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee sin teori om menneske-til-menneske-forholdet og den psykiatriske sykepleieren Jan Kåre Hummelvoll sin teori om sykepleier-pasient fellesskapet. I kapittel tre redegjør jeg for metoden som er brukt i oppgaven, og i kapittel fire presenteres funnene fra forskningsartiklene. I kapittel fem diskuterer jeg funnene opp mot teorien i kapittel to for å kunne besvare problemstillingen. I kapittel seks synliggjør jeg hvordan problemstillingen er besvart i lys av drøftingen.

## 2 Teori

### 2.1 Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse på flere tilstander som omhandler unormal spiseatferd (Rø, 2020, s.43). Vi deler inn spiseforstyrrelser i tre hovedkategorier: anoreksi, bulimi og overspisingslidelse (Thorsteinsson et al., 2020, s.19). Spiseforstyrrelser er en av de mest sammensatte og utfordrende psykiske lidelsene (Skårderud et al., 2020, s.20). Personer med en spiseforstyrrelse er overopptatt av kropp, vekt og utseende som resulterer i en atferd som er skadelig for helsen (Skårderud et al., 2020, s.30). Sentrale trekk i en spiseforstyrrelse er blandede følelser, motstridene følelser og sterk ambivalens (Skårderud, 2013, s.28; Hummelvoll, 2012, s.263).

#### 2.1.1 Årsaker

Spiseforstyrrelser er ofte en kombinasjon av medfødte egenskaper, erfaringer og kultur (Øverås, 2016, s.16). Vi skiller mellom sårbarhets-, utløsende- og opprettholdende forhold. Sårbarhetsforhold kan være traumer eller personlighetstrekk som perfektjonisme (Øverås, 2016, s.18), lav selvtillit og rigiditet (Haynos et al., 2016, s.394). Sårbarhetsforhold kan også være relatert til nevropsykologi (Lopez et al., 2008, s.147; Reville et al., 2016, s.17).

Utløsende forhold kan være livskriser, for eksempel dødsfall, mobbing, konflikter i familien eller relasjoner som har gått i oppløsning (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016, s.341).

Puberteten kan også være en utløsende faktor, og noen undersøkelser tyder på at østrogenaktivering i puberteten øker risikoen, mens testosteron virker beskyttende på utviklingen av spiseforstyrrelser (Klump et al., 2013, s.405).

Opprettholdende forhold kan være konsekvenser av sykdommen som pasienten opplever som noe positivt, slik som å føle seg trygg, mer attraktiv, unngå menstruasjon og graviditet, økt kondisjon og det å føle seg spesiell (Nordbø et al., 2012, s.61). Noen føler også at anoreksi gir livet mening og et formål, og den ekstreme undervekten kan gi en følelse av å være et «overmenneske» som er vellykket (Nordbø et al., 2012, s.64). Følelsen av kontroll er

også en opprettholdende faktor, hvor indre kaos kompenseres med ytre kontroll (Øverås, 2016, s.20). Sult, overspising, oppkast og overdreven trening kan ha en bedøvende effekt på følelser eller hjelpe pasienten til å kvitte seg med følelser, og det er dermed lett å ty til den strategien man kjenner når kravene fra omverdenen blir for store (Øverås, 2016, s.21; Skårderud et al, 2020, s.52). Spiseforstyrrelsen blir dermed en selvforsterkende spiral.

### **2.1.2 Symptomer**

Hovedsymptomet ved anoreksi er lav vekt og frykt for vektoppgang (Rø, 2020, s.45).

Eksempler på vektkontrollerende atferd kan være streng faste, overdreven fysisk aktivitet, oppkast, spytte ut mat, misbruk av avføringsmidler, vandrivende midler eller stoffskiftehormoner (Rø, 2020, s.46). Tanker om mat og kalorier opptar det meste av tiden (Skårderud, 2013, s.14). Personen forstår ikke alvoret i situasjonen, egen verdi er sterkt knyttet til kropp og kroppen oppleves større enn den er (Rø, 2020, s.47). Pasienter med spiseforstyrrelser har problemer med å tolke, regulere, gjenkjenne, skille og uttrykke følelser, og dersom personen føler seg stor, opplever personen at hun/han er stor (Skårderud et al., 2020, s.52).

Minnesota Starvation Experiment som ble utført av Keys et. al (1950) var den første studien som belyste hvordan menneskelig adferd, tanker og følelser ble påvirket av underernæring. De undervektige mennene i studien ble irritable, asosiale, engstelige, emosjonelt ustabile og manglet motivasjon og initiativ. De psykiske plagene forsvant når mennene ble reernært. Det kan tyde på at de psykologiske konsekvensene av underernæring skyldes biologiske endringer i hjernen (Bang, 2020, s.270). Forskere har funnet en betydelig krymping av hjernen hos pasienter med anoreksi, og jo lavere vekt personen har, desto mer vil hjernen krympe (Seitz et al., 2016, s.950). Når vekten normaliseres, vil hjernen også reversere til sin normale størrelse (King et. al., 2018, s.226). Krymping av hjernen kan dermed se ut til å være forårsaket av undervekt (Bang, 2020, s.270).

### **2.1.3 Diagnostisering og prognose**

International Classification of Diseases (ICD) brukes til diagnostisering av psykiske lidelser i Norge (WHO, 2019). Anoreksi diagnostiseres ved KMI under 17,5 eller vekt som holdes 15%

lavere enn normalvekt i ICD 10, mens i ICD-11 (ikke tatt i bruk i Norge ennå) er KMI grensen satt til under 18,5 (Rø, 2020, s.47).

Alvorlig anoreksi defineres ved et stort vekttap på kort tid eller alvorlig undervekt (KMI<15) og/eller ustabil somatisk tilstand (Helsedirektoratet, 2017). Det stilles også krav til at vekttapet er selvfremkalt og at kroppoppfatningen er forstyrret (Helsedirektoratet, 2017). Tidligere har det vært et krav om amenoré, men i ICD-11 er dette fjernet. Hos en person med anoreksi som har symptomer på bulimi settes diagnosen anoreksi bulimisk subtype (Rø, 2020, s.48).

En oversiktsstudie konkluderte med at omlag 50% blir friske av anoreksi, 30% blir betydelig bedre og 20% får et langt sykdomsforløp (Steinhausen, 2002, s.1286). Prognosen ved anoreksi er dårligere enn ved bulimi (Rø, 2020, s.51). Faktorer som har positiv effekt på tilfriskning er lengre oppfølgingstid og lavere alvorlighetsgrad ved behandlingsstart (Rø, 2020, s.51). Studiene som sier noe om prognose har ofte undersøkt pasienter som er i behandling og en stor andel av personer med spiseforstyrrelser kommer aldri i behandling (Steinhausen, 2009, s.235).

## **2.2 Behandling**

Døgnbehandling er anbefalt hos pasienter med svært alvorlig anoreksi (Hage, 2020, s.193; Helsedirektoratet, 2017). Behandlingen kan være frivillig eller på tvang, dersom det er fare for en dødelig utgang på lidelsen (Psykisk helsevernloven, 1999, §3-3). Utredning, somatisk stabilisering og reduksjon av undervekt er hovedfokus i den somatiske behandlingen (Hage, 2020, s.193). Behandlingen er organisert i tverrfaglige team bestående av lege/psykiater, psykolog, ernæringsfysiolog, sykepleiere, miljøterapeuter og eventuelt fysioterapeuter (Hage, 2020, s.193).

### **2.2.1 Kognitiv atferdsterapi**

Kognitiv atferdsterapi (KAT-S) er en terapiform som blir mye brukt i behandling av spiseforstyrrelser (Silva & Vold, 2020, s.15). KAT-S fokuserer på atferdsendringer og i terapien oppmuntres pasienten til å bli nysgjerrig på spiseforstyrrelsen og til å bli sin egen

ekspert på hvordan han/hun kan komme ut av sykdommen (Silva & Vold, 2020, s.16). Et verktøy som kan brukes i tråd med KAT-S er eksternalisering. Eksternalisering hjelper oss å skille pasienten fra sykdommen (Thorsteinsson & Hage, 2020, s.105-106). Verktøyet kan minne oss på at pasienten ikke er vanskelig, men at pasienten har det vanskelig på grunn av sykdommen.

### **2.2.2 Miljøterapi**

Miljøterapi er en sentral del av behandlingstilbudet på en døgnavdeling (Hage, 2020, s.193). Hverdagsaktiviteter som måltider og fysisk aktivitet er ofte utfordrende for pasienter med spiseforstyrrelser fordi de er knyttet til symptomene på sykdommen, og miljøterapi til denne pasientgruppen vil dermed skille seg ut fra arbeid med andre pasientgrupper (Hage, 2020, s.193). Miljøpersonalet fungerer som rollemodeller når det gjelder å romme følelser, håndtere problemer og sosial samhandling, og har derfor en sentral rolle i miljøterapien (Hummelvoll, 2012, s.472).

Rammer og regler har en viktig plass i miljøterapi, og bidrar til å skape en forutsigbar og trygg behandling, samt til å ramme inn det relasjonelle arbeidet (Hage, 2020, s.194). «Ikke-forhandlingsbare rammer» er tilstede for å skape gode premisser for behandlingen, men selv om disse rammene er tydelige skal det være rom for individuelle tilpasninger (Hage, 2020, s.196). De ikke-forhandlingsbare rammene i arbeid med anoreksi handler i hovedsak om at pasienten må få i seg mer næring for å overleve (Skårderud, 2020, s.120).

Det kan være utfordrende å balansere mellom ulike roller, for eksempel å være en trygg samtalepartner, og samtidig bestemme, implementere og kontrollere rammer som pasienten ikke aksepterer (Hage, 2020, s.202). Dersom behandlere er for autoritære når de presenterer de ikke-forhandlingsbare rammene kan det motvirke behandlingen, ved at pasienten blir redd, protesterer eller oppfatter situasjonen som en «krig» (Skårderud, 2020, s.121).

### **2.2.3 Mentalisering**

Mentaliseringsbasert terapi for spiseforstyrrelser (MBT-ED) er en form for psykoterapi og mentalisering omhandler å se seg selv fra utsiden og innsiden, samt å forstå misforståelser

(Skårderud et al., 2020, s.37). Målet er å redusere symptomer og skape nysgjerrighet rundt eget og andres sinn (Skårderud et al., 2020, s.41). Pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser har ofte utfordringer med å forstå og kjenne seg selv, og beskriver dette ved å kjenne på et «indre kaos», «uro» eller «manglende kontroll» (Skårderud et al., 2020, s.49). Personer med anoreksi skårer lavere enn normalbefolkningen på mentalisering. Når det gjelder utvikling av spiseforstyrrelser er lav grad av mentalisering er en risikofaktor, mens høy mentalisering er en beskyttelsesfaktor (Skårderud et al., 2020, s.50).

MBT-ED forteller oss hvordan vi kan arbeide med den terapeutiske relasjonen (Skårderud et al., 2020, s.39). En effektiv terapeutisk relasjon og trygg tilknytning henger sammen. Når en pasient opplever en relasjon som trygg, skaper det muligheter til å utforske tanker, følelser, ønsker, behov og drømmer. Dersom helsepersonell har vanskeligheter med å forstå spiseforstyrrelser, kan dette hemme evnen til mentalisering (Skårderud et al., 2020, s.42). Mangel på mentalisering hos personalet kan medføre brudd i den terapeutiske relasjonen, samt uheldige intense og emosjonelle reaksjoner. Mentaliseringsbasert tilnærming handler om nysgjerrighet og den «ikke-vitende» posisjonen. For å stimulere til nysgjerrighet og refleksjon hos pasientene, må personalet være ekte, nysgjerrige og interesserte. Personalet oppfordres til å være transparente og åpne, gjennom å dele tanker, følelser og snakke åpent om seg selv/pasienten og forsøker å skape et likestilt forhold (Skårderud et al., 2020, s.43).

I den terapeutiske alliansen er det nødvendig med tillitt for å skape endring (Skårderud et al., 2020, s.45). For å vekke tillitt kan personalet vise interesse og nysgjerrighet, bruke øyekontakt, mimikk, kroppsspråk og stemme. Å jobbe med MBT-ED innebærer å ha en ikke-vitende og genuin nysgjerrig holdning, gi støtte og empati, klargjøre (undersøke om man har forstått pasienten og om pasienten forstår deg), utforske, utfordre (perspektiv og emosjonell tilstand), fokusere på følelser (vise interesse for følelser og navngi dem), samt bruk av den terapeutiske alliansen for å oppnå en mentaliserende relasjon (Skårderud et al., 2020, s.90).

## 2.3 Terapeutisk allianse

### 2.3.1 Sykepleier-pasient fellesskapet

Den terapeutiske alliansen, eller sykepleier-pasient fellesskapet, kan defineres som:

...det terapeutiske forholdet som dannes som følge av pasientens behov for hjelp, og sykepleierens svar på dette. Denne allianse preges av et opplevelses- og arbeidsfellesskap som har til hensikt å gi pasienten økt selvinnsikt og situasjonsforståelse og gjennom dette bidra til at pasienten i størst mulig grad blir i stand til å bearbeide og løse sitt helseproblem (eventuelt å leve med det). (Hummelvoll, 2012, s.38).

Sykepleier-pasient fellesskapet spiller en avgjørende rolle i tilfriskningen av pasienter med psykiske lidelser (Hummelvoll, 2012, s.38). Fellesskapet handler om å møte hverandre som hele mennesker og et ideal er å se hverandre som likeverdige (Hummelvoll, 2012, s.38).

Alliansen kan føre til at pasienten sin ensomhet, hjelpeløshet og isolasjon reduseres, samt bidra til at pasienten blir mer nysgjerrig på egne muligheter og får mer pågangsmot til å prøve ut nye strategier for problemløsning (Hummelvoll, 2012, s.39).

Alliansen utvikles gjennom fasene forberedelsesfasen, orienteringsfasen, arbeidsfasen og avslutningsfasen (Hummelvoll, 2012, s.38). I forberedelsesfasen må sykepleieren gjøre en selvanalyse, hvor man stiller seg spørsmål om fordommer, egen kompetanse og søker råd blant kollegaer dersom man er usikker (Hummelvoll, 2012, s.434). I orienteringsfasen bør sykepleieren møte pasienten med en åpen og aksepterende holdning, for å sikre at pasienten får en følelse av at hun/han kan være åpen (Hummelvoll, 2012, s.435).

Sykepleieren må forsøke å bli kjent med pasientens tanker, følelser og atferdsmønster for å identifisere behov og utfordringer. I arbeidsfasen jobber sykepleier og pasient med å se på faktorer som utløser problemer, samt jobber med pasientens selvinnsikt (Hummelvoll, 2012, s.436). Selvinnsikt handler om:

- Større innsikt i egne problemer og hvordan disse har påvirket atferd/selvoppfatning
- Forståelse av egne muligheter og ressurser

- Hvordan har tidligere problemløsning fungert?
- Hvordan ønsker pasienten at livet skal være?

Avslutningsfasen består av å kartlegge hvilke mål som er oppnådd og sette søkelys på det positive som skjedde i løpet av behandlingen (Hummelvoll, 2012, s.436). Ifølge Hummelvoll (2012, s.38) består sykepleier-pasient fellesskapet av 9 hjørnesteiner. Relevante temaer nevnes i korthet nedenfor.

**Likeverdighet:** Sykepleieren må være åpen for pasientens forestillingsverden og opplevelse av situasjonen (Hummelvoll, 2012, s.40). For å oppnå likeverdighet må man jobbe for å oppnå gjensidig respekt for hverandres integritet. Man skal ikke avskrive menneskets betydning grunnet lidelse. **Nærværenhet:** For å nå inn til pasienten må man lytte, og dette gjør man ved å være aktivt tilstede og konsentrere seg om her-og-nå situasjonen (Hummelvoll, 2012, s.40). Det er viktig å vise interesse for å forstå den andre.

**Ansvar og valg:** Sykepleieren må hjelpe pasienten til å bli klar over sine valgmuligheter. Det å ta valg fremmer selvstendighet. I fellesskap jobber man med å finne ut hvordan problemer har oppstått, slik at pasienten kan lære seg å ta valg basert på den nye innsikten (Hummelvoll, 2012, s.41). **Åpenhet og innsikt:** Det er lettere for pasienten å være åpen dersom sykepleieren er åpen, dvs. innrømme svakheter, frykt og usikkerhet. I sykepleie handler innsikt om at man har et helhetsperspektiv hvor man forsøker å oppnå forståelse, innsikt om egne problemer, ressurser og muligheter (Hummelvoll, 2012, s.42).

**Konformitet versus opprør:** Pasientens opprør kan være et tegn på økt ansvarlighet og selvrespekt, og kan dermed være et uttrykk for helse (Hummelvoll, 2012, s.42). **Håp:** For å komme seg gjennom lidelse er det nødvendig med håp. For å bli enig om sykepleiens mål, er det nødvendig å finne ut hva som er pasientens håp og ønsker. Sykepleieren sin oppgave er å hjelpe pasienten med å formulere et realistisk håp.

### 2.3.2 Travelbee: Menneske-til-menneske-forholdet

Travelbee (2001, s.214) hevder at mennesket er en helhet og at både fysiske og psykiske behov henger sammen. Travelbee (2001, s.54) ser på mennesker som unike og uerstattelige, og ser på begrepet «pasient» som en stereotyp og kategori. Ifølge Travelbee (2001, s.171) er



det mer hensiktsmessig å omtale sykepleier-pasient fellesskapet som et menneske-til-menneske-forhold, fordi en pasient og en sykepleier ikke når helt inn til hverandre. Kontakten oppstår når et individ opplever den andre som et menneske. For å oppfylle sykepleierens mål og hensikt som er å «hjelp et individ (eller en familie) med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og ved å finne mening i disse erfaringene», brukes menneske-til-menneske-forholdet som et virkemiddel (Travelbee, 2001, s.171).

Ifølge Travelbee (2001, s.41) er et menneske-til-menneske-forhold en eller flere opplevelser/erfaringer som deles av sykepleieren og den syke. For å ivareta den sykes behov, må sykepleieren bruke seg selv terapeutisk, noe som innebærer å ha selvinnikt, forstå hvordan egen atferd påvirker andre, samt å bruke personlighet og kunnskap bevisst for å hjelpe den syke (Travelbee, 2001, s.44).

Ifølge Travelbee (2001, s.184) er det både likheter og ulikheter mellom et vennskapsforhold og et menneske-til-menneske-forhold. Ulikhetene er at sykepleieren er forpliktet til å hjelpe (i motsetning til vennen) og at sykepleieren ikke velger pasienten, og pasienten velger ikke sykepleieren. En likhet er at man liker hverandre, da Travelbee (2001, s.185) mener at det ikke er mulig å etablere et menneske-til-menneske-forhold med noen man misliker. Menneske-til-menneske-forholdet kan oppstå når sykepleier og pasient har gjennomgått fem faser (Travelbee, 2001, s.172). Fasene blir beskrevet nedenfor.

**1) Det innledende møtet:** Første gang sykepleieren og pasienten møter hverandre ser pasienten på sykepleieren som «en sykepleier» og sykepleieren ser på pasienten som «en pasient» (Travelbee, 2001, s.186). Begge parter har stereotype oppfatninger om hvordan den andre er. Ifølge Travelbee (2001, s.65) har ofte nyutdannede sykepleiere evnen til å se mennesket i hver enkelt pasient, men denne evnen kan forsvinne. Sykepleierens oppgave er å endre oppfatningene hun/han har om hvordan pasienten er, for å kunne se mennesket bak sykdommen (Travelbee, 2001, s.187). For å se andre mennesker og relatere seg til disse som unike individer, må rollen som sykepleier overskrides (Travelbee, 2001, s.64).

**2) Fremvekst av identiteter:** Sykepleieren og pasienten begynner å knytte seg til hverandre og se hverandre som individer (Travelbee, 2001, s.189). Sykepleieren blir bevisst på hvordan pasienten tenker, føler og oppfatter. Dersom sykepleieren ikke klarer å oppfatte pasienten

som et individ, vil det skape utfordringer i relasjonen. Sykepleierens oppgave er å bevisstgjøre seg på hvordan hun/han oppfatter pasienten, samt å identifisere likheter og forskjeller mellom dem for å kunne skape empati (Travelbee, 2001, s.192). Kvaliteten på sykepleien påvirkes av sykepleierens oppfatning av «pasienten» (Travelbee, 2001, s.62).

**3) Empatifasen:** Empati handler om å ta del i eller forstå den andres psykiske tilstand, og på den måten kunne forutse atferd og forstå hva som ligger bak en handling (Travelbee, 2001, s.193). Empati oppstår når man knytter seg til den andre og får en følelse av nærhet. Når man blir såret eller skuffet av noen man har kommet nær, er følelsen ofte dypere enn om man hadde et mer distansert forhold. Det kan derfor oppleves utfordrende både for sykepleieren og pasienten at det oppstår empati (Travelbee, 2001, s.194).

**4) Sympati og medfølelse:** Sympati og medfølelse er en forlengelse av empati, men i denne fasen ønsker sykepleieren å lindre plager og hun/han har et ønske om å hjelpe fordi hun/han er oppriktig engasjert i den andre (Travelbee, 2001, s.200). For å oppleve medlidenhet må sykepleieren ta del i den andres følelser. Sympati og medfølelse blir kommunisert verbalt eller non-verbalt. Dersom pasienten opplever fravær av sympati og medfølelse, kan det ha en psykisk innvirkning på pasienten som gjør at pasienten mister krefter til å kjempe imot sykdommen (Travelbee, 2001, s.201). Å ha medfølelse for en annen er en modig handling, fordi medfølelsen kan føre til smerte når sykepleieren ikke kan hjelpe (Travelbee, 2001, s.205). Noen sykepleiere forneker sine følelser for å unngå skuffelse, som resulterer i at hun/han trekker seg tilbake. Dette er uheldig både for sykepleieren og pasienten. Sykepleieren går glipp av meningsfylt kontakt med pasienten og tilfredstilelsen ved arbeidet og pasienten går glipp av støtten hun/han trenger for å mestre sykdommen (Travelbee, 2001, s.206).

Sykepleiere som er profesjonelle involverer seg, uten at det går utover hun/hans dyktighet (Travelbee, 2001, s.206). For å beskytte seg mot uheldige følelsesmessige relasjoner, må sykepleieren minne seg på hva hun/han tenker eller føler om pasienten, samt hva som er målet med behandlingen. Det er ikke mulig å gi pasienten konstruktiv hjelp uten at sykepleieren er personlig involvert. Ifølge Travelbee (2001, s.64) har en sykepleier aldri medfølelse, forståelse eller medlidenhet med en «pasient», men med et menneske. Sykepleierens oppgave er å omgjøre medfølelse til handlinger, noe som krever at

sykepleieren bruker seg selv terapeutisk (Travelbee, 2001, s.210). Et resultat av medfølelse og sympati er tillitt, og når pasienten opplever at hun/han kan stole på sykepleieren kan sykepleier og pasient oppnå et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001, s.209).

**5) Gjensidig forståelse og kontakt:** Et menneske-til-menneske-forhold skaper gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2001, s.211). Gjensidig forståelse og kontakt oppstår når de fire fasene ovenfor er gjennomført, og er en prosess der tanker, følelser og holdninger kommuniseres mellom partene. Erfaringene som sykepleieren og den syke har delt, er meningsfulle og betydningsfulle for begge. Gjensidig forståelse og kontakt oppnås når sykepleieren bevisst har hjulpet den syke med dens plager (Travelbee, 2001, s.212).

## 2.4 Autonomi versus makt

Ifølge Johannessen et al. (2007, s.33) bygger en relasjonsbasert omsorgsetikk på at mennesker sjelden er likestilte. Det asymmetriske i relasjonen vil være det normale i møtet mellom sykepleier og pasient. Det moralske kravet til sykepleieren må dermed skjerpes, fordi asymmetrien betyr at sykepleieren har mer makt enn pasienten, og at pasienten er mer avhengig og sårbar enn sykepleieren (Johannessen et al., 2007, s.33).

Ifølge Hummelvoll (2012, s.85) er det en grunnleggende norm innenfor helsetjenesten at sykepleie skal bygge på respekt for pasientens rett til autonomi og integritet. Imidlertid trekker pasienter med anoreksi seg ofte unna mennesker når kontakten blir for nær, muligens fordi nærheten truer autonomien (Hummelvoll, 2012, s.310).

Hovedregelen er at pasienter har rett til informasjon om behandling, og på bakgrunn av informasjonen kan pasienten ta et fritt valg om man ønsker behandling eller ikke (Hummelvoll, 2012, s.101). Imidlertid oppstår det situasjoner hvor pasienten ikke har evner/krefter til å benytte seg av retten til selvbestemmelse på grunn av fysiske eller psykiske hindringer (Hummelvoll, 2012, s.85). I akutsituasjoner, hvor helsepersonell har en plikt til å redde liv, må retten til selvbestemmelse vike (Hummelvoll, 2012, s.101). I slike situasjoner, snakker vi om at pasienten ikke er samtykkekompetent, noe som er gjeldende når pasienten er underlagt TPH.

# 3 Metode

## 3.1 Metode og fremgangsmåte

For å kunne besvare problemstillingen på best mulig måte har jeg valgt kvalitativ forskningsmetode. Johannessen et al. (2016, s.95) hevder at kvalitativ metode egner seg godt når man «ønsker å beskrive hvordan mennesker oppfatter verden og hvilke relasjoner som betyr noe for oss», eller når vi skal undersøke fenomener vi ikke har mye kunnskap om og som det er forsket lite på.

Jeg har skrevet en litterær oppgave, i tråd med skolens retningslinjer for bacheloroppgaven, basert på primærkilder i form av vitenskapelige forskningsartikler. Litterære oppgaver kan beskrives som en metode der man tar utgangspunkt i eksisterende forskningslitteratur for å besvare en problemstilling (Grønseth & Jerpseth, 2019, s.80).

## 3.2 Litteratursøket

Innledningsvis utførte jeg et usystematisk søk ved hjelp av databasene Oria og Google Scholar. Jeg benyttet søkeordene «spiseforstyrrelser» og «sykepleie», da dette var et overordnet tema jeg ønsket å utforske nærmere. Deretter definerte jeg en problemstilling og brukte Ordnett til å finne søkeord på engelsk, samt MeSH til å finne emneord som kan benyttes i databasene. Fagartikler og bøker fant jeg ved hjelp av skolebiblioteket. Det systematiske søket av forskningsartikler utførte jeg ved å søke i databaser som er aktuelle for sykepleie og medisin, herunder Medline og Cinahl. Jeg søkte også i databaser som PubMed, PsycINFO, SveMed+ og Sykepleien forskning, men fant ingen artikler i disse databasene som var av relevans.

Helsebiblioteket (2016) anbefaler bruk av emneord når man søker i databaser som Medline og Cinahl, samt en kombinasjon av emneord og søkeord når man ønsker å finne «alt» om et tema. Jeg har derfor brukt emneord og tekstord. For detaljert beskrivelse av emneord/tekstord og bruk av AND/OR, se vedlegg 2. Jeg benyttet PICO skjema (med liten o) for å definere emneord og søkeord, da denne egner seg best til problemstillinger innenfor

kvalitativ forskning (Helsebiblioteket, 2016). For detaljert beskrivelse av antall treff per søkeord i databasene, se vedlegg 1.

Tabell 1: PICO

	PICO	Søkeord: Emneord	Søkeord: Tekstord
P: Population/ problem	Patients with <b><i>eating disorders</i></b>	Eating disorders, Anorexia nervosa	Eating disorders, Anorexia, Anorexia nervosa
I: Interest	Nurses' <b><i>interpersonal engagement</i></b> when working with eating disorders	Nursing role, Nurses	Nursing role, Nurses, Nurses' authority
Co: Context	<b><i>Therapeutic alliance</i></b> between nurses and patients in hospital	Therapeutic alliance, Interpersonal Relations	Therapeutic alliance, Interpersonal engagement

Jeg reduserte datamengden ved hjelp av et Prisma flow diagram (vedlegg 3) basert på eksklusjonskriterier. Av 132 artikler ble 52 artikler ekskludert grunnet årstall. Ytterligere 9 artikler ble ekskludert grunnet språkkravet. Etter ekskludering av 16 artikler grunnet kravet om fagfelleverdert forskning satt jeg igjen med 55 artikler. Ytterligere 44 artikler ble ekskludert etter gjennomlesning av sammendrag og relevans for problemstillingen, hvor jeg fjernet artikler som ikke omhandlet anoreksi, sykepleiers rolle, den terapeutiske alliansen mellom sykepleier og pasient, samt pasienter mellom 18-45 år. Etter fjerning av duplikater satt jeg igjen med 4 artikler. For utfyllende oversikt over antall inkluderte og ekskluderte artikler se vedlegg 4.

### 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

- Artikler utgitt mellom år 2010-2020
- Skandinavisk eller engelsk språk
- Fagfelleverderte forskningsartikler
- Anoreksi

- Sykepleiers erfaringer/rolle ved bruk av den terapeutiske alliansen/mellommenneskelig engasjement i arbeid med anoreksi
- Pasienter mellom 18-45 år

Eksklusjonskriterier:

- Forskningsartikler eldre enn 10 år
- Andre språk enn skandinavisk og engelsk
- Artikler som ikke er fagfellevurdert
- Andre type spiseforstyrrelser enn anoreksi
- Artikler som ikke omhandler sykepleiers rolle eller den terapeutiske alliansen mellom sykepleier og pasient
- Artikler som omhandler barn eller eldre

### **3.4 Metode- og kildekritikk**

Forskningsartiklene jeg har funnet har brukt kvalitativ forskningsmetode eller en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode. I kvalitativ forskning er forskeren et instrument, og metoder som intervju vil derfor preges av forskerens personlighet. Det er derfor viktig å tenke over hvordan forskeren kan ha påvirket resultatene i forskningen (Dalland, 2020, s.57), noe jeg har vært bevisst på under arbeidet med artiklene.

Tre av forskningsartiklene er skrevet av de samme forskerne, men jeg har valgt å inkludere disse da de er relevante for å besvare problemstillingen og oppfyller kravene til Helsebiblioteket sine sjekklister for kvalitativ forskning. Med tanke på forskerne sin bakgrunn og kvaliteten på forskningsartiklene, anser jeg resultatene som relevante og pålitelige. Selv om kvalitativ forskning ikke har til hensikt å generalisere funnene (Johannessen et al., 2016, s.28), er det viktig å ha i bakhodet at forskningen er gjennomført i Australia og New Zealand, og at det er usikkert om forskningen kan overføres til norske forhold.

Som nevnt i avgrensningen, fokuserer jeg på voksne pasienter. En av studiene har imidlertid fokusert på tenåringer med anoreksi. Jeg har likevel valgt å inkludere studien til Zugai et al. (2019), da jeg har erfart at en stor andel av pasientene som er innlagt på voksenavdeling er mellom 18-20 år. En annen svakhet ved oppgaven er at jeg satt igjen med svært få artikler

etter å ha redusert datamengden. Dette kan tyde på at temaet er lite forsket på, at søkeordene var for begrenset eller at eksklusjonskriteriene var for strenge. Likevel oppfyller jeg kravene til skolen om antall artikler og har funnet artikler som besvarer problemstillingen på en tilfredsstillende måte.

Forskningsartiklene jeg har funnet er skrevet på engelsk. Da norsk er mitt morsmål, kan oversettingen til norsk ha ført til at ord blir feiltolket og at meningen med teksten endrer sin karakter. Jeg har likevel vært bevisst på dette når jeg har oversatt teksten, og brukt god tid på å forsikre meg om at jeg har oversatt viktige begreper og faguttrykk på en korrekt måte.

Når jeg har vurdert om forskningsartiklene er fagfellevurdert har jeg hatt et spesielt fokus på etikk, da to av studiene har intervjuet pasienter med anoreksi. Pasienter er i en sårbar situasjon, og det er derfor avgjørende at forskerne har hatt et bevisst forhold til etikk. Jeg har også vært bevisst mine egne erfaringer og ubevisste fordommer når jeg har jobbet med temaet spiseforstyrrelser. Jeg har lett etter utsagn eller fakta i forskningen som kan avkrefte mine forutinntatte meninger om teamet, noe Dalland (2020, s.60) anbefaler. Når jeg bruker egne erfaringer i drøftingen har jeg anonymisert pasientene/sykepleierne eller avdelingen jeg refererer til.

## 4 Funn

For å identifisere fellestrekk på tvers av studiene og se etter sammenhenger, utformet jeg en litteraturmatrise. Ved hjelp av en enkel analyse basert på en gjennomgang av studiene identifiserte jeg hovedtemaer og undertemaer for å besvare problemstillingen. Det første temaet er den terapeutiske alliansens betydning for tilfriskning, hvor jeg ser nærmere på viktigheten av tillit og trygghet, det å skille pasienten fra sykdommen og opprettholdelse av avdelingens rammer. Det andre temaet omhandler utfordringer ved å etablere en terapeutisk allianse, hvor jeg ser nærmere på rolleforståelse, ambivalens og mistillit. Oppsummeringen i matrisen er ment for å tydeliggjøre hvordan jeg har jobbet meg frem til å utforme de ulike temaene i drøftingen.

### 4.1 Litteraturmatrise

Tabell 2: Litteraturmatrise

Litteraturmatrise			
Forfatter, tittel og tidsskrift	Metode og utvalg	Hensikt og resultater	Kvalitetsvurdering og oppsummering
Zugai, J. S., Parbury, J-S. & Roche, M. (2019)  <i>Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative study of nursing perspectives</i>  International Journal of Mental Health Nursing	<b>Metode:</b> Kvalitativ metode. Semi-strukturerte intervjuer. <b>Utvalg:</b> Intervjuer av 10 sykepleiere fra to ulike sykehus i Sydney, Australia.	<b>Hensikt:</b> Utforske sykepleieres rolle i arbeid med ungdom som blir behandlet for anoreksi.  <b>Resultater:</b> Anoreksiens patofysiologi førte til at sykepleierne opplevde det som vanskelig å utøve sin autoritet i forbindelse med vektøkning, da autoriteten ble utfordret eller undergravet av pasientene. Sykepleierne møtte mye motstand fra pasientene som ikke ønsket behandling, og dette resulterte i et utfordrende samspill mellom sykepleier og pasient. Unge sykepleiere oppga at det var spesielt vanskelig å utøve den profesjonelle rollen, da de ofte fikk et vennskapelig forhold til pasientene.	<b>Styrker:</b> - Studien er godkjent av forskningsetiske komiteer. - Studien demonstrerer viktigheten av opplæring av unge, uerfarne sykepleiere med tanke på rolleforståelse. <b>Svakheter:</b> - Studien er begrenset av et relativt lite og heterogent utvalg. - Studien fokuserte på ungdom med anoreksi, som kan ha betydning for motstanden sykepleierne opplevde, snarere enn anoreksi som sykdom. <b>Oppsummering:</b> Sykepleierne opplevde at sin autoritet ble undergravet, noe som gjorde det vanskelig å bistå med vektøkning. De unge sykepleierne hadde problemer med å opprettholde en profesjonell rolle i arbeid med pasienter som er nærme i alder, og ble oftere venn med pasientene.



<p>Zugai, J. S., Parbury, J-S. &amp; Roche, M. (2017)</p> <p><i>Therapeutic alliance, anorexia nervosa and the inpatient setting: A mixed methods study</i></p> <p>Journal of Advanced Nursing (JAN)</p>	<p><b>Metode:</b> Kvalitativ og kvantitativ metode. Spørreundersøkelse og semi-strukturerte intervjuer. <b>Utvalg:</b> Sykepleiere og pasienter ble rekruttert fra seks avdelinger, på fem sykehus i Sydney (Australia). Fase 1: kvantitativ del med spørreundersøkelse av 63 sykepleiere og 65 pasienter som målte styrken i den terapeutiske alliansen. Fase 2: kvalitativ del med intervjuer av 20 sykepleiere og 34 pasienter som fokuserte på den terapeutiske alliansen mellom sykepleiere og pasienter.</p>	<p><b>Hensikt:</b> Forstå sammenhengen mellom behandlingen av anoreksi på en døgnavdeling og implikasjonene anoreksien har for den terapeutiske alliansen mellom sykepleiere og pasienter.</p> <p><b>Resultater:</b> Anoreksi har destruktive implikasjoner for kvaliteten på den terapeutiske alliansen. Enkelte sykepleiere opplever å bli utsatt for manipulasjon og mistillit av pasientene. Sykepleieres nærhet til pasientene på en døgnavdeling og mellommenneskelig kapasitet er avgjørende for utfallet av behandlingen. Sykepleieres evne til å utvikle terapeutiske allianser er delvis avhengig av en støttende avdelingsorganisasjon og tilstrekkelige ressurser for å tillate meningsfylte interaksjoner med pasienter med anoreksi.</p>	<p><b>Styrker:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etikk var høyt prioritert og ble diskutert. Etisk godkjenning ble innhentet fra en ledende menneskelig forskningsetisk komité (HREC).</li> <li>- Validitet og reliabilitet blir diskutert og fremstår som troverdig.</li> </ul> <p><b>Svakheter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Med unntak av EDE-Q, har ikke instrumentene som brukes i denne studien tidligere blitt brukt i forskning av den samme populasjonen.</li> </ul> <p><b>Oppsummering:</b> Anoreksi utfordrer den terapeutiske alliansen og stiller krav til sykepleierens evne til å utvikle terapeutiske allianser. Pasientens mistillit til sykepleierne utfordrer den terapeutiske alliansen.</p>
<p>Zugai, J. S., Parbury, J-S. &amp; Roche, M. (2018)</p> <p><i>The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study</i></p> <p>Journal of Clinical Nursing (JCN)</p>	<p><b>Metode:</b> Kvalitativ og kvantitativ metode. Spørreundersøkelse og semi-strukturerte intervjuer. <b>Utvalg:</b> Fase 1: kvantitativ del bestående av spørreundersøkelser av 128 pasienter og sykepleiere fra Sydney (Australia) som målte den opplevde graden av den terapeutiske alliansen. Fase 2: kvalitativ del bestående av semi-strukturerte intervjuer av 54 pasienter og sykepleiere som fokuserte på det terapeutiske forholdet mellom sykepleiere og pasienter, med spesifikk utforskning av resultatene fra første fase.</p>	<p><b>Hensikt:</b> Utvikle en større forståelse for den terapeutiske alliansen mellom sykepleiere og pasienter med anoreksi.</p> <p><b>Resultater:</b> Den terapeutiske alliansen innebar mellommenneskelig engasjement og en balansert bruk av autoritet. Sykepleiere i studien skiller mellom pasientene som individ og sykdommen. Sykepleiere utviklet en terapeutisk alliansen ved å overholde avdelingens rammer, gjøre individualiserte tilpasninger, og ved å opprettholde faglige grenser. Den terapeutiske alliansen er avhengig av sykepleierens evne til å opprettholde sin profesjonelle rolle, samtidig som de viser sin pålitelighet. Tillitt til sykepleierne var viktig for pasientene for å jobbe med endringsprosessen.</p>	<p><b>Styrker:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etikk var høyt prioritert og studien fulgte National Statement on Ethical Conduct in Human Research og Helsinki-erklæringen.</li> <li>- Funnene er overførbare til andre sykepleiere og pasienter.</li> </ul> <p><b>Svakheter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utvalget av respondenter var heterogent med hensyn til alder, alvorlighetsgrad av sykdom og kontekst. Variasjonen i utvalget reduserer overføringen til en bestemt setting eller pasientgruppe.</li> <li>- Mannlig intervjuer kan ha påvirket svarene til respondentene som var kvinner.</li> </ul> <p><b>Oppsummering:</b> Den terapeutiske alliansen innebar mellommenneskelig engasjement og en balansert bruk av autoritet. Viktig å skille mellom pasientene som individ og sykdommen. Opprettholdelse av avdelingens rammer, individualiserte forventninger, og faglige grenser var viktig i utviklingen av den terapeutiske alliansen. Tillitt til sykepleieren var viktig for pasientene for å få til endring.</p>

<p>Snell, L., Crowe, M. &amp; Jordan, J. (2010)</p> <p><i>Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit</i></p> <p>Journal of Clinical Nursing (JCN)</p>	<p><b>Metode:</b> Kvalitativ metode. Grounded theory og intervjuer.</p> <p><b>Utvalg:</b> Intervjuer av 7 sykepleiere på en spesialavdeling for spiseforstyrrelser i New Zealand. Basert på kodingen av de første intervjuene, ble det gjennomført en runde to med intervjuer.</p>	<p><b>Hensikt:</b></p> <p>Undersøke og teoretisere sykepleiernes erfaringer med å utvikle et terapeutisk forhold til pasienter innlagt på en spesialisert avdeling for spiseforstyrrelser.</p> <p><b>Resultater:</b></p> <p>Sykepleiere var ansvarlig for å utvikle den terapeutiske alliansen, forhandle om den terapeutiske alliansen og koordinere informasjonsflyten mellom pasientene og teamet. Sykepleierne spiller en sentral rolle i behandlingen av pasienter med anoreksi. Pasientens ambivalens til behandling og tilfriskning skaper utfordringer for sykepleierne.</p>	<p><b>Styrker:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Metod delen er detaljert og oversiktlig.</li> <li>- Studien gir ny kunnskap om de komplekse oppgavene som sykepleiere utfører på vegne av behandlingsteamet, og setter søkelys på sykepleiers nøkkelrolle i behandlingen av anoreksi.</li> </ul> <p><b>Svakheter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Studien fikk etisk godkjenning gjennom universitetet av Otagos etiske komité og godkjenning fra sykehuset, men nevner lite om etikk utover dette.</li> <li>- Utvalget er lite.</li> <li>- Begrensninger for studien er ikke adressert.</li> </ul> <p><b>Oppsummering:</b></p> <p>Sykepleiere var ansvarlig for utviklingen av den terapeutiske alliansen, forhandlet om den terapeutiske alliansen og koordinere informasjonsflyten mellom pasienten og teamet. Pasientenes ambivalens utfordrer den terapeutiske alliansen.</p>
---	--	--	---

# 5 Drøfting

## 5.1 Den terapeutiske alliansens betydning for tilfriskning

Sykepleiere spiller en nøkkelrolle i behandlingen av pasienter med anoreksi da de fokuserer på målet om vektøkning samtidig som de forsøker å etablere en terapeutisk allianse (Zugai et al., 2017, s.444). Min erfaring er at sykepleiere som har en god relasjon til pasientene, får til store endringer. Jeg har også snakket med pasienter som forteller at de ikke hadde klart å motivere seg til å stå i behandling om de ikke hadde fått en god relasjon til sykepleieren. Det kan dermed se ut til at en god relasjon til sykepleieren er avgjørende for å gjennomføre behandlingen og dermed bidra til tilfriskning.

En av sykepleierne i studien til Zugai et al. (2018, s.419) beskrev at det er viktig å vise at man har et ønske om å være en del av pasientens tilfriskning og vise pasienten at man har tro på at de skal få til en tilfriskning. Funnene er i tråd med det Travelbee (2001, s.200) skriver om at sykepleieren må vise pasienten at hun/han ønsker å hjelpe fordi hun/han er oppriktig engasjert i pasienten. Det å uttrykke til pasienten at man har tro på tilfriskning, bekreftes også av studien til Snell et al. (2010, s.353), som fant at sykepleierne er bærere av håp. Ifølge Hummelvoll (2012, s.42) er det avgjørende med håp for å komme seg gjennom lidelse, og det å hjelpe pasienten til å formulere et realistisk håp, er derfor en av hjørnesteinene i sykepleier-pasient fellesskapet.

### 5.1.1 Tillitt og trygghet som et grunnleggende aspekt av alliansen

En terapeutisk allianse bidrar til tillitt og trygghet mellom sykepleier og pasient, noe som er vesentlig for å jobbe med tilfriskning (Skårderud et al., 2020, s.39). Studiene bekrefter at flere av pasientene kunne stole på sykepleierne på avdelingen (Zugai et al., 2017; Zugai et al., 2018; Snell et al., 2010). Zugai et al. (2018, s.423) hevder at tillit kan ses på som et grunnleggende aspekt av alliansen. Et resultat av alliansen var at pasientene følte seg trygge og opplevde det som trøstende når sykepleierne viste at de brydde seg om dem og var tilgjengelig dersom angsten skulle ta overhånd (Zugai et al., 2018, s.422). Pasienter med anoreksi har ofte mye angst relatert til mat og vektoppgang (Skårderud, 2016, s.14), og det å ha tillitt til sykepleierne er derfor viktig for å føle seg trygg.

Ifølge Travelbee (2001, s.215) etableres trygghet etter at tillitt har oppstått, og er derfor «et trinn videre». Ifølge Skårderud et al. (2020, s.39) henger en effektiv terapeutisk relasjon og trygg tilknytning sammen. Når en pasient opplever en relasjon som trygg, skaper det muligheter til å utforske tanker, følelser, ønsker, behov og drømmer (Skårderud et al., 2020, s.39). For å bidra til tilfriskning hos pasienter med anoreksi gjennom bruk av den terapeutiske alliansen, bør sykepleier tilstrebe å skape en relasjon bestående av tillitt. For å skape tillitt kan sykepleieren vise interesse og nysgjerrighet, bruke øyekontakt, mimikk, kroppsspråk og stemme (Skårderud et al., 2020, s.45).

Ifølge Travelbee (2001, s.209) er tillitt et resultat av medfølelse og sympati. Medfølelse og sympati oppstår når sykepleieren viser pasienten at hun/han ønsker å lindre plager eller hjelpe fordi hun/han er oppriktig engasjert (Travelbee, 2001, s.200). Når pasienten opplever at hun/han kan stole på sykepleieren kan sykepleier og pasient oppnå et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001, s.209). Ifølge Travelbee er et menneske-til-menneske-forhold et mer likestilt forhold enn sykepleier-pasient fellesskap, fordi et menneske-til-menneske-forhold betyr at de involverte partene er investert i hverandre.

For å oppleve medlidenhet må sykepleieren ta del i den andres følelser (Travelbee, 2001, s.200). For å formidle medfølelse, må sykepleieren omgjøre medfølelse til handlinger, noe som krever at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk (Travelbee, 2001, s.210). Et eksempel på å bruke seg selv seg terapeutisk finner vi i studien til Zugai et al. (2018, s.419).

Sykepleieren påtok seg en rolle som kan minne om en «mor» eller «søster». Denne rolleadapsjonen innebar at sykepleierne utstrålte varme og tok vare på pasientene på en slik måte at pasientene opplevde at de var del av en familie, noe som hjalp pasientene å takle utfordringene de møtte i løpet av sykehusoppholdet, og skapte trivsel for pasientene. Zugai et al. (2017, s.449) bekrefter også at sykepleierne hjalp pasientene å føle seg følelsesmessig trygge, og normaliserte miljøet på sykehuset slik at pasientene følte seg «hjemme». For å gjenforene forholdet til sykepleieren, var det flere pasienter i studien til til Zugai et al. (2018, s.419) som ønsket å delta aktivt i behandlingen, herunder jobbe med vektøkning. Pasientene ønsket å «gi noe tilbake» til sykepleierne ved å samarbeide om behandlingen.

Dette er i tråd med mine erfaringer fra jobb og praksis. Jeg har hørt pasienter si: «Jeg hadde ikke klart å fullførte måltidet i dag hvis det ikke var du som var min dagskontakt» eller «Jeg hadde lyst til å kaste opp etter måltidet, men jeg ville ikke skuffe primærsykepleieren min fordi vi har laget en avtale om at jeg ikke skal kaste opp». Dette kan vitne om at pasientene klarer å stå i vanskelige følelser, og bryte ut av gamle mestringsstrategier, når de har tillitt til sykepleieren.

Travelbee (2001, s.171) hevder at sykepleierens mål er å hjelpe et individ med å mestre sykdom/lidelse ved å finne mening i erfaringene. Det at pasientene i studien til Zugai et al. (2018, s.419) opplevde meningsfulle forhold til sykepleierne og følte at de var en del av en familie, kan anses som å finne mening i erfaringene ved sykehusoppholdet. Pasientene følte at sykepleierne var glad i dem og at sykepleierne hadde gjort et varig inntrykk på dem.

Sykepleiere som jobber med pasienter med anoreksi, møter en utfordring ved at de skal hjelpe en person som sannsynligvis ikke deler et felles begrep om velvære (Zugai et al., 2019, s.941). Imidlertid fant Zugai et al. (2018, s.423) at pasienter som stolte på sykepleieren, investerte i den terapeutiske alliansen og omfavnet et nytt konsept av velvære. Videre fant Zugai et al. (2018, s.419) at den terapeutiske alliansen mellom sykepleier og pasient førte til at pasientene kunne stole på at sykepleierne ønsket å hjelpe pasientene opp i vekt fordi det var en viktig del av behandlingen. Personer med en spiseforstyrrelse er overopptatt av kropp, vekt og utseende som resulterer i en atferd som er skadelig for helsen (Skårderud et al., 2020, s.30). Det kan tenkes at pasientene i studien til Zugai et al. (2018, s.419) som omfavnet et nytt konsept av velvære, kan ha blitt nysgjerrige på å utforske eget sinn, noe som er selve målet i MBT-ED (Skårderud et al., 2020, s.41). Fordi anoreksi kan utvikle seg til å bli en livstruende sykdom, er symptomreduksjon en viktig del av behandlingen, og et mål i MBT-ED.

Øverås (2018, s.51) skriver at tilfriskning både inneholder fysiologiske endringer og psykologiske endringer. Skårderud et al. (2020, s.45) bekrefter at tillitt er avgjørende for å skape endring, noe som er vesentlig når man skal jobbe med å endre atferd som er helseskadelig. Funnene tyder på at etablering av tillitt og trygghet i seg selv kan ha en positiv effekt på tilfriskning, da en viktig del av behandlingen er å redusere symptomer, noe som vil

være mulig dersom pasienten tør å utforske sitt indre liv og finne nye mestringsstrategier sammen med sykepleieren.

### **5.1.2 Mennesket bak sykdommen**

Zugai et al. (2018, s.422) fant at separasjon fra sykdommen og eksternalisering var viktig for tilfriskningen. Eksternalisering hjelper oss å skille pasienten fra anoreksien (Thorsteinsson & Hage, 2020, s.105-106). Verktøyet kan minne oss på at pasienten ikke er vanskelig, men at pasienten har det vanskelig på grunn av sykdommen. Når pasientene kjente igjen anoreksien sin «stemme» og klarte å skille stemmen fra hvem de er som person, var de mer motivert til behandling (Zugai et al., 2018, s.420).

Ifølge Zugai et al. (2018, s.420) opprettholdt sykepleiere og pasientene klare skiller mellom pasienten og anoreksi som sykdom. Sykepleiere gjorde en bevisst innsats for å se pasienten som en person som trenger hjelp og forsto at anoreksi var en overbevisende psykisk lidelse. Sykepleierne bekreftet overfor pasientene at spiseforstyrrelsen ikke er en personlig definerende karakteristikk, men at pasienten er en unik person med mangfoldig behov (Zugai et al., 2018, s.422). Det at sykepleierne i studien til Zugai et al. (2018, s.420) klarer å skille pasienten fra sykdommen, er i tråd med det Travelbee (2001, s.189) beskriver som fremvekst av identiteter. Sykepleierne i studien ser ikke på pasientene som «pasienter», men mennesker. For å kunne se mennesket bak sykdommen, mener Travelbee (2001, s.187) at sykepleierens oppgave er å endre oppfatningene hun/han har om hvordan pasienten er.

Ifølge Travelbee (2001, s.193) omhandler empati det å kunne forutse atferd og forstå hva som ligger bak en handling. Et eksempel på å forstå hva som ligger bak en handling finner vi i studien til Zugai et al. (2018, s.421). En sykepleier fortalte at når hun observerer spiseforstyrret atferd, prøver hun å finne ut sammen med pasienten hvordan hun kan hjelpe pasienten til å ha en atferd som er mer hjelpsom. Hummelvoll (2012, s.436) hevder at en av sykepleierens oppgaver er å hjelpe pasienten til å identifisere faktorer som utløser problemer, noe som vil være med på å fremme pasientens selvinnsikt. Ved å hjelpe pasienten til å få innsikt i hvordan problemene har påvirket atferd/selvoppfatning og hvordan tidligere problemløsning har fungert, bidrar sykepleieren til å fremme pasientens selvinnsikt, noe som er viktig for tilfriskningen.

Personer med anoreksi skårer lavere enn normalbefolkningen på mentalisering (Skårderud et al., 2020, s.52) og har problemer med å tolke og uttrykke følelser. Dersom personen føler seg stor, opplever personen at hun/han er stor. For å stimulere til nysgjerrighet og refleksjon hos pasientene, må sykepleiere være ekte, nysgjerrige og interesserte (Skårderud et al., 2020, s.42). Sykepleieren oppfordres til å være transparent og åpen, gjennom å dele tanker, følelser og snakke åpent om seg selv og pasienten (Skårderud et al., 2020, s.43; Hummelvoll, 2012, s.42). Funnene til Zugai et al. (2018) viser dermed viktigheten av en mentaliserende holdning fra sykepleieren, hvor hun/han er nysgjerrig på pasientens tanker, følelser og handlinger, uten å være dømmende eller forutinntatt.

Zugai et al. (2018, s.419) fant også at sykepleierne som forsto anoreksi som sykdom, var i stand til å gi omsorg og hjelpe pasientene med utfordrende aktiviteter og forventninger fra personalet. Sykepleiere som forsto hvordan anoreksi påvirker pasienten, klarte å håndtere sin indre frustrasjon (Zugai et al., 2018, s.421). Ut ifra funnene til Zugai et al. (2018) kan det se ut som at det å forstå anoreksi som sykdom, og å klare å skille pasienten fra sykdommen, har en positiv virkning både på pasienten og sykepleieren.

### **5.1.3 Opprettholdelse av avdelingens rammer**

Zugai et al. (2019, s.941) fant at døgnsomsorg for mennesker med anoreksi innebærer en balanse mellom mellommenneskelig omsorg og autoritet. Autoritet innebærer et asymmetrisk forhold, hvor sykepleieren har mer makt enn pasienten (Johannessen et al., 2007, s.33). Ifølge Zugai et al. (2019, s.941) omhandlet autoriteten det å utføre tilsyn og instruere pasientene med tanke på kostholdslistene og aktivitet.

Flere studier fant at pasientene reagerte negativt på sykepleierens bruk av autoritet (Zugai et al., 2018, s.421; Zugai et al., 2019, s.943). Sykepleiere som ikke var så opptatt av å utvikle en terapeutisk allianse og heller brukte autoritet, ble beskrevet som fjerne, maktutdøvende eller ufølsomme (Zugai et al., 2018, s.421). Zugai et al. (2017, s.450) fant at pasienter som ikke hadde tillitt til sykepleierens hensikter opplevde behandlingen som en form for straff og så på sykepleierne som fengselsvoktere. Beskrivelsen av sykepleiere som fengselsvoktere er et tilbakevendende tema i studier av spiseforstyrrelser. Det å opptre med en tilnærming av autoritet og kontroll var utmattende for sykepleiere, og opplevdes lite tilfredsstillende (Zugai

et al., 2017, s.450). Denne tilnærmingen vil kunne svekke muligheten for en terapeutisk allianse.

Beskrivelsen av sykepleiere som fengselsvoktere som straffer pasientene er det motsatte av det vi ønsker å oppnå når vi jobber med mennesker med anoreksi, nemlig en terapeutisk allianse bestående av autonomi og brukermedvirkning. Både på jobb og i praksis har jeg observert at sykepleiere bruker autoritet i varierende grad. Noen sykepleiere ser ut til å forholde seg til pasientene som at alle er like, og at pasientene derfor kan behandles på samme måte. Dette står i høy kontrast til det Travelbee (2001, s.189) skriver om å se «pasienten» som et menneske. Min erfaring tilsier at sykepleiere som har en stereotyp oppfatning av pasienter med anoreksi, inntar en mer autoritær rolle fordi deres oppfatning er at all spiseforstyrret atferd skal korrigeres og slås ned på. Min erfaring er at autoritære sykepleiere har større vanskeligheter med å utvikle en terapeutisk allianse.

Dette bekreftes av funnene til Zugai et al. (2018, s.421), hvor sykepleierne i studien mente at den beste tilnærmingen til pasienter med anoreksi ikke var avhengig av bruk av autoritet eller tvang. Den beste tilnærmingen var samarbeid, støtte og tålmodighet. Dette funnet støttes av teorien til Hummelvoll (2012, s.38) om sykepleier-pasient fellesskapet, som omtales som et arbeidsfellesskap som består av et samarbeid mellom sykepleier og pasient. I samsvar med annen forskning, verdsatte pasientene i studien til Zugai et al. (2018, s.422) oppmerksomme, empatiske, håpefulle, forståelsesfulle og ikke-dømmende, omsorgsfulle, tilgjengelige sykepleiere hvor autentiske og ærlige forhold kunne utvikles.

Imidlertid er det ikke alltid lett å få til et samarbeid, fordi pasienten ikke ønsker hjelp. I slike situasjoner er det viktig å huske på at pasienten må ønske å være med på endringen, og at sykepleieren må møte pasienten der han/hun er, være nysgjerrig og prøve å forstå deres livsverden. Dette støttes av Snell et al. (2010, s.354) som presiserer at behandlingen må foregå i pasientens tempo. Dette er i tråd med det Hummelvoll (2012, s.40) skriver om likeverdighet, og at sykepleieren må være åpen for pasientens forestillingsverden og opplevelse av situasjonen.

Til tross for at sykepleiers «autoritet» er negativt ladet ord i forbindelse med psykisk helsearbeid, kan jeg forstå at sykepleiers rolle som en «grensesetter» eller kan være mer



fremtredende i arbeid med anoreksi enn andre pasientgrupper. En viktig del av behandlingen er å redusere helseskadelige symptomer og gi pasientene trygge rammer. Dette bekreftes av funnet til Zugai et al. (2018, s.420) om at pasientene i studien verdsatte tydelige forventninger og forutsigbare rutiner.

Det var imidlertid noen sykepleiere i studien til Zugai et al. (2018, s.420) som hadde varierende forventninger til hvordan pasientene skulle overholde reglene på avdelingen. Usikkerheten rundt forventningene førte til at pasientene opplevde forvirring og angst. Når sykepleiere gjorde unntak eller endringer i regler, opplevde noen pasienter at spiseforstyrrelsen ble trigget til å forhandle og diskutere. Dette er i tråd med mine erfaringer. Man kan fort havne i en situasjon hvor ansatte i det ene øyeblikket blir «favorisert» av pasientene fordi de har gjort unntak ved måltidets struktur (eksempelvis gir pasienten 20 minutter på å fullføre næringsdrikk, istedenfor 15 minutter, eller tillater sugerør i matsalen), mens de i det andre øyeblikket blir beskyldt for å trigge spiseforstyrrelsen.

Ved å overholde et fast sett med regler, hjalp sykepleiere pasientene med angsten for å ta beslutninger som involverer mat og trening. Zugai et al. (2018, s.422) fant at en terapeutisk allianse innebar at sykepleierne opprettholdt forventninger som var konstante, samtidig som de var fleksible når det kom til individuelle tilpasninger hos pasienten. Dersom regler ble godt begrunnet, forklart tydelig og brukt rettferdig, ble de mottatt på en bedre måte av pasientene (Zugai et al., 2018, s.420). Når reglene ble forklart på en måte som pasientene forstod, var det mer sannsynlig at pasientene forsto sykepleierens faglige ansvar og opplevde anvendelsen av regler som terapeutisk ment. Disse funnene støttes av Hage (2020, s.194) som hevder at rammer og regler har en viktig plass i miljøterapi, og bidrar til å skape en forutsigbarhet og trygg behandling, samt til å ramme inn det relasjonelle arbeidet. Skårderud (2020, s.120) utyper videre at de ikke-forhandlingsbare rammene i hovedsak omhandler at pasienten må få i seg mer næring for å overleve.

I studien til Zugai et al. (2018, s.421) oppga pasientene at de opplevde korrigeringer som straffende når de ikke var godt begrunnet, noe som svekket den terapeutiske alliansen. Funnene støttes av Skårderud (2020, s.121) som hevder at behandlere som er for autoritære

når de presenterer de ikke-forhandlingsbare rammene kan motvirke behandlingen, ved at pasienten blir engstelig, protesterer eller oppfatter situasjonen som en «krig». Dersom det oppstår en diskusjon rundt rammer, er det mer hensiktsmessig å utforske perspektiver og forsøke å forstå hverandre.

Zugai et al. (2018, s.422) fant at sykepleiere hadde makten over pasientene fordi de var ansvarlige for å håndheve programmets regler; pasientene ble bevisst fratatt autonomi og beslutningstaking i forhold til vektøkning. Sykepleiere måtte overbevise pasientene om at maktforskjellen var til pasientenes beste og var drevet av omsorg og et mål om å hjelpe. Min erfaring er delvis i tråd med funnene til Zugai et al. (2018). Ifølge Hummelvoll (2012, s.85-101) er det en grunnleggende norm innenfor helsetjenesten at sykepleie skal bygge på respekt for pasientens rett til autonomi og integritet, men retten til autonomi må vike i tilfeller hvor det fare for liv og helse. Pasienter som underlagt TPH har ofte behov for hjelp for å få i seg nok næring, og noen ganger innebærer dette tvangsbruk. Dersom måltidet ikke inntas, tilbys næringsdrikk, og dersom denne ikke inntas må pasienten sonde-ernæres (dersom det foreligger et tvangsernæringsvedtak).

Pasientene har heller ikke autonomi med tanke på om/når de skal spise, hvor mye de skal spise, hvor lang tid de skal bruke, vektøkning per uke eller målvekt. Dette er eksempler på det Hage (2020, s.196) beskriver som «ikke-forhandlingsbaserte rammer». Disse rammene er tilstede for å skape gode premisser for behandlingen. Imidlertid ser man ofte at pasienter drikker seg opp eller holder igjen urin/avføring i forkant av veining for å oppnå en høyere vekt. Dersom dette pågår overtid innfører personalet overraskelesesvekt slik at pasienten ikke kan forberede seg før veilingen.

Imidlertid skiver Hage (2020, s.196) at selv om rammene er tydelige, så skal det være rom for individuelle tilpasninger. I studien til Zugai et al. (2018, s.423) gjorde sykepleiere noen tilpasninger av behandlingen for å møte pasientens individuelle behov, uten å inngå kompromisser om pasientens vektøkning. Ved å gjøre tilpasninger ble forholdet mellom sykepleiere og pasienter styrket og opplevelsen av vektøkning ble lettere å håndtere grunnet samarbeid og verdighet i behandlingen.

## 5.2 utfordringer med å etablere en allianse

Forskningen viser at det er utfordrende å etablere en terapeutisk allianse med pasienter med anoreksi (Zugai et al., 2017; Zugai et al., 2018; Zugai et al., 2019; Snell et al., 2010). Funnene støttes av Skårderud et al. (2020, s.40) og Hummelvoll (2012, s.263).

### 5.2.1 Rolleforståelse

Snell et al. (2010, s.355) fant at sykepleiere måtte skifte mellom roller for å få til en kommunikasjonsflyt. Sykepleieren er pasienten sin «talsmann», samtidig som sykepleieren er en del av et større behandlingsteam. Sykepleieren bringer informasjon fra pasienten til teamet, og visa versa. Snell et al. (2010, s.356) fant videre at det å være en samarbeidspartner med pasienten og budbringer av teambeslutninger førte til at sykepleieren måtte stå i en del motstand fra pasienten. Skiftningen av roller kunne svekke den terapeutiske alliansen, og stilte krav til at sykepleieren kunne kommunisere beslutninger til pasienten på en måte som pasienten forsto og aksepterte. Funnene støttes av Hage (2020, s.202) som skriver at det kan være utfordrende å balansere mellom ulike roller, for eksempel å være en trygg samtalepartner, og samtidig bestemme, implementere og kontrollere rammer som pasienten ikke aksepterer. Jeg har observert at eldre sykepleiere med mer erfaring er flinkere til å ta eierskap til teambeslutninger, og kommuniserer disse på en tydelig måte slik at pasienten ikke blir trigget til å forhandle. Dersom de samme beslutningene blir kommunisert av yngre og uerfarne sykepleiere har jeg observert at pasientene i større grad ønsker å diskutere beslutningene.

Flere av studiene bekrefter at unge sykepleiere hadde større utfordringer med å skille mellom rollen som venn og profesjonell (Zugai et al., 2018, s.422; Zugai et al., 2019, s.944). Vennskap mellom sykepleiere og pasienter førte til utfordringer og rollekonflikt for sykepleierne. Det at pasientene samhandlet med unge sykepleiere på en måte som lignet vennskap, førte til at sykepleiernes evne til å sette grenser ble utfordret (Zugai et al., 2019, s.944; Zugai et al., 2018, s.422). En sykepleier i studien til Zugai et al. (2019, s.944) fortalte at det var vanskeligere å implementere regler fordi pasientene ser mer på deg som en venn

enn som en sykepleier. Zugai et al. (2018, s.422) fant at noen pasienter forsøkte å danne et vennskap med de unge sykepleierne, ved å tilby dem ros, validering og aksept.

Noen av pasientene i studien til Zugai et al. (2019, s.945) viste frem spiseforstyrret innhold som de hadde lagt ut på sosiale medier til de unge sykepleierne, og forventet at sykepleierne ikke skulle si noe videre. Sykepleierne visste at slike interaksjoner var uprofesjonelt, og følte seg derfor ukomfortable da de ikke ville skuffe pasientene. Min erfaring er at yngre sykepleiere ofte har mer til felles med de yngre pasientene, og derfor kommer tettere på pasientene. Ifølge Travelbee (2001, s.65) har ofte nyutdannede sykepleiere evnen til å se mennesket i hver enkelt pasient i større grad enn de som har jobbet lenge. Dette kan være en av årsakene til at nyutdannede sykepleiere har utfordringer med å skille mellom den vennskapelige og den profesjonelle rollen. Dette er et tema jeg anbefaler at man reflekterer mer over i praksis. Et forslag er å ta opp temaet jevnlig i for eksempel faglige/etiske drøftinger.

Dersom en sykepleier får informasjon om at en pasient legger ut spiseforstyrret innhold på sosiale medier, bringes dette videre til pasientens team, slik at teamet kan finne ut hvordan de skal ta opp dette med pasienten. Imidlertid er pasientens deltagelse i lukkede miljøer på sosiale medier et gjennomgående problem, og min oppfatning er at spesialavdelinger for spiseforstyrrelser bør være tidlig ute med å adressere hvilken negativ effekt lukkede miljøer har på tilfriskningen. Dersom bruk av sosiale medier ikke diskuteres tidlig i behandlingen, kan man risikere at innholdet spres mellom pasientene, noe jeg har sett flere eksempler på.

Umiddelbart kan man tenke seg at det å bli venn med pasientene er uprofesjonelt, og selv om hensikten til sykepleieren er god, kan relasjonen by på utfordringer. Imidlertid hevder Travelbee (2001, s.64) at en sykepleier er nødt til å overskride rollen dersom hun/han skal kunne se andre mennesker og relatere seg til disse som unike individer. Travelbee utelukker ikke at et vennskapsforhold og et menneske-til-menneske-forhold er helt atskilt (Travelbee, 2001, s.184). Ifølge Travelbee (2001, s.185) er det en fordel at sykepleier og pasient liker hverandre, da hun mener det ikke er mulig å etablere et menneske-til-menneske-forhold med noen man misliker.

På den andre siden fant Zugai et al. (2018, s.422) at noen sykepleiere opprettholdt faglige grenser for å beskytte sin profesjonelle rolle som sykepleier. Ved å opprettholde passende grenser klarte sykepleiere å være bevisst på at personlige behov ikke skulle påvirke beslutninger og interaksjoner. Travelbee (2001, s.206) skriver at sykepleiere som er profesjonelle involverer seg, uten at det går utover hun/hans dyktighet. For å beskytte seg mot uheldige følelsesmessige relasjoner, må sykepleieren minne seg på hva hun/han tenker eller føler om pasienten, samt hva som er målet med behandlingen. Dette er i tråd med funnene til Zugai et al. (2018, s.422), der en sykepleier beskrev at du må minne deg selv på å være profesjonell og stille deg spørsmål ved det du sier til pasienten, og hvordan det du sier påvirker dem. Ifølge Travelbee (2001, s.206) er det ikke mulig å gi pasienten konstruktiv hjelp uten at sykepleieren er personlig involvert.

### **5.2.2 Ambivalens**

Zugai et al. (2018, s.417) og Snell et al. (2010, s.356) fant at sykepleierne opplever det som utfordrende å jobbe med pasienter som er ambivalente til behandling og tilfriskning. Zugai et al. (2018, s.417) fant at tillitt og samarbeid kan bli forstyrret av pasientens ambivalens, at pasienten anser anoreksi som en del av sin identitet og at tilbakefall er vanlig. Zugai et al. (2017, s.444) fant videre at det kan oppstå en konflikt mellom sykepleierens mål for behandlingen og pasientens ønsker, noe som vil påvirke den terapeutiske alliansen i en negativ retning.

Ifølge Skårderud (2013, s.28) og Hummelvoll (2012, s. 263) er sterk ambivalens et sentralt trekk i en spiseforstyrrelse. Min erfaring er at det tidvis oppstår uenighet mellom målet for behandlingen og pasientens ønsker. Dette handler ofte om ambivalens. Pasienten kan gå med på en behandlingsplan den ene uke uken, for så å være uenig i målene/tiltakene den neste uken. For å unngå for mye diskusjon, splitting av personalet og misforståelser, rådes pasientene til å ta opp sine forslag til endringer på det ukentlige behandlingsmøtet.

På grunn av ambivalensen og angsten pasientene møter når de skal opp i vekt, kan de ty til aktiviteter som motarbeider vektoppgang (Zugai et al., 2019, s.941). Sykepleiere møter derfor en utfordring ved at de tilbyr hjelp til pasienter som kanskje ikke ønsker hjelp. I studien til Snell et al. (2010, s.355) forklarte en sykepleier at noen pasienter viser motstand

mot å danne en relasjon fordi det betyr at pasienten må ta stilling til at de har en spiseforstyrrelse. Det å ta stilling til at man har en spiseforstyrrelse, kan bety at pasienten må erkjenne at hun/han har et problem som må løses.

Det finnes flere forhold ved spiseforstyrrelser som pasienter opplever som noe positivt, slik som å føle seg trygg, attraktiv, unngå menstruasjon og graviditet, økt kondisjon og det å føle seg spesiell (Nordbø et al., 2012, s.61). Noen føler også at anoreksi gir livet en mening og et formål, og den ekstreme undervekten kan gi en følelse av å være et «overmenneske» som er vellykket (Nordbø et al., 2012, s.64). Det kan derfor tenkes at noen pasienter er ambivalente til å danne en relasjon som innebærer tillitt, fordi det betyr at de må gi avkall på en del av de opplevde fordelene ved spiseforstyrrelsen. Årsaker til anoreksi kan være traumer (Øverås, 2016, s.18), noe som gjør det utfordrende for pasientene å stole på andre. Travelbee (2001, s.194) forklarer at nærheten til et annet menneske, kan resultere i at man blir dypt berørt dersom den du har nærhet til skuffer eller sårer deg. Det å knytte seg til andre mennesker, kan derfor være utfordrende både for sykepleier og pasient.

Snell et al. (2010, s.354) fant at flere av pasientene nektet for at de hadde en spiseforstyrrelse og ikke forsto hvorfor de trengte behandling. Sykepleierne opplevde at det var vanskelig å kommunisere med pasientene, men de forsøkte å overbevise pasientene om at de hadde en lidelse som må behandles. For å komme i posisjon til å bygge opp en terapeutisk allianse informerte sykepleierne pasientene om hva som skjer kroppen og hjernen når man har anoreksi (Snell et al., 2010, s.354). Min erfaring er at psykoedukasjon er en viktig del av behandlingen, og kan være et verktøy for å reflektere rundt ambivalens. Temaer som tas opp er for eksempel restitusjonsmåltider, osteoporose og metabolisme. Ved deltagelse i disse gruppene har jeg imidlertid observert at flere av pasientene kan mye om de somatiske komplikasjonene, men at de føler at temaet ikke angår dem, til tross for at de eksempelvis har fått påvist osteoporose. På den ene siden kan de være bekymret over kroppens sviktende funksjon og være redd for å dø, for i det neste øyeblikket å føle seg som et «overmenneske» som tåler å gå uten mat/drikke.

### 5.2.3 Mistillit

Ifølge Zugai et al. (2017, s.444) strever enkelte sykepleiere med å etablere en terapeutisk allianse, fordi sykepleierne blir frustrert, opplever å bli utsatt for manipulasjon, mistillit og det oppstår en kamp om hvem som har kontroll. Ifølge Øverås (2016, s.20) kompenserer pasienter med anoreksi det indre kaoset med ytre kontroll. Et eksempel på dette fra jobb/praksis er at mange pasienter har vansker med å stole på at mengden mat er korrekt, og at de trenger mye trygging på at maten er trygg. Det er naturlig at en pasient kan bli skeptisk og uttrykke mistillit dersom en sykepleier oppgir feil kalorimengde i en middagsrett, måler opp feil mengde næringsdrikk eller serverer pizza med kjøttdeig når det står skinkepizza på menyen. Likevel er også sykepleiere mennesker som kan gjøre feil, og det å være åpen og ærlig med pasientene, og å hjelpe de med å håndtere endringer og misforståelser er en viktig del av behandlingen. Dette er i tråd med det Skårderud et al. (2020, s.43) skriver om mentalisering, hvor personalet oppfordres til å være transparent og åpen, og det Hummelvoll (2012, s.42) skriver om å innrømme feil.

Det å kalle pasienter med anoreksi «manipulerende» er uheldig, og min oppfatning er at dette vitner om mangel på kunnskap om sykdommen. Vårt menneskesyn påvirker hvordan vi behandler mennesker (Travelbee, 2001, s.62; Skårderud et al., 2020, s.108). Ifølge Skårderud et al. (2020, s.42) blir evnen til mentalisering hemmet dersom helsepersonell har vanskeligheter med å forstå spiseforstyrrelser. Mangel på mentalisering hos personalet kan medføre brudd i den terapeutiske relasjonen, samt uheldige intense og emosjonelle reaksjoner.

Zugai et al. (2017, s.450) fant at noen sykepleiere opplevde at det var følelsesmessig utmattende å jobbe med pasienter med anoreksi. Noen av sykepleiere i studien til Zugai et al. (2017, s.448) opplevde at deres innsats ikke alltid ble verdsatt av pasientene, som noen ganger «saboterte» behandlingen gjennom atferd som ble oppfattet som manipulerende. Når pasientene «saboterte» behandlingen opplevde sykepleierne tap av motivasjon, selvtillit og håp. Flere av sykepleierne i studien til Zugai et al. (2017, s.450) investerte derfor mindre i den følelsesmessige relasjonen for å minimere frustrasjon og skuffelse. De sykepleierne som opplevde å få lite tilbake for innsatsen de hadde lagt i å etablere en terapeutisk allianse, kunne utvikle en forsvarsmekanisme som førte til at de møtte pasienter på en kaldere måte

(Zugai et al., 2017, s.450). Det var ikke uvanlig at sykepleierne kunne gi mindre omsorg og medfølelse for å beskytte seg selv.

Travelbee (2001, s.201) hevder at pasienter som opplever fravær av sympati og medfølelse hos sykepleieren, kan oppleve dette som psykisk belastende, og kan miste krefter til å kjempe imot sykdommen. Ifølge Travelbee (2001, s.201) finnes det noen sykepleiere som fornektet sine følelser for å unngå nederlag, noe som resulterer i at hun/han trekker seg tilbake. Dette er uheldig både for sykepleieren og pasienten. Sykepleieren går glipp av meningsfylt kontakt med pasienten og tilfredstilelsen ved arbeidet og pasienten går glipp av støtten hun/han trenger for å mestre sykdommen (Travelbee, 2001, s.206). Imidlertid skriver Travelbee (2001, s.205) at det å ha medfølelse for noen, kan anses som en modig handling fordi opplevelsen av medfølelsen kan føre til smerte når sykepleieren ikke kan hjelpe pasienten. Dette kan være en forklaring på at noen sykepleiere velger å ha en «kaldere» fremtoning ovenfor pasienten, rett og slett for å beskytte seg selv.

Snell et al. (2010, s.355) fant at sykepleierne klarte å erkjenne at pasientenes uttrykk for «fiendtlighet» overfor sykepleierne var en del av behandlingsprosessen og at pasientenes reaksjoner var viktige. Dette er i tråd med det Hummelvoll (2012, s.42) skriver om at pasientens opprør kan være et tegn på økt ansvarlighet og selvrespekt, og kan dermed være et uttrykk for helse. En reaksjon fra pasienten skapte rom for å undersøke følelser og vurdere situasjonen sammen med pasienten (Snell et al., 2010, s.355). Å vise interesse for følelser, navngi dem og reflektere over disse, er en del av mentaliseringen (Skårderud et al., 2020, s.90).



## 6 Oppsummering

Sykepleiere spiller en nøkkelrolle i behandlingen av pasienter med anoreksi da de fokuserer på målet om vektøkning samtidig som de forsøker å etablere en terapeutisk allianse. En terapeutisk allianse handler om et samarbeid mellom sykepleier og pasient. Gjennom alliansen bidrar sykepleieren til å utforske sykdommen sammen med pasienten, hjelpe pasienten til å forstå eget og andres sinn, motivere, være bærer av håp og opprettholde forutsigbare rammer. På denne måten bidrar sykepleieren til å redusere symptomer, noe som er en viktig del av tilfriskningen. Sykepleierens evne til å danne en god allianse, vil dermed være avgjørende for utfallet av behandlingen.

Gjennom alliansen bidrar sykepleieren til å skape tillitt og trygghet, som er viktig for tilfriskningen. Tillitt og trygghet bidrar til at pasientene 1) får støtte til å komme seg gjennom behandlingen, 2) samarbeider om behandlingen, 3) finner mening ved sykehusoppholdet, 4) tør å utforske sitt indre liv og 5) finner nye mestringsstrategier. Sykepleierne spiller en viktig rolle ved å hjelpe pasienten med separasjonen fra sykdommen, noe som er viktig for tilfriskningen, og kan bruke mentalisering for å hjelpe pasienten til å finne nye muligheter å løse problemer på. Eksternalisering hjelper oss å se mennesket bak sykdommen. Når pasientene klarte å skille sykdommen fra hvem de er som person, var de mer motivert til behandling.

Ved å overholde et fast sett med rammer og regler, hjalp sykepleiere pasientene med angsten for å ta beslutninger som involverer mat og trening. Korrigeringer som ble gitt uten en god begrunnelse, ble oppfattet som straff. En terapeutisk allianse innebærer at sykepleierne opprettholder forventninger som er konstante, samtidig som de er fleksible når det kommer til individuelle tilpasninger. Sykepleiere som gjorde tilpasninger i behandlingen for å møte pasientens individuelle behov, styrket den terapeutiske alliansen og gjorde vektøkningen lettere å håndtere. Det å implementere og overholde rammer og regler var mer utfordrende for de unge sykepleierne som hadde dannet et vennskapelig forhold med pasientene.

Enkelte sykepleiere rapporterte at det var utfordrende å etablere en terapeutisk allianse fordi de opplevde å bli utsatt for manipulasjon og mistillit. Dersom pasienter «saboterte» behandlingen opplevde sykepleierne tap av motivasjon, selvtillit og håp. Enkelte sykepleiere investerte derfor mindre i den følelsesmessige relasjonen for å minimere frustrasjon og skuffelse. Det var ikke uvanlig at sykepleierne kunne gi mindre omsorg og medfølelse for å beskytte seg selv.

Noen sykepleiere opplever det som utfordrende å jobbe med pasienter som er ambivalente til behandling og tilfriskning. Tillitt og samarbeid kan bli forstyrret av pasientens ambivalens. Det kan oppstå en konflikt mellom sykepleierens mål for behandlingen og pasientens ønsker, noe som vil påvirke den terapeutiske alliansen i en negativ retning. Psykoedukasjon kan imidlertid hjelpe pasienten til å reflektere over sin ambivalens. Noen pasienter viser motstand mot å danne en relasjon med sykepleiere fordi det betyr at pasienten må ta stilling til at de har en spiseforstyrrelse. Det å ta stilling til at man har en spiseforstyrrelse, kan bety at pasienten må erkjenne at hun/han har et problem som må løses, noe som kan være vanskelig når anoreksien har blitt en del av pasienten sin identitet.

Pasienter foretrekker sykepleiere som er oppmerksomme, empatiske, håpefulle, forståelsesfulle, ikke-dømmende, omsorgsfulle og tilgjengelige hvor autentiske og ærlige forhold kan utvikles. Likevel er forskningen noe diffus hva gjelder hvilke egenskaper og ferdigheter en sykepleier bør ha for å lykkes med etableringen av en terapeutisk allianse. Teorien til Travelbee og Hummelvoll skisserer en trinnvis modell for å oppnå en terapeutisk allianse, men jeg opplever at etableringen og arbeidet med alliansen er mer flytende og mindre metodisk i praksis. Et forslag til forbedring vil derfor være at spesialavdelinger for spiseforstyrrelser er flinkere til å dele kunnskap internt/eksternt om relasjonsbygging og tilfriskning, med særlig fokus på pasienter som er lite motivert for behandling. Det er fortsatt mye vi ikke vet om tilfriskning av anoreksi, og videre forskning bør fokusere på hvilke behandlingsmetoder og tilnærminger som har best effekt ved behandlingen av anoreksi.

# Litteraturliste

- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. & Søren, N. (2011). Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: A Meta-analysis of 36 Studies. *JAMA Psychiatry*, 68(7), 724-731. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.74
- Bang, L. (2020). Konsekvenser av underernæring på hjernen. I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W Thorsteinsson (Red.), *Spiseforstyrrelser: Forståelse og behandling* (s. 270-276). Bergen: Fagbokforlaget
- Befring, Å. M. (2021, 24.jan). Flere unge sliter med spiseforstyrrelse under koronaen. *NRK*: [https://www.nrk.no/norge/unge-med-spiseforstyrrelser-under-pandemien\\_-\\_ikke-okonomi-som-blir-det-storste-problemet-fremover.-1.15279412](https://www.nrk.no/norge/unge-med-spiseforstyrrelser-under-pandemien_-_ikke-okonomi-som-blir-det-storste-problemet-fremover.-1.15279412)
- Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgave i sykepleie: Praktiske råd i skriveprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget
- Hage, T. W. (2020). Døgnbehandling og miljøterapi ved spiseforstyrrelser i psykisk helsevern. I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W Thorsteinsson (Red.), *Spiseforstyrrelser: Forståelse og behandling* (s. 192-211). Bergen: Fagbokforlaget
- Haynos, A. F., Watts, A. W., Loth, K. A., Pearson, C. M., & Neumark-Stzainer, D. (2016). Factors Predicting an Escalation of Restrictive Eating During Adolescence. *J Adolesc Health*, 59(4), 391-396. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.03.011
- Helsebiblioteket. (2016, 3.juni). *PICO*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket. (2016, 3.juni). *Sjekklistor*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsebiblioteket. (2016, 6.juni). *Søkeord*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/sokeord>

Helsedirektoratet. (2017, 25.april). *Spiseforstyrrelser*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser/definisjon-og-diagnostiske-kriterier>

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

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5.utg). Oslo: Abstrakt forlag

Johannessen, K. I., Molven, O. & Roalkvam, S. (2007). *Godt, rett, rettferdig*. Oslo: Cappelen Damm

Juklestad, S. I. & Aarre, T. F. (2018). Spiseforstyrrelser. I T. F. Aarre (Red.), *Psykiatri for helsefag* (s. 221-241). Bergen: Fagbokforlaget

Keski-Rahkonen, A. & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340-345. doi: 10.1097/YCO.0000000000000278

Keys A., Brozek J., Henschel A. Mickelsen O. & Taylor H.L. (1950). *The Biology of Human Starvation* (2.utg). Oxford, UK: University of Minnesota Press

- King, J.A., Frank, G. K.W., Thompson, P. M., & Stefan E. (2018). Structural Neuroimaging of Anorexia Nervosa: Future Directions in the Quest for Mechanisms Underlying Dynamic Alterations. *Biological Psychiatry*, 83(3), 224-234.  
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.08.011>
- Klump, K. L. (2013). Puberty as a critical risk period for eating disorders: A review of human and animal studies. *Hormones and Behavior*, 64(2), 399-410.  
<https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.019>
- Lopez, C., Tchanturia, K., Stahl, D., Booth, R., Holliday, J. & Treasure, J. (2008). An examination of the concept of central coherence in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41(2), 142-152. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1002/eat.20478>
- Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S, Gulliksen, K. S., Skårderud, F., Geller, J. & Holte, A. (2012). Reluctance to Recover in Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 60-67. 10.1002/erv.1097
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Reville, M-C., O'Connor, L. & Frampton, I. (2016). Literature Review of Cognitive Neuroscience and Anorexia Nervosa. *Current Psychiatry Reports*, 18(2).
- Rø, Ø. (2020). Hva er spiseforstyrrelser? I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W Thorsteinsson (Red.), *Spiseforstyrrelser: Forståelse og behandling* (s. 43-54). Bergen: Fagbokforlaget
- Seitz, J., Herpertz, D. B. & Konrad, K. (2016). Brain morphological changes in adolescent and adult patients with anorexia nervosa. *Journal of Neural Transmission*, 123(8), 949–959.

Silva, H. H. & Vold, A. (2020). Kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser. I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W Thorsteinsson (Red.), *Spiseforstyrrelser: Forståelse og behandling* (s. 176-192). Bergen: Fagbokforlaget

Skårderud, F. (2013). *Sterk svak: Håndbok om spiseforstyrrelser* (4.utg.). Oslo: Aschehoug

Skårderud, F., Sommerfeldt, B. & Robinson, P. (2020). *Sult: Mentaliseringsbaserte tilnærminger til spiseforstyrrelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Snell, L., Crowe, M. & Jordan, J. (2010). Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3-4), 351-358. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03000.x

Steinhausen, H-C (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *The American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1284>

Spiseforstyrrelsesforeningen. (2020). *Covid-19 og spiseforstyrrelse*. (Rapport 1).  
[https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2020/05/Rapport\\_-Nr.1.-2020-Covid-19-og-spiseforstyrrelse.pdf](https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2020/05/Rapport_-Nr.1.-2020-Covid-19-og-spiseforstyrrelse.pdf)

Steinhausen, H-C (2009). Outcome of Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 225-242. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.013>

Thorsteinsson, V. W., Hage, T. W. & Rø, Ø. (2020). Innledning. I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W Thorsteinsson (Red.), *Spiseforstyrrelser: Forståelse og behandling* (s. 19-27). Bergen: Fagbokforlaget

Thorsteinsson, V. W. & Hage, T. W. (2020). Å etablere et samarbeid. I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W Thorsteinsson (Red.), *Spiseforstyrrelser: Forståelse og behandling* (s. 99-110). Bergen: Fagbokforlaget

Touyz, S., Lacey, H., & Hay, P. (2020). Eating disorders in the time of COVID-19. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 1-3.

WHO. 2019. International Classification of Diseases 10th Edition. Hentet fra:

<https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F50.0>

Zugai, J. S., Stein-Parbury, J. & Roche, M. (2018). The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 416-426.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.13944>

Zugai, J. S., Parbury, J-S. & Roche, M. (2017). Therapeutic alliance, anorexia nervosa and the inpatient setting: A mixed methods study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(2), 443-453. DOI: 10.1111/jan.13410

Zugai, J. S., Parbury, J-S. & Roche, M. (2019). Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative study of nursing perspectives. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(4), 940-949. doi: 10.1111/inm.12595

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

# Vedlegg 1: Søkehistorikk Cinahl og Medline

## Search History/Alerts

[Print Search History](#)
[Retrieve Searches](#)
[Retrieve Alerts](#)
[Save Searches / Alerts](#)

<input type="checkbox"/> Select / deselect all <input type="button" value="Search with AND"/> <input type="button" value="Search with OR"/> <input type="button" value="Delete Searches"/> <input type="button" value="Refresh Search Results"/>		Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
<input type="checkbox"/>	S12	S9 AND S10 AND S11	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (75)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>	
<input type="checkbox"/>	S11	S7 OR S8	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (289,638)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>	
<input type="checkbox"/>	S10	S4 OR S5 OR S6	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (464,927)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>	
<input type="checkbox"/>	S9	S1 OR S2 OR S3	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (22,764)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>	
<input type="checkbox"/>	S8	(MH "Therapeutic Alliance") OR "Therapeutic Alliance"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (1,482)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>	
<input type="checkbox"/>	S7	(MH "Interpersonal Relations+") OR "Interpersonal engagement"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (288,985)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>	
<input type="checkbox"/>	S6	"Nurse authority"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (8)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>	
<input type="checkbox"/>	S5	(MH "Nurses+") OR "nurses"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (440,757)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>	
<input type="checkbox"/>	S4	(MH "Nursing Role") OR "Nursing Role"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (58,340)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>	
<input type="checkbox"/>	S3	(MH "Anorexia Nervosa") OR "anorexia nervosa"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (5,833)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>	
<input type="checkbox"/>	S2	(MH "Anorexia") OR "anorexia"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (9,590)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>	
<input type="checkbox"/>	S1	(MH "Eating Disorders+") OR "Eating Disorders"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (20,448)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>	

Ovid®		<a href="#">My Account</a> <a href="#">My PayPerView</a> <a href="#">Sup</a>	
<a href="#">Search</a> <a href="#">Journals</a> <a href="#">Multimedia</a> <a href="#">My Workspace</a> <a href="#">What's New</a>			
▼ Search History (12)			
# ▲	Searches	Results	Type
<input type="checkbox"/>	1 Eating Disorders.mp. or exp "Feeding and Eating Disorders"/	36114	Advanced
<input type="checkbox"/>	2 exp Anorexia/ or Anorexia.mp.	34556	Advanced
<input type="checkbox"/>	3 exp Anorexia Nervosa/ or anorexia nervosa.mp.	13084	Advanced
<input type="checkbox"/>	4 exp Nurse's Role/ or Nursing Role.mp.	42010	Advanced
<input type="checkbox"/>	5 exp Nurses/ or nurses.mp.	270729	Advanced
<input type="checkbox"/>	6 Nurse authority.mp.	4	Advanced
<input type="checkbox"/>	7 Interpersonal Relations.mp. or exp Interpersonal Relations/	332216	Advanced
<input type="checkbox"/>	8 Therapeutic Alliance.mp. or exp Therapeutic Alliance/	2620	Advanced
<input type="checkbox"/>	9 7 or 8	333568	Advanced
<input type="checkbox"/>	10 4 or 5 or 6	271073	Advanced
<input type="checkbox"/>	11 1 or 2 or 3	54513	Advanced
<input type="checkbox"/>	12 9 and 10 and 11	58	Advanced

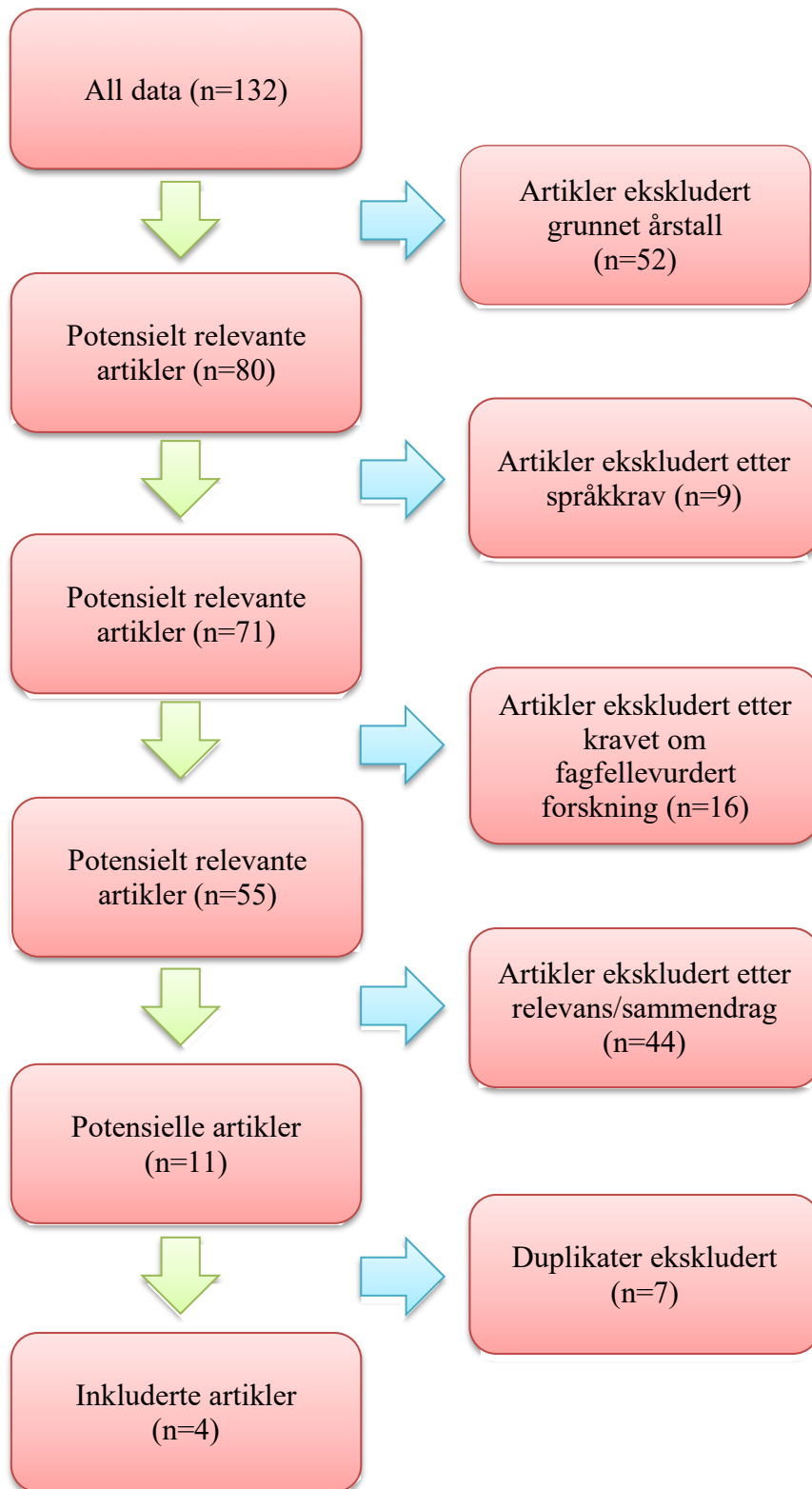


## Vedlegg 2: Søkeord Cinahl og Medline

P	<p>1. Eating Disorders/(MeSh) OR eating disorders*</p> <p>2. Anorexia/(MeSh) OR anorexia*</p> <p>3. Anorexia Nervosa/(MeSh) OR anorexia nervosa*</p> <p>4. 1 OR 2 OR 3</p>
I	<p>5. Nursing Role/(MeSh) OR nursing role*</p> <p>6. Nurses/(MeSh) OR nurses*</p> <p>7. Nurse authority*</p> <p>8. 5 OR 6 OR 7</p>
Co	<p>9. Interpersonal Relations/(MeSh) OR Interpersonal engagement*</p> <p>10. Therapeutic Alliance/(MeSh) OR Therapeutic alliance*</p> <p>11. 9 OR 10</p>
PICO kombinert	<p>12. 4 AND 8 AND 11</p>

P	<p>1. Feeding and Eating Disorders/(MeSH) or eating disorders</p> <p>2. Anorexia/(MeSh) OR anorexia*</p> <p>3. Anorexia Nervosa/(MeSh) OR anorexia nervosa*</p> <p>4. 1 OR 2 OR 3</p>
I	<p>5. Nurses role/(MeSH) OR nursing role*</p> <p>6. Nurses/(MeSh) OR nurses*</p> <p>7. Nurse authority*</p> <p>8. 5 OR 6 OR 7</p>
Co	<p>9. Interpersonal Relations/(MeSh) OR Interpersonal engagement*</p> <p>10. Therapeutic Alliance/(MeSh) OR Therapeutic alliance*</p> <p>11. 9 OR 10</p>
PICO kombinert	<p>12. 4 AND 8 AND 11</p>

## Vedlegg 3: Prisma flow diagram



## Vedlegg 4: Inkluderte og ekskluderte forskningsartikler

Inkluderte forskningsartikler				
Database	Dato	Avgrensing	Funn	Artikkeloverskrift
Cinahl	12.01. 2021	- 2010-2020 - Engelsk - Academic Journals	1/16	Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative study of nursing perspectives
			4/16	Therapeutic alliance, anorexia nervosa and the inpatient setting: A mixed methods study
			5/16	The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study
Medline	13.01. 2021	- 2010-2020 - Engelsk - Academic Journals	32/39	Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit

Ekskluderte forskningsartikler			
	Database: Cinahl	Database: Medline	Begge databaser:
Artikler totalt	75	57	132
Ekskludert grunnet årstall	26	26	52
Potensielle artikler	49	31	80
Ekskludert etter språkkrav	2	7	9
Potensielle artikler	47	24	71
Ekskludert grunnet kravet om fagfelleverdert forskning	7	9	16
Potensielle artikler	40	15	55
Ekskludert grunnet relevans for problemstillingen og sammendrag	33	11	44
Potensielle artikler	7	4	11
Ekskludert grunnet duplikater	4	3	7
Inkluderte artikler	3	1	4