

Diakonhjemmet Høgskole - Institutt for sykepleie og helse

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

Sykepleier i møte med pasient med Anoreksi

Hvordan kan sykepleier møte pasient med Anoreksi på en måte som skaper en god relasjon?

Kull: 12SYKHEL

Kandidatnummer: 130

Innleveringsfrist: 12.03.2015

Antall ord: 10 917

Sammendrag

Bakgrunn: egen erfaring fra utfordrende møter med denne pasientgruppen.

Hensikt: å få økt kompetanse.

Problemstilling: *"hvordan kan sykepleier møte pasient med Anoreksi på en måte som skaper en god relasjon?"*.

Metode: kvalitativt casesudie.

Funn: ulike følelser hos pasienten i tillegg til erfarings-og kunnskapsmangel hos sykepleierstudenten hadde innvirkning på relasjonsskapingen.

Drøfting og avslutning: både økt kunnskap faglig, om pasientgruppen og om seg selv er viktig for sykepleieren. I tillegg må hun vise tålmodighet, fremme håp, trygghet og normalitet for at en god relasjon skal kunne bli til. Hun må ha kunnskap om hva hun skal si og gjøre i vanskelige situasjoner som kan oppstå. Å bruke kolleger aktivt kan hjelpe henne på vei mot å bli en bedre sykepleier og å møte pasienten på en måte som skaper en god relasjon.

Innholdsliste

1	Innledning.....	5
1.1	Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema	5
1.2	Presentasjon av problemstilling	6
1.2	Avgrensing og sentrale begrep	6
2	Teori	8
2.1	Litteratur og forskning	8
2.2	Anorexia Nervosa	9
2.2.1	Forekomst.....	9
2.2.2	Årsaker og psykologiske kjennetegn.....	10
2.2.3	Sykehusbehandling.....	13
2.3	Relasjon- og relasjonsbygging.....	14
2.3.1	Relasjonsteori	14
2.3.2	Å etablere kontakt (relasjonsbygging)	16
2.3.3	Skillet mellom profesjonelle og private relasjoner.....	17
3	Metode.....	18
3.1	Kvalitativ metode og casestudie	18
3.2	Valg av metode og design	19
3.3	Innsamling og analyse av data.....	20
3.4	Etiske overveielser.....	21
4	Funn.....	23
4.1	Case	23
4.2	Analyse	25
5	Drøfting	27
5.1	Behov for kunnskap.....	27
5.2	Å skape kontakt og en god relasjon.....	28
5.2.1	Å skape trygghet.....	28

5.2.2	Å vise omsorg, støtte og forståelse.....	29
5.3	Å samtale om det som er vanskelig	32
5.4	Utfordrende situasjoner i relasjonen.....	33
6	Avslutning	35
	Litteraturliste	38

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Basert på egen erfaring fra møter med pasienter som har anoreksi, ble valg av tema i bacheloroppgaven enkelt. Jeg fikk, som sykepleiestudent på jobb i sykehusavdeling, ansvar for pasienter med anoreksi. Dette bød på ulike utfordringer. Det å bli kjent med og skape en god relasjon med disse pasientene var utfordrende og noe jeg ikke følte meg kompetent nok til. Dette førte til et ønske om å lære mer om hvordan man kan gå fram i disse møtene for å skape gode relasjoner. Spørsmål jeg stilte meg var:

Hva *skal* man si? Hva *kan* man si? Hva *bør* man si?

Hva skal man si og gjøre ovenfor familien? Hvordan skape et godt samarbeid? Hvordan skape en god relasjon, noe som er viktig for både pasienten, familien og sykepleieren?

Lav selvfølelse og opplevelsen av å ikke ha kontroll står sentralt knyttet til det å ha en spiseforstyrrelse. Ønske om å endre egen kropp ved vektreduksjon er en handling for å fremme selvfølelsen og kontrollen (Skårderud 2007:21). Når dette ønsket blir sterkt og handlingene mange, kan man ende med å utvikle spiseforstyrrelsen Anorexia Nervosa, eller Anoreksi. Dette er en sykdom som diagnostiseres på bakgrunn av et vekttap på 15 % av egen kroppsvekt som ikke skyldes sykdom eller en naturlig forklaring, men slanking grunnet stor frykt for fedme. Personen benekter oftest at ønsket om endret kropp og utseende skyldes lavt selvbilde (Skårderud 2007:14). Du som sykepleier kommer her inn for å endre på det pasienten nettopp har fått stålkontroll på i livet sitt og som kjennes som hennes ”bauta”; å nesten ikke spise samt å være i mye aktivitet. Dette kan føre til at pasienten blir, fra en utenforståendes synspunkt, både innesluttet, irritert, oppgitt, trist og kanskje lite samarbeidsvillig. Dette kan påvirke relasjonen mellom pasienten og deg som sykepleier.

Jeg erfarte på arbeidsplassen at overnevnte synspunkter på pasienten fort dreide sykepleieutøvelsen mot kun de tiltak som skulle gjennomføres knyttet til satte rammer for behandlingen. Hvor var fokuset på å ivareta hele mennesket?

I følge yrkesetiske retninglinjer for sykepleiere punkt 2.3 skal man ivareta den enkelte pasient sitt behov for helhetlig omsorg. Pasienten har ifølge punkt 2 ”sykepleieren og pasienten” rett til helhetlig sykepleie. Pasientens verdighet og integritet må derfor ivaretas (Nsf.no 2011:8).

1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstilling: ”Hvordan kan sykepleier møte pasient med Anoreksi på en måte som skaper en god relasjon?”

Hensikt: å finne ut mer om hvilke faktorer som kan påvirke relasjonsskaping i positiv og negativ retning og hvordan man skal gå fram ut i fra dette. Jeg håper å få ”kjøtt på beina” til neste gang jeg får ansvaret for en pasient med anoreksi.

Formål: å frembringe mer kunnskap om relasjonsbygging i møte med pasienter med anoreksi, for å kunne utføre helhetlig god sykepleie hvor pasienten føler seg tilstrekkelig ivaretatt.

Jeg tror med hånda på hjertet at det også er flere som ønsker og trenger å lære mer om akkurat dette. En god relasjon er viktig i alle forhold til pasienter og pårørende (Eide og Eide 2013:140). Pasienter er sårbare, og en god relasjon blir da alfa omega for å ivareta og gjøre de sterkere.

1.2 Avgrensing og sentrale begrep

Avgrensing: jeg ønsker å rette fokuset mot jenter med anoreksi i alderen 12-18 år som er innlagt på medisinsk avdeling for reernæring/vektøkning. Sykepleierens arbeidsoppgave er der i hovedsak å sørge for at rammer rundt måltider og dagen ellers følges, men jeg ønsker i denne oppgaven å rette fokus mot noe grunnleggende i arbeidet: relasjonen mellom pasienten og sykepleieren. Mesteparten av teorien vil derfor ha samme fokus.

Sentrale begrep:

Pasient: ”En person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle”(Lovdata.no 2015)

Fra latin – ”lide” = syk person, person som får behandling for sykdom (Bokmålsordboka 2010).

Anoreksi: a- og orexis ”begjær”, ”matlyst” = manglende matlyst, spisevegring (ibid).

God relasjon: God: av høy kvalitet, bra, fin, gagnlig, tjenlig, skikket, dugende. **Relasjon:** fra latin av samme ord som referere = forhold, sammenheng (ibid).

Med ”god relasjon” mener jeg et forhold mellom pasient og sykepleier som består av trygghet og tillit og som er dugende/tjenlig både for pasienten og sykepleieren. Altså et godt forhold som gjør samarbeidet bra og samværet godt og naturlig.

Med Travelbee sine ord: (...) *å etablere menneske-til-menneske-forholdet (...) er middel til å virkeliggjøre sykepleiens formål.* (Eide og Eide 2013:137).

Sykepleier: i denne oppgaven menes en nyutdannet sykepleier som hverken har særlig erfaring fra feltet eller videreutdanning.

Forvrenget kroppsbilde: bruker ”forvrenget” i oppgaven, noe jeg i min dialekt ser som synonymt til ”forstyrret” i denne sammenhengen. ”Forstyrret” blir brukt i fagbøkene.

Alle begrepene blir brukt i oppgaven og jeg kommer tilbake til temaene **anoreksi, (god) relasjon og forvrenget kroppsbilde** i teoridelen.

2 Teori

2.1 Litteratur og forskning

I dette underkapitlet blir det gjort rede for valg av litteratur og forskning.

Litteraturutvelgelse ble basert på: relevans, utgivelsesår siste 10 år, pålitelighet, faglighet og bakgrunn. Jeg valgte å bruke flest bøker fra tidligere i studiet. Dette bunnet i at jeg har lest mye relevant i dem tidligere. Som sykepleieteoretiker valgte jeg Joyce Travelbee da hun har en teori om å etablere et godt menneske-til-menneske-forhold, noe jeg velger å sammenligne med å skape en god relasjon. I leting etter litteratur om anoreksi på biblioteker fant jeg en bok som i mine øyne var relevant. Denne fordi forfatteren Finn Skårderud er fagperson og jeg har observert at han er brukt som kilde til stoff om spiseforstyrrelser i fagboka ”Pediatri og pediatriisk sykepleie”.

I utvalg av forskningartikler stilte jeg samme kriterier som ved litteraturutvalget.

Valgte å bruke søkemotoren Cinahl da man enkelt kan bruke flere søkeord og avansere søket der. I tillegg omhandler det man finner helse og sykepleie.

Cinahl 04.02.15: brukte søkeordene *anorexia nervosa* AND *nurse* AND *relation*. Avgrenset til artikler og at man også kan søke i teksten i artiklene. Publiseringsdato: 01.01.05-31.12.14. Språk: engelsk. Geografi: ingen avgrensning = 331 treff. Jeg valgte ut 3 artikler, nr: 1, 36 og 41 da de var relevante for min problemstilling. To av dem handlet om anoreksi og den tredje generelt om spiseforstyrrelser. To av dem var basert på pasienterfaringer og den siste på sykepleiererfaringer. Alle rettet fokus mot forbindelsen mellom sykepleieren og pasienten (relasjonen). Alle var kvalitative studier, noe jeg var ute etter.

Jeg har lett på Idunn, Google Scholar, SweMed og PubMed etter nordiske artikler, men fant bare andre typer artikler enn forskningsartikler som var relevante: fagartikler, bachelor- og masteroppgaver. **Google Scholar den 16.02.15:** brukte søkeordene ”årsaker til spiseforstyrrelser” og fant en masteroppgave som var basert på intervju av 6 jenter som har hatt spiseforstyrrelser. De ser nærmere på årsaker der, noe som er relevant for oppgaven og som derfor inkluderes.

2.2 Anorexia Nervosa

På norsk: Anoreksi, som blir brukt heretter i oppgaven, betyr ”manglende matlyst” eller ”appetittløshet”. Det er en spiseforstyrrelse som dreier seg om å være opphengt i vekt, kropp og utseende i den grad at det defineres som sykdom (Hummelvoll 2012:307). Sykdommen tar over styringa i hverdagen og hemmer livsutfoldelsen (Skårderud 2007:11). Et forvrengt bilde av seg selv fører til en konstant frykt for å legge på seg og et syn på seg selv som kraftig, tross magerhet og undervekt (Skårderud 2007:14). Selv etter avsluttet behandling og gjenopprettet normalvekt kan bildet av seg selv fortsatt være forvrengt (Aarre, Bugge og Juklestad 2009:165).

Anoreksi er ikke bare en spiseforstyrrelse, men også en psykiatrisk lidelse da den er sterkt knyttet opp mot tanker og følelser (Skårderud 2007:11).

2.2.1 Forekomst

Spiseforstyrrelse er en allmenn lidelse som rammer flest jenter og kvinner (Skårderud 2007:85). Cirka 2 % av kvinner mellom 15 og 45 år rammes av en spiseforstyrrelse. Ca 50 000 av disse er i behov av behandling og 600 trenger spesialistbehandling.

Blant barn og unge rammes cirka 10 % jenter og 1 % gutter i ungdomsårene av en spiseforstyrrelse. Barn helt ned i 9-10-års alderen kan også rammes (Grønseth og Markestad 2011:39).

Anoreksi er spiseforstyrrelsen med høyest dødelighet. Omlag 5 % dør av sykdommen grunnet selvmord eller komplikasjoner (Aarre m.fl. 2009:161 og 165).

Med dagens økte fokus på kropp og helse øker desverre også forekomsten av spiseforstyrrelser (Aarre m.fl. 2009:161).

2.2.2 Årsaker og psykologiske kjennetegn

Årsaker

Om man har liten evne til å identifisere og la egne følelser og behov få komme til uttrykk og samtidig har liten evne til å løse problemer kan dette danne grunnlaget for en spiseforstyrrelse (Hummelvoll 2012:315).

Faktorer som kan føre til en spiseforstyrrelse kan deles i tre kategorier: *disponerende*, *utløsende* og *vedlikeholdende*.

Faktorer som øker sannsynligheten for utvikling er de *disponerende*. Den avgjørende faktoren her er mest sannsynlig ikke genetisk arv, men miljø. Med genetisk arv menes anlegg for å reagere på påkjenninger i livet med endret spiseatferd og kroppsbilde. Med miljø menes ulike ting den enkelte har opplevd eller opplever. Ting man opplever i oppveksten som erting eller mobbing, fysiske påkjenninger i form av seksuelle overgrep og andre traumer er eksempler. Sosial støtte, motstandskraft og livsomstendigheter kan minske den disponerende risikoen (Aarre m.fl. 2009:171). Flytting, tap av nær familie eller venner, puberteten, mobbing og slanking kan være *utløsende årsaker* (2009:172). Faktorer som bidrar til at symptomer og sykdomsattferden ved anoreksi vedvarer er de *vedlikeholdende*. Identiteten som ”syk” eller ”anorektiker” kan påvirke forholdet til familie og venner og derav bidra til at sykdommen opprettholdes. Dette kan skyldes negative holdninger, konflikter og dårlig samvittighet. Men identiteten kan også bidra til noen ”goder” som man ikke ønsker å avse, dermed opprettholdes sykdommen (2009:172).

Perfeksjonisme, lavt selvbilde og et dårlig sosialt nettverk er faktorer som øker risikoen, spesielt for å få anoreksi (2009:172).

Psykodynamisk teori hevder at allerede i tidlig barndom kan grunnlaget for å utvikle en spiseforstyrrelse oppstå. Om barnets signaler på fysiske og følelsesmessige behov ikke blir fanget opp av foreldrene kan dette gi konsekvenser. Man kan både miste evnen til å kjenne og ivareta egne kroppslige behov grunnet manglende bekreftelse på at man er et individ med særegne behov som må tilfredstilles (Hummelvoll 2012:313). Dette trenger ikke å skyldes svikt fra foreldrene med vilje. Dersom barnet har andre uttrykksformer enn de selv har, kan det være vanskelig å fange opp ulike ting. Barnet tilpasser seg dermed foreldrenes følelser og

behov istedetfor omvendt, da man er veldig tilpasningsdyktig som barn. I tenårene kan dette gi seg i uttrykk ved at man opplever en krise fordi man da skal begynne å stå på egne bein og være selvstendig i både tankegang, handling og ikke minst følelser (2012:314). Da kan en følelse-atferd-kobling oppstå ved at man for eksempel overspiser eller sulter fordi man er trist (2012:314).

Psykologiske kjennetegn

Det kan være mange ulike kjennetegn ved en spiseforstyrrelse, men man ser gjerne noen som går igjen. Lav selvfølelse og følelse av å ikke ha kontroll er noen av dem. For å styrke selvtilliten kan det å gjøre det bra på skola og innen idrett være tilfredsstillende i øyeblikket, men glemmes fort. Det kreves kanskje mer for å få det bra med seg selv tvers gjennom. Et forsøk på dette kan være å iverksette tiltak som fører til spiseforstyrrelse. Dette svekker desverre ofte selvtilliten ytterligere (Skårderud 2007:21). Følelsen av å ikke ha kontroll kan komme av forvirring og et indre kaos. Usikkerhet om hvem man er og følelsen av å ikke bli sett og bekreftet for den man er kan bidra til en følelse av å ikke styre sitt eget liv, men istedet at det styres utenfra. En nærmest ”overlevelsesmekanisme” kan være å gjøre et forsøk på å ta styringa ved hjelp av å få kontroll på noe; mat og kropp. Dette skal da bidra til full kontroll over følelser og prestasjoner og over kroppen, men er istedet en illusjon om kontroll og fører til dobbelt kontrollsvikt. Dette skyldes at man etterhvert også mister kontrollen over det som skulle gi mer kontroll (2007:22-23).

”Dårlig kontakt med seg selv” er et psykologisk kjennetegn man ikke skal glemme. Evnen til å identifisere og sette ord på egne følelser er liten. Istedet kan negative følelser gis i uttrykk gjennom indre ubehag og uro. Etersom man ikke får respons på følelsene sine fra andre fordi man ikke klarer å sette ord på dem, kan et forsøk på å bli kvitt dem gjøres ved å ikke spise eller ved å overspise. Dette for å prøve å ”sulte eller spise dem vekk” (Skårderud 2007:24).

Grunnfølelsen bak en spiseforstyrrelse kan ofte være skam. Skam har ulike kjennetegn som desverre bidrar til en ”ond sirkel” som fører til at skammen forblir hos individet. Fantasien spiller individet et puss ved å få en til å tro og mene at man ikke trenger noe eller noen. Man er uavhengig og usårbar. For å ”bevise” dette kan det å sulte seg selv være en handling. Etterhvert innser man at man har tatt feil, og skam oppstår.

Å forakte andre for å heve seg selv kan bidra til økt selvfølelse, men brister denne selvfølelsen, skammer man seg. Å ikke tørre å utføre handlinger ved å utsette eller ikke utføre dem kan føre til at man føler skam. Stoffmisbruk, selvskading og maktutøvelse kan være ulike handlinger for å forsvare seg mot òg for å skjule skam. Her forsøkes skammen å benektes, men er tvert imot sterkt tilstede. Å ikke spise er en form for selvskading.

Dersom man prøver og kanskje klarer å komme seg ut av en spiseforstyrrelse kan både påskjønnelse og kjærlighet oppstå grunnet fremgangen. Men stadig kan skammen ”saksøke” vedkommende og minne han eller hun på at ingen elsker en (Skårderud 2007:40-41).

Man kan se noen trekk ved spiseforstyrrelser som er knyttet til atferd og humør. Disse trenger ikke å være gjeldende for alle, men er det for mange. Kjennetegn ved atferd kan være at man bruker store klær og veier seg ofte, er mye i fysisk aktivitet, er opphengt i media som omhandler slanking, har daglige rutiner som må gjennomføres, er ekstra hjelpsom hjemme, isolerer seg og har negativt selvbilde knyttet til kropp. Kjennetegn ved humøret kan være at man er irritabel, sta og trassig (Skårderud 2007:19-20).

Det finnes sider ved anoreksi som man ikke finner ved andre spiseforstyrrelser. Innesluttethet og innestenging er hva som kjennetegner anoreksi. Man lar få eller ingen slippe inn, men holder istedet alt inne i seg selv. Som nevnt tidligere er det å sulte seg selv en måte å dekke sine behov på, altså ved å benekte dem. Ved å takke nei til mat benekter man grunnleggende behov. Dette nei-et betyr også ofte at man takker nei til kontakt og relasjon med foreldre, venner og behandlere, som er mennesker som ønsker å være til hjelp og støtte (Skårderud 2007:42).

2.2.3 Sykehusbehandling

Når pasientens tilstand er livstruende må hun ha indremedisinsk behandling (Hummelvoll 2012:319). Målet med behandlingen er å opparbeide ei vekt og en ernæringsstilstand som er tilfredsstillende. For ikke å overbelaste den avmagrede kroppen, må man starte forsiktig med inntak av næring, og øke gradvis. Dette er også en viktig fremgangsmåte med tanke på psykisk belastning. Pasienten kan utvikle angst og i verste fall panikkangst dersom kaloriene tilkommer for raskt (2012:319).

Anger, skyld og angst kan melde seg hos pasienten i det hun skal begynne å spise selv, spesielt etter måltidet. Angst kan også melde seg i forkant av måltidet. Å spise assosieres med en trussel mot en selv og ens oppnådde mål, som var å bli slank. Å gjemme unna maten eller å kaste den opp kan være beskyttelsesatferd for pasienten, noe som krever ekstra årvåkenhet hos både personalet og foresatte. Det er derfor vanlig at en av disse partene eller i noen tilfeller begge er tilstede under og etter måltidet (2012:319). Man må passe på å ikke være for kontrollerende, mistenksom og streng da dette kan føre til at pasienten føler seg lite verdsatt, maktesløs og ute av kontroll (Offord, Turner og Cooper 2006:385). Nekter pasienten å spise blir ofte flytende ernæring alternativet, enten i form av å drikke selv eller sondeernæring (Hummelvoll 2012:319).

Det er viktig at behandlere informerer om at vektøkningen skal skje gradvis og kontrollert sånn at pasientens angst for å bli tykk kan dempes. Like viktig er det å sette av tid til å snakke sammen om pasientens frykt for nettopp å legge på seg og bli tykk (2012:320).

Dersom pasientens tilstand ikke er livstruende, men situasjonen på hjemmebane blir en for stor belastning, kan sykehusopphold bli aktuelt. Dette for å hjelpe både pasienten og pårørende. De pårørende fort glemme mennesket bak spiseforstyrrelsen og kun ha fokus på problemer og vanskeligheter. På sykehuset blir målet å se og ivareta hele mennesket, fysisk og psykisk, og samtidig hjelpe foreldrene til nettopp dette (Hummelvoll 2012:320).

Rammene for behandlingen av spiseforstyrrelser krever planlegging, tid og arbeid. Grunnet en travel hverdag på indremedisinsk akuttavdeling er barneavdelingen mest egnet for pasienter under 18 år. Både bedre psykososial kompetanse og tid til å samarbeide med pasienten og familien er noe man kan finne der (Skårderud 2007:188-189).

2.3 Relasjon- og relasjonsbygging

Å ha en relasjon til et annet menneske innebærer at man selv tar del i og påvirkes av den andres situasjon (Kristoffersen 2011:84). For sykepleieren er evnen til å skape en god relasjon til både pasienter og pårørende grunnleggende og vesentlig, spesielt når man skal forholde seg til barn eller gjennomføre forandringsveiledning (Eide og Eide 2013:140). Et trygt forhold mellom sykepleieren og pasienten med anoreksi kan føre til at pasienten tørr å åpne seg om sine indre tanker og følelser for sykepleieren (Skårderud 2007:95).

I en kvalitativ studie fra Sydney kommer det frem blant pasienter med anoreksi at sykepleierne som viser forståelse, bryr seg, har en mild væremåte og som gjør at du føler deg hjemme er de pasienten får tettest relasjon til og hvor relasjonen opprettholdes best (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013:2024-25). Sykepleieren som ikke er dystert, men bruker litt humor og får pasienten til å føle seg som en normal person med normale tanker er favoritten (2013:2024).

2.3.1 Relasjonsteori

Joyce Travelbee: menneske-til-menneske-forholdet

Travelbees tenkning går ut på å hjelpe mennesker å mestre og finne mening i det å ha en lidelse eller sykdom. Men for å få til dette må et godt menneske-til-menneske-forhold etableres (Kristoffersen 2011:216-217). Og det er akkurat dette jeg ønsker å se nærmere på.

Begrepene ”pasient” og ”sykepleier” fører til et generalisert syn på individet istedetfor et syn på den enkelte som unik og spesiell, mener Joyce Travelbee (Eide og Eide 2013:135). Hun har et syn på mennesket som enestående og uerstattelig (Kristoffersen 2011:216). For å ivareta dette synet på mennesket må sykepleieren anerkjenne den enkelte pasient som unik og uerstattelig. I tillegg må hun fremme utviklingen av et ”menneske-til-menneske-forhold” mellom seg og pasienten fremfor et ”sykepleier-pasient-forhold”. Det for å lettere kunne se hverandre som de menneskene man er. I tillegg må hun gjøre det all sykepleie har som hensikt: å møte pasienten og pårørende sine behov (Eide og Eide 2013:135 og Kristoffersen 2011:219).

Kommunikasjon og samhandling utifra Travelbees tankegang:

Et av sykepleierens viktigste redskaper for å etablere et virkelig menneske-til-menneske-forhold til pasienten er kommunikasjon (Kristoffersen 2011:221). For at sykepleieren skal forstå hva pasienten formidler er hennes behov, må hun både oppfatte det verbale og nonverbale språk. Dette krever evner og ferdigheter til å observere, tolke, beslutte, handle og evaluere. Disse evnene og ferdighetene er ikke noe man lærer på en dag, men noe man opparbeider seg gjennom yrkesaktivitet og lærdom. Man blir aldri utlært på området, men forhåpentligvis bedre og bedre (Eide og Eide 2013:136-137).

Når sykepleier og pasient møtes er det to mennesker som møtes, men med to ulike roller/posisjoner. For at utviklingen av deres forhold skal være god, trengs fem ulike faser. *Første fase* er hvor man møtes og får et førsteinntrykk av hverandre. Sykepleieren må møte pasienten med en åpen holdning, ikke med fordommer eller forventninger om hvordan hun er. Når man først begynner å bli litt kjent og ser personen bak "rollen" er man i *andre fase*. Da begynner man å knytte et bånd til hverandre. Sykepleieren må se pasienten som et unikt menneske og selvstendig individ og ikke tillegge pasienten sine egne følelser og dermed risikere å forholde seg mer til disse enn til pasientens.

I *tredje fase* må hun gå inn i pasientens psykologiske tilstand og prøve å forstå den. Empati er et annet ord for dette. En balansegang mellom å ta avstand og involvere seg i pasientens situasjon må til for å ikke bli medeier av pasientens tanker og følelser. I tillegg til empati må sykepleieren vise sympati for å utøve tilstrekkelig god sykepleie.

Derfor vil *fjerde fase* bestå av å vise dyp personlig medfølelse, interesse og ønske om å hjelpe pasienten ved å kommunisere de følelser og tanker dette omfatter. Man må ikke formidle følelser og tanker fra eget liv eller som kommer veldig sterkt frem hos seg selv til pasienten. Da kan man risikere at hun belastes.

I *femte fase* har forhåpentligvis gjensidig kontakt, tillit og forståelse oppstått. Et menneske-til-menneske-forhold/en relasjon har blitt skapt. Noe som må til for å at god sykepleie skal kunne ytes og mottas (2013:137-139).

2.3.2 Å etablere kontakt (relasjonsbygging)

Som nevnt tidligere kan innesluttethet være et kjennetegn ved anoreksi. Som sykepleier her blir det derfor ekstra viktig å være åpen, spørrende og inviterende, ikke taus. Man skal være den som lytter, og ofte må man jobbe litt for å få noe å lytte til. Å vise interesse og nysjerrighet samt tålmodighet og forståelse blir viktig for å fremme dette. Empati, respekt og ærlighet er også viktig (Skårderud 2007:100-101).

En sykepleier som er synlig og tydelig kan bidra til trygghet og at pasienten ser på henne som et forbilde og lettere følger hennes råd. Man må møte pasienten der hun er og følge hennes tempo. Man må respektere at pasienten før behandlingen skjulte symptomer og gjorde seg usynlig og derfor trenger tid til å tørre å vise og fortelle om dette (Hummelvoll 2012:322).

I en studie fra New Zealand legges det vekt på det at å vise og gi uttrykk for at du ønsker å stå ved pasientens side og støtte henne på veien mot å bli frisk er viktig for å opprette en terapeutisk relasjon. Dersom pasienten vet at du vil det beste for henne og virkelig ønsker å ta del i denne krevende prosessen kan det bidra til en god forbindelse/relasjon. For at den mellommenneskelige prosessen skal bidra til en god relasjon, må sykepleieren formidle kunnskap, håp og tålmodighet (Snell, Crowe og Jordan 2010:353-4).

Om man deler sin kunnskap og sine erfaringer med pasienten og pårørende kan dette bidra til å fremme trygghet. Man må dele den på en måte som skaper gjensidig forståelse og ikke en oppfattelse av deg som en bedreviter. Samtidig må man åpne for at pasienten deler sine kunnskaper og erfaringer med deg (Skårderud 2007:100).

Det lønner seg å informere pasienten om rammer for behandlingen og kanskje dypere beskrive innholdet, for å skape en god oversikt over hva hun har i vente. Da forbereder man pasienten på det man som sykepleier vil "kreve" av henne. Samtidig får man muligheten til å forklare hvorfor. Man bør også åpne for pasientens egne tanker om hva hun forventer og tenker om behandlingen, dette kanskje aller først (Hummelvoll 2012:321).

2.3.3 Skillet mellom profesjonelle og private relasjoner

Å skille private og profesjonelle relasjoner kan være en utfordring. Hva er forskjellen?

Private relasjoner er de relasjoner du har med mennesker som du ikke utøver sykepleie ovenfor. Disse menneskene omgås du i alle settinger, ikke bare når de er syke eller har det vanskelig og trenger deg som mest. Barna, ektefellen og foreldrene dine har du et gjensidig og sterkt bånd til. Også følelsesmessig. Mye handler om å gi og ta. Dette kjennetegner private relasjoner.

Ved profesjonelle relasjoner derimot, baserer båndet mellom deg som sykepleier og pasienten seg på ensidighet og asymmetri. Du kan ikke forvente å motta omsorg og støtte fra pasienten, men det er derimot din jobb og plikt å gi omsorg og støtte *til* pasienten. Det emosjonelle båndet er også annerledes her (Kristoffersen og Nortvedt 2011:85).

3 Metode

Med metode menes den fremgangsmåten man bruker for å finne eller etterprøve kunnskap. I valg av metode må man se på hvilken metode som gir størst mulighet til å finne svar på spørsmålet eller spørsmålene man har (Dalland 2012:111). Man må både vurdere hvilken metode man behersker, hvilken som egner seg og som lønner seg økonomisk og tidsmessig (2012:114).

Metoden skal hjelpe oss til å finne den informasjonen vi trenger/de data vi er ute etter å finne. Hovedmetodene for å finne data er kvalitativ og kvantitativ metode. For å finne svar på de(n) enkeltes opplevelse av noe/kvaliteten på noe, bruker man kvalitativ metode. For å finne svar på variabler/målbare data bruker man kvantitativ metode (2012:112).

Jeg har i oppgaven valgt å bruke kvalitativ metode.

3.1 Kvalitativ metode og casestudie

For å finne svar på opplevelser, meninger og tanker om noe bruker man kvalitativ metode. Ved innhenting av data er man i direkte kontakt med det/den/de man vil undersøke. Man får et jeg-du-forhold til den eller de man samler data fra. Man er ute etter særegne data fra den enkelte. Det innebærer at man åpner for egendefinerte svar istedetfor å ha forhåndsbestemte svaralternativer. Man undersøker kanskje få enheter, men går i dybden på disse for å få et helhetlig bilde (Dalland 2012:112-113). Et kvalitativt studie preges ofte av forskerens personlighet (2012:114).

Casestudie

Case betyr ”tilfelle” og i et casestudie ønsker man å se nærmere på et tilfelle eller et studieobjekt. Det kan være et program, et individ, en hendelse eller lignende. Kjennetegn ved et case er at man avgrenser oppmerksomheten til nettopp ett studieobjekt og gir grundige beskrivelser av dette.

Robert K. Yin har i følge Johannesen m.fl. en tilnærming til casedesign som er svært metodisk og derfor anbefalt; å gjøre en detaljert og omfattende datasamling av noen få enheter eller caser av en og samme art over uker, måneder eller år er hva som kjennetegner et casestudie.

Om man sammenligner overnevnt fakta med fakta om kvalitativ metode ser man flere likhetstrekk. Det er vanlig å gjennomføre casestudiet med en kvalitativ tilnærming. Det vil si ved å gjøre observasjoner eller åpne intervjuer for å innhente data. Man kan også bruke kvantitativ tilnærming, som spørreskjemaer med avkrysning eller statistikk.

Kvalitative casestudier omhandler som regel noe fra praksis, oftest et problem. Man stiller seg spørsmål ved en prosess eller spørsmål for å få mer forståelse av noe ved å spørre hva, hvordan eller hvorfor (Johannesen, Tufte og Christoffersen 2010:85-86).

Syrker ved å gjøre et casestudie er at man får mulighet til å se enheten man ønsker å undersøke i dybden, dette ved å finne frem til viktige detaljer (Wæhle og Sterri 2014). *Svakheter* er at man konkluderer med noe for flere enheter på vegne av èn. Er alle enheter like? Om de årsakene man kommer frem til stemmer, kan diskuteres da det forekommer mange ulike fenomener og årsaker til ting (ibid).

3.2 Valg av metode og design

Jeg ønsker å finne svar på hvordan sykepleieren kan gå fram for å skape god relasjon til pasienter med anoreksi. Jeg har valgt å gjøre et kvalitativt studie i form av casestudie da egne erfaringer og observasjoner fra situasjoner er noe jeg ønsker å se nærmere på og lære av.

Jeg har valgt å bruke kvalitativ forskning i oppgaven for å få med pasienters og sykepleieres synspunkter i form av tanker og meninger fra å ha stått i denne typen situasjoner. Da blir det så situasjonsnære som mulig, noe som er gunstig for besvarelsen av oppgaven. Denne fremgangsmåten velger jèg å bruke for å lære; å lytte til noen som har erfaring.

Jeg har valgt å studere et enkeltcase med èn analyseenhet. Dette innebærer at jeg forsøker å finne ut mer om èn case ved å samle informasjon fra èn gruppe pasienter (Johannesen m.fl. 2010:88, tabell 4.1). Ved å se nærmere på dette ønsker jeg å få svar på ”hvordan”.

Analyseenheten min er en gruppe pasienter som har anoreksi. Jeg har ingen teoretisk antakelse på forhånd om hvordan sykepleieren kan bidra til at en god relasjon skapes. Analysestrategien blir derfor en beskrivende casestudie (Johannesen m.fl. 2010:87).

3.3 Innsamling og analyse av data

Datainnsamlingen min er basert på egne observasjoner fra møter med pasienter med anoreksi i alderen 12-18 år. Egne dagboknotater om vanskelige situasjoner/pasientmøter på jobb er også inkludert, da om hvordan jeg tenkte og følte i ettertid.

Utvalget av data er gjort strategisk. Det vil si at data som er inkludert i caset er data fra pasientmøter som var utfordrende. Dette for å få frem de elementer som må sees nærmere på og ikke de som allerede er forstått. Møter som gikk greit er ikke inkludert (Dalland 2012:116-117).

Jeg velger å skrive et case basert på data fra situasjoner/hendelser på jobb over en periode på cirka 6 måneder. Dette fra ulike møter med pasienter med anoreksi. Grunnen til at jeg tar med data fra ulike møter er for å forsøke å anonymisere best mulig. Jeg ser det ikke som hinder å blande sammen flere pasientsituasjoner da de ulike elementene går igjen hos de fleste pasientene jeg har møtt. For at dataene skal være anonymiserte har jeg tatt høyde for følgende:

Når opplysninger ikke på noe som helst vis kan identifisere enkeltpersoner i et materiale, hverken gjennom navn eller personopplysninger, eller indirekte gjennom bakgrunnsvariabler, da er opplysningene anonymisert (Dalland 2012:103).

For å gjøre caset så pålitelig og nøyaktig som mulig er det viktig å tenke på hvilke briller du så situasjonen med og kanskje hva dette kunne bidra til (Dalland 2012:120-121). Det er fra mitt ståsted situasjonen blir beskrevet, og tolkningen og bearbeidingen av dataene kan påvirkes av dette. Å tenke over egne holdninger, forhistorie og kunnskap er viktig (2012:121). I denne situasjonen kunne jeg på et vis se eller forstå pasientens sårbarhet. Dette kan bidra til at jeg bedre la merke til de tingene som ikke støttet opp under sårbarheten enn de tingene som faktisk gjorde det. Kanskje var jeg for opptatt av dette? Kanskje var ikke sårbarheten så utpreget som jeg antok? Hva vet jeg. Kanskje har jeg også oversett noe? I tillegg så jeg møtene med pasientene som utfordrende. Kan denne opplevelsen skyldes mangel på kunnskap?

Hvordan analysert data:

For å analysere eller bearbeide data i caset bruker jeg en hermeneutisk tilnærming for å forstå (Patel og Davidson 1995:26). Hermeneutikk betyr fortolkningslære og handler om å tolke og dermed prøve å forstå menneskets eksistens (Dalland 2012:57). I følge hermeneutikken har menneskelige handlinger mening, og for å forstå den som mottar hjelp kan tolkning hjelpe oss (2012:56 og 58). Ved å tolke språket, handlinger og livsytringer kan vi forstå oss selv og andre (Patel og Davidson 1995:26).

Ved å se på en helhet og deretter delene i den, for så å bytte på å se på helheten og delene kan man komme fram til en forståelse. Man kan også inkludere seg selv i helheten i tillegg til forskningsobjektet og veksle mellom å tolke sitt subjektive og objektets syn/språk/handlinger. Dette kalles tilsammen den hermeneutiske spiral (1995:26). Innlevelse, subjektivitet og egen vurdering er tilstede. Du står i relasjon til og er en del av samme virkelighet som forskningsobjektet (1995:27).

En hermeneutisk tilnærming har noen *svakheter*. Å tolke er en usikker metode å bruke for å komme frem til noe/konkludere med noe. Resultatet er sjeldent testbart da det inneholder tolkerens førforståelse og egne vurderinger. I tillegg vil konteksten/sammenhengen påvirke resultatet (Thurèn 2009:113).

For ordens skyld har jeg i analysen valgt å sette de utvalgte elementene, antatt årsak og tema inn i en tabell.

3.4 Ethiske overveielser

Ved å gjøre denne studien må jeg være obs på å ikke skade noen, da denne pasientgruppen kan være en svak gruppe å velge. Ved å anonymisere og generalisere forsøker jeg å verne den enkelte. Pasientene her er barn (under 18 år), noe som krever ekstra varsomhet. Ønsket om at studiet skal ha terapeutisk effekt, altså være til hjelp for den enkelte pasient er tilstede. Men det antas at de inkluderte i casen ikke får nytte av besvarelsen av problemstillingen. Pasienter i fremtiden kan derimot få det. Isåfall kalles det ikke-terapeutisk forskning. Eller et ikke-terapeutisk studie da denne oppgaven ikke er forskning.

Prinsippet om autonomi, om å gjøre godt og ikke skade er vektlagt (Johannessen, Molven og Roalkvam 2007:270-271).

Kan noen kjenne seg igjen i casen? Da pasienter, pårørende eller kolleger?

Setter problemstillingen pasienter med anoreksi i et dårlig lys?

Dette er spørsmål jeg har stilt meg, men besvart med at jeg ikke har i hensikt å hverken skade eller diskriminere noen, men heller hjelpe. Jeg har et ønsket om å lære hvordan å skape en god relasjon som skal bidra til best mulig helhetlig sykepleie til pasienter med anoreksi innlagt i sykehus.

Rettferdighetsprinsippet som handler om at forskningen skal være til hjelp for alle grupper og ikke for spesielt utvalgte blir her litt vanskelig da en bacheloroppgave skal spisses så godt som mulig (2007:271). Ei bacheloroppgave er ikke forskning, men ei oppgave med hensikt i at studenten fordyper seg i et tema som er relevant innenfor sykepleie.

4 Funn

Jeg velger å presentere funn som en fortelling fra begynnelse til slutt. Data som beskriver situasjonen/hendelsen er inkludert i denne fortellingen.

4.1 Case

Ei jente i tenårene er innlagt på sykehuset. En av foreldrene er der med henne hele tiden. Pasienten har fått diagnosen anoreksi og er i behov av medisinsk behandling, da sykdommen har kommet så langt at hun trenger profesjonell hjelp. Det tok lang tid før foreldrene oppdaget at dattera var syk. Store klær, få ord om hva som foregikk og en del tid for seg selv gjorde at hun klarte å skjule det. At familien så hverandre daglig bidro til at det var vanskelig å se ei utvikling. Det som gjorde at foreldrene etterhvert skjønnte at noe var galt var at dattera fort ble sint på de når de kommenterte noe knyttet til mat og trening. Det endte med at hun løp gråtende ut på rommet sitt. Dette gjentok seg og dattera ble mindre og mindre tilstede i fellesrommene i huset når hele familien var hjemme.

Da de først oppsøkte lege ble hun motvillig med. Hun lurte på hvorfor de skulle til legen og forsvarte seg med at hun ikke var syk. Legen så fort at tiltak måtte iverksettes. Familien fikk i oppgave å jobbe med det på hjemmebane. Det ble ikke enkelt og foreldrene ga opp. De oppsøkte igjen legen for ønske om mer hjelp.

Det ble da konkludert med sykehusinnleggelse for behandling, da legen så at pasienten var i behov av dette.

I mottakelsen på sykehuset ble det laget et tverrfaglig team for pasienten og gjennomført undersøkelser og samtaler for planlegging. Det ble utarbeidet en behandlingsplan, ei regelliste og en kostplan for pasienten som både familien og personalet skulle ha tilgang til og forholde seg til. Pasienten i samråd med legen og foreldrene signerte på å delta i behandlingsopplegget.

Deretter startet behandlingen. Det ble opprettet ei ansvarsgruppe for pasienten blant sykepleierne på post. Når ingen av de var på jobb fikk noen andre ansvar for pasienten.

Denne helga fikk jeg som sykepleierstudent på jobb ansvar for henne. Jeg satte meg inn i reglene og kostplanen for den aktuelle uka/perioden og spurte kolleger om det jeg lurte på. Jeg gikk inn til pasienten for å hilse på, ta målinger og å spørre om ønske for pålegg til

frokosten. Hun hilste og svarte knapt. Hun så spektakulært bort på meg. Hverken hun eller mora sa stort. Jeg fant ikke ord. Jeg gikk derfor ganske fort ut igjen fra rommet.

Da jeg kom inn med maten satte pasienten seg omsider ved bordet uten å si noe.

Noen små detaljfeil ved maten gjorde at hun ble oppgitt. Det sto ikke noe sted hvordan denne detaljen skulle være og ingen hadde informert meg om dette.

Pasienten svarte kun på det hun måtte ved tiltale og det gjorde hun med ”krass” og høylydt stemme. Hun kom med uttalelser som ”hvorfor klarer du ikke å gjøre sånn det skal være?”, ”det her er så jævlig dritt, jeg orker det ikke mer!” og ”jeg er så lei...”. Deretter begynte hun å gråte. Hun så ikke på meg når hun sa det, men hadde hodet ned, med håret og hendene foran ansiktet.

Mora satt også ved bordet og sa med lav stemme hva som plaget pasienten eller hva som kunne gjøres for at situasjonen kunne bli bedre. Ellers ble det bare sagt at ”vi følger planen som vanlig”.

Pasienten gråt i nesten en time tilsammen, da hun fikk servert vanlig frokost en halvtime og næringsdrikke en halvtime fordi frokosten ikke ble spist. Jeg satte meg ned på huk ved siden av bordet for å vise forståelse og bekrefte pasienten ved å si ”jeg forstår at dette er vanskelig for deg”. Jeg fikk ikke noe svar.

Moren satt der med henne hele tiden, jeg gikk litt inn og ut, ettersom tiden gikk.

Deretter startet en ny halvtime med sondeernæring, noe som er siste utvei. Det virket som om pasienten ønsket dette, da hun spurte om vi bare kunne begynne med den midt i halvtimen med næringsdrikke. Det var ingen motstand i at jeg skulle legge ned sonden, hun hjalp til. Jeg var tilstede under hele sondemåltidet på ca 30 minutter for å se til at pasienten fikk i seg alt.

Mora gikk ut for å ta noen telefoner. Når sondematen hadde startet gråt ikke pasienten lenger. Hun virket rolig og fornøyd. Jeg satte meg ned i en stol litt på avstand med en bevisst avslappet kroppsholdning og fant ulike temaer å snakke om. Hun svarte med litt fler ord på tiltale da og gav til tider blikkontakt.

4.2 Analyse

Ord og handlinger	Årsaker?	Hva handler dette om? <u>Tema</u>
Av pasienten		
Store klær, få ord om hva som foregikk og en del tid for seg selv	Et ønske om å skjule?	Skam Usikkerhet
Ble fort sint når de kommenterte noe knyttet til mat og trening	Noen kritiserer det hun jobber hardt for. Sårende?	Sårbarhet
Endte med at hun løp gråtende ut på rommet sitt. Ble mer og mer på rommet.	Kanskje nærvær med de andre byr på flere kommentarer/samtaler om temaet?	Sårbarhet
Ble motvillig med til legen. ”Jeg er ikke syk”.	Har ikke innsett at hun er syk?	Forvrent kroppsbilde
Signerte på å delta i behandlingsopplegget	Ønsker hjelp? Kanskje at noen andre enn foreldrene kan være tilstede?	Behov for omsorg, støtte og forståelse
Hilste og svarte knapt	Ikke ord?	Indre tomhet/sårbarhet Ukjent personell
Så skeptisk bort på meg	En ukjent?	Utrygghet/usikkerhet
Hverken hun eller moren sa stort	En lei situasjon for de begge? Visste hva de hadde i vente etterpå? (måltid)	Ukjent personell Usikkerhet Frykt for mat
Pasienten ble oppgitt	Kanskje det har skjedd før? Eller kanskje aldri?	Frykt for å bli tykk Sårbarhet
”Hvorfor klarer du ikke å gjør sånn det skal være?”	Kanskje det har skjedd før? Eller kanskje aldri? Irritabilitet?	Frykt for å bli tykk Sårbarhet
”Det her er så jævlig dritt, jeg orker det ikke mer!” ”Jeg er så lei..”	Liten evne til å takle forandring/at ting ikke er akkurat som planlagt?	Sårbarhet Frykt for å bli tykk
Hun så ikke på meg	Unngåelsesatferd?	Sårbarhet/usikkerhet
Gråt i nesten en time	På grunn av all maten? Angst for å spise?	Sårbarhet/ Angst/frykt
Det virket som om hun ønsket sonde-mat, da hun etterspurte dette. Hjalp til under sondedleggingen.	Slapp å ta opp kampen med seg selv?	Angst for å spise
Gråt ikke lenger og virket rolig.	Slapp å måtte ta steget å spise selv?	Angst/frykt
Svarte med litt fler ord på tiltale og ga til tider blikkontakt.	Kanskje var det godt å prate om noe annet? Kanskje litt tryggere i relasjonen?	Behov for omsorg Etablere kontakt/relasjon

Av meg som sykepleierstudent		
Satte meg inn i reglene og kostplanen og spurte kolleger	For å vite hva jeg skulle gjøre, et ønske om å gjøre ting riktig	Erfarings- og kunnskapsmangel
Gikk inn for å hilse på, ta målinger og spørre om påleggsønske.	En selvfølge	Etablere kontakt/relasjon
Fant ikke ord så gikk ganske fort ut igjen.	Usikkerhet	Erfarings- og kunnskapsmangel.
Gjorde noen små detaljfeil med maten.	Hadde ikke lest/hørt noe om dette	Erfarings- og kunnskapsmangel
Satte meg ned på huk og sa ”jeg forstår at dette er vanskelig for deg”.	Forsøk på å vise forståelse og at pasienten skulle se på meg som medmenneske	Etablere kontakt/relasjon
Gikk litt inn og ut ettersom tidene var gått.	Stress på jobb, andre ting som måtte gjøres. Noe glad for å slippe å være tilstede pga usikkerhet til hva jeg skulle si og gjøre. Så lenge foreldren er tilstede trenger ikke du det. Kanskje er det ikke ønskelig heller? Men jeg tilbød meg heller ikke.	Erfarings- og kunnskapsmangel
Jeg satte meg ned i en stol litt på avstand med en bevisst avslappet kroppsholdning og fant ulike temaer å snakke om.	For å ikke ”treng meg på” og for å bli kjent	Bli kjent og skape god relasjon.

Etter å ha plukket ut elementer/data fra caset har jeg funnet/tolket meg frem til årsaker og dermed ulike tema. De temaene som går igjen er: **skam, sårbarhet/indre tomhet/usikkerhet/utrygghet, frykt/angst, forvrent kroppsbilde, behov for omsorg, støtte og forståelse, ukjent personell, erfarings- og kunnskapsmangel og etablere kontakt/relasjonsbygging.**

”Etablere kontakt/relasjonsbygging” blir overordnet tema i drøftingen da det er dette oppgaven i hovedsak handler om. De andre temaene virker inn på det å etablere kontakt og skape relasjon og vil derfor inkluderes i drøftingen. Selv om underoverskrifter i drøftingen har litt andre titler enn temaene, vil alle inkluderes.

5 Drøfting

Hvordan kan sykepleieren møte pasient med anoreksi på en måte som skaper en god relasjon?

I casen forsøkte jeg å etablere kontakt og relasjon ved å hilse på, vise forståelse og forsøke å bli kjent ved å finne ulike ting å snakke med pasienten om. Jeg kunne egentlig tenkt meg å blitt bedre kjent med både pasienten og pårørende allerede ved første møte. I andre møter med pasienter og pårørende pleier jeg å ta meg god tid ved første møte for å bli kjent og danne meg et bilde av deres situasjon og for at de skal bli kjent med meg og hva jeg kan hjelpe med. I møtet i casen var pasienten og pårørende veldig stille. Jeg visste ikke helt hva jeg skulle si, det var vanskelig å finne ord.

Som sykepleier i møte med en innesluttet pasient må man være åpen, spørrende og inviterende, ikke taus (Skårderud 2007:100-101). I følge Travelbee må man møte pasienten med en åpen holdning uten forventninger eller fordommer om hvordan hun er (Eide og Eide 2013:137). I caset kan man ikke si at overnevnte ble gjort. Hva kan årsaken til dette være? Erfarings- og kunnskapsmangel? Det var et tema som gikk igjen i analysen iallefall.

5.1 Behov for kunnskap

For å jobbe med pasienter som har en spiseforstyrrelse, bør man ha noe forhåndskunnskap. Ifølge Hummelvoll er kunnskapsbehovet stort og man får satt både sine faglige og menneskelige kvalifikasjoner på prøve. Han hevder at personalet trenger veiledning og muligheten for å drøfte situasjoner med en utenforstående. Det for å utvikle seg som fagperson og ikke minst øke kvaliteten på sykepleien (2012:322).

Å formidle kunnskap er noe som skaper trygghet (Skårderud 2007:100). Å formidle kunnskap er noe som bidrar til en god relasjon (Snell m.fl. 2010:353-4). Denne kunnskapen er vel noe man får med arbeidserfaring, kursing og veiledning? Men hva om man ikke har fått opparbeidet seg denne kunnskapen og erfaringen enda? Kan man allikevel klare å skape en god relasjon?

I casen skrev pasienten under på å delta i behandlingen til tross for at hun i utgangspunktet ikke ville bli med til legen. Tolkning fra caset viser at dette kan skyldes et behov for omsorg, støtte og forståelse. For å dekke disse behovene må man først etablere en god relasjon. Men hvordan kan man bygge og skape denne?

5.2 Å skape kontakt og en god relasjon

I første fase når ukjent personell, en ny sykepleier, kommer inn til pasienten er det naturlig at partene ser på hverandre som pasient og sykepleier. For å endre denne rolleoppfatningen må sykepleieren ifølge Travelbee forsøke å bli kjent med pasienten. Det ved å observere og vurdere pasienten og deretter dele med henne hvordan hun oppfatter henne og hennes situasjon. Da blir det viktig å møte med åpen holdning og ikke la tidlige fordommer eller forestillinger få innpass (Eide og Eide 2013:137). For å kunne observere og vurdere pasienten må man ha evnen til å oppfatte pasientens verbale og nonverbale språk. Dette ved å observere, tolke, beslutte, handle og evaluere. For å få til dette på en god måte trengs det både erfaring og lærdom (Eide og Eide 2013:136-137).

For at første fase skal fullføres og bli vellykket bør man kanskje få muligheten til å observere både verbalt og nonverbalt språk? Hva om pasienten bare kommuniserer ett av språkene? Man vet at pasienter med anoreksi oftest er innestengt og innesluttet. De åpner seg sjeldent eller aldri for noen (Skårderud 2007:42). Hvor lang tid det tar før pasienten åpner seg for deg er uvisst. Også om hun i det heletatt vil gjøre det er uvisst. Men føler hun seg trygg på deg kan det være lettere for henne (Skårderud 2007:95). I casen har pasienten trolig ikke blitt trygg på deg enda.

5.2.1 Å skape trygghet

En sykepleier som er synlig og tydelig og som møter pasienten der hun er, kan fremme trygghet (Hummelvoll 2012:322). Om du forteller pasienten at du virkelig ønsker å stå ved hennes side og støtte henne på veien mot å bli frisk og samtidig formidler håp om at hun vil bli frisk, kan du skape trygghet. Å dele kunnskap du eventuelt har om hva som kan være til hjelp for henne kan være lurt. Da kan du kanskje bidra til at hun forteller deg om sine erfaringer og den kunnskap hun har (Snell m.fl. 2010:353-4 og Skårderud 2007:100). Da har du gitt pasienten mulighet for å bli kjent med deg og du har forhåpentligvis blitt litt kjent med henne og hennes tanker, erfaringer og kunnskap.

Om man får til dette har man allerede gått inn i andre fase i etableringen av et godt menneske-til-menneske-forhold. Da har man blitt kjent med hverandre som de menneskene man er istedetfor bare å bli kjent med "rollefigurene". Å se pasienten som et unikt og selvstendig individ og ikke tillegge pasienten dine følelser, men lytte til *hennes* tanker og følelser blir

viktig (Eide og Eide 2013:138). Pasienter opplever å bare bli sett som den syke og ikke som den personen man er utenom sykdommen. De føler at de blir sammenlignet med alle andre med anoreksi (Offord m.fl. 2006:381). Alle mennesker har behov for å bli sett og bekreftet. Å kun ha fokus på vektøkning og de ytre symptomene er det samme som å ikke se pasienten. Resultatet kan da bli en person som fortsatt er spiseforstyrret, men som har en bedret fysisk helse. Den psykiske helsen kan derimot bli verre og pasienten står i fare for å utvikle bulimi (Skårderud 2007:95-96).

Empati er helt sentralt i møtet med pasienten i caset for å forstå hennes situasjon, tanker og følelser. Tredje fase i Travelbees modell handler om nettopp empati. En balansegang mellom å ta avstand til og å involvere seg i hennes situasjon må til (Eide og Eide 2013:138).

Fjerde fase i modellen innebærer å vise sympati. Å vise dyp personlig medfølelse og interesse og formidle ønske om å hjelpe. Det å dele med henne de følelser og tanker du får omkring det hun forteller vil kunne bidra til å fremme tillitsforholdet og relasjonen dere imellom. Men du må passe på at du ikke belaster henne med dine følelser (Eide og Eide 2013:138). Målet er at *pasienten* skal føle seg sett, forstått og ivaretatt.

Gjennom disse fire fasene i arbeidet med å etablere et godt menneske-til-menneske-forhold har gjensidig kontakt og forståelse forhåpentligvis oppstått. I femte fase har isåfall et godt menneske-til-menneske-forhold blitt etablert (Eide og Eide 2013:139). En god relasjon har forhåpentligvis blitt til.

Om du følger disse fasene har du muligens de egenskapene pasientene i studien fra Sydney verdsatte?

5.2.2 Å vise omsorg, støtte og forståelse

Ifølge pasientene i studien fra Sydney var sykepleierne som viste forståelse, brydde seg, hadde en mild og vennlig fremtoning og gjorde at de følte seg hjemme, de sykepleierne pasientene fikk best relasjon til (Zugai m.fl. 2013:2024-25). Om de brukte litt humor og fikk pasienten til å føle seg som et normalt mennesker fikk de "favorittstempelet" (ibid).

De overnevnte egenskapene kan man kanskje ha uten å ha spisskompetanse på spiseforstyrrelser? Dette kan jo være egenskaper man ser i en typisk "morsrolle"? At

pasienten føler seg hjemme og som et normalt menneske kan komme av at sykepleieren viser den omsorg og tilstedeværelse som en forelder eller et familiemedlem ville gjort.

Men er ”favoritt” et gunstig stempel og en gunstig rolle i relasjonen mellom pasienten og sykepleieren i caset?

Ifølge Hummelvoll bør ”morsrollen” dempes til fordel for rollen som ”saksorientert” (2012:321). Sykepleiere hevder derimot at det å følge behandlingsplanen til punkt og prikke kan være til hinder for å danne en god relasjon. Dette i møte med pasienter som har en spiseforstyrrelse. Motløshet var en følelse de beskrev, dette fordi de var usikre på om den gjeldende behandlingsplanen og fremgangsmåten egentlig var til hjelp for pasienten (Snell m.fl. 2010:354).

Men kan man sammenligne det å være saksorientert med det å følge behandlingsplanen til punkt og prikke?

Å være saksorientert innebærer å respektere pasientens grenser og samtidig har kontroll på at planer blir fulgt (Hummelvoll 2012:321). Å respektere pasientens grenser kan innebære at man tar hensyn til at hun lenge har skjult sine symptomer, tanker og følelser og at hun trenger tid for å endre på dette. Det vil muligens også bidra til at utviklingen av relasjonen går lettere (Hummelvoll 2012:322). Da gjenstår bare evnen til å ha kontroll på at planer blir fulgt. Men hvordan kan man gjøre dette på en måte som skaper og ivaretar den gode relasjonen?

- Pasienten kan føle seg lite verdsatt, maktesløs og ute av kontroll om du fremstår *for* kontrollerende, mistenksom og streng (Offord m.fl. 2006:385).
- Pasienten får et negativt syn på sykepleieren som er for streng eller kanskje streng uten grunn og som viser lite eller ingen hensyn og fleksibilitet (Zugai m.fl. 2013:2024).
- For mye fokus på grenser vil kunne føre til forverring av pasienten i caset sin tilstand og samtidig bli utfordrende for sykepleieren. Det fordi dette kan føre til at sterke følelser kommer til uttrykk hos pasienten og gjør at sykepleieren føler seg personlig utfordret (Snell m.fl. 2010:355). Kanskje hun føler seg skyldig i at pasienten har det verre?

Hva med å informere pasienten på forhånd?

Å fortelle at man vil følge ekstra med henne for å sørge for at planer blir fulgt er viktig. Samtidig å understreke at du gjør dette kun for å hjelpe henne (Hummelvoll 2012:325). Da kan du kanskje unngå at pasienten opplever ubehag, eller ihvertfall redusere det? Kanskje det kan hindre at hun får et negativt syn på deg og hindre at det går utover relasjonen?

Men kanskje ikke informasjon alene er nok?

Om sykepleieren klarer å ha en avslappet tilnærming og gi faglig støtte i arbeidet med å observere at ting blir gjort riktig kan hun hindre at pasienten føler seg "uglesett" (Offord m.fl. 2006:380). Det viser seg at pasientene opplever de unge ansatte som gode på nettopp dette. Det ved at de snakker om hverdagslige ting, som hva de gjorde i gårkveld. Å få høre litt fra det normale liv utenom sykehuset var godt ifølge en pasient (ibid). Dette kan være godt for pasienten i caset også, og derfor noe sykepleieren bør praktisere.

Knyttet til måltider forteller pasienter at dersom ansatte og pasienter spiser sammen bidrar det til en normal og god atmosfære. Ellers opplever de at atmosfæren er unaturlig og de føler at de må slikke tallerknen for at det skal bli "godkjent" (ibid). Hva om sykepleieren i caset prøver dette? Kan det også fremme en god relasjon?

Sykepleieren må i tillegg ha selvinnsikt og vite hva som virker negativt på relasjonen. Hun må ikke vær for streng, mistenksom og kontrollerende. Ikke være streng uten grunn. Vis litt hensyn og fleksibilitet. Begrense fokuset på grenser eller ihvertfall tenke på hvordan hun fremstår og ordlegger seg. Altså forsøke å gjør det motsatte av hva som virker negativt på relasjonen.

Tilbake til de egenskapene pasientene i studien fra Sydney verdsatte. Vil ikke det å lytte til pasienten sitt syn på gode egenskaper være lurt? Kanskje er disse egenskapene noe pasienten savner og virkelig trenger?

Å bruke humor og få pasienten til å føle seg seg hjemme og som en normal person er viktig (Zugai m.fl. 2013:2024). Det må være fint å snakke med henne om andre ting enn sykdom og gjøre andre ting sammen enn "rutinearbeid"? Det hverdagslige og normale og ikke minst humor er vel like viktig for henne som for andre? Forskning bekrefter dette. Flertallet av deltakere i en undersøkelse forteller at de føler seg fjernet fra sitt liv som ungdom og fra omverdenen ved innleggelse i sykehus. De mister kontakten med venner og får ikke deltatt på

aktiviteter. De føler at livet stoppet opp mens de vet at livet til vennene går videre. Dette gir negative følelser og dårlig trivsel. I tillegg kan det føre til problemer med sosialiseringen når behandlingen er ferdig (Offord m.fl. 2006:379).

Hadde noen oppfordret til eller blitt med på aktiviteter de liker utenfor behandlingsenheten hadde ting kanskje vært bedre og man kunne fortære blitt frisk hevder de (ibid).

Kan dette også være følelser og ønsker hos pasienten i caset? Hva med å spørre henne? Om sykepleieren forsøker å være en erstatte for noe av dette, vil det kanskje bidra til at en god relasjon skapes. Å jobbe for at pasienten kan gjøre ting som fremmer trivsel er trolig lurt. Men hva sier rammene og planene for behandlingen?

5.3 Å samtale om det som er vanskelig

Som analysen av caset viser er både frykt og angst, skam, sårbarhet, indre tomhet, utrygghet og usikkerhet antatte følelser pasienten har. Om man vet at pasienten har disse følelsene inne i seg, burde man ta tak i det.

Lavt og negativt selvbilde, følelsen av å ikke ha kontroll, forvirring, indre kaos og usikkerhet om hvem man er, er ulike kjennetegn hos mennesker med spiseforstyrrelser (Skårderud 2007:22-23). I tillegg har de oftest vanskelig for å sette ord på egne følelser og holder derfor disse for seg selv (2007:24 og 42). Når man holder følelser for seg selv må de komme til uttrykk på andre måter, kanskje i form av å bli sykkelig opphengt i kosthold og trening. Man gjør seg ”sterk” med det og fremstår kanskje som uavhengig og usårbar, men det er vel heller ”stikk motsatt”? Lavt selvbilde gjør deg vel sjeldent sterkere?

Fire av seks jenter som har hatt en spiseforstyrrelse forteller at de alltid har følt seg sårbare, og tre av seks forteller at de har slitt med å skape sin egen identitet og finne sin plass. De forteller at ting som har blitt sagt og gjort av andre har de oppfattet negativt og hatt lett for å tenke at gjelder seg (Skjørten 2012:VIII).

Skam er også en følelse som kan oppstå. Hva kan skam hos pasienten komme av? Pasienten har kanskje innsett at hun ikke er så uavhengig og usårbar som hun har forestilt seg og fremstått som? (Skårderud 2007:19-20). Kanskje innsett at hun ikke har vært sterk nok til å vise hvem hun egentlig er, i et samfunn der alle skal være perfekte?

Jenter forteller at spiseforstyrrelsen har vært eneste utvei fra presset de har følt på i samfunnet. De har dempet følelsen av kaos. De ser også på spiseforstyrrelsen som en frisonne fra vonde/vanskelige minner fra barndommen som det har vært og er vanskelig å snakke om (Skjørten 2012:VIII).

Etterhvert som man blir kjent med pasienten blir det viktig å åpne for samtale omkring disse temaene. Men man må huske at dette er ting som er vanskelig å snakke om. Å ta hensyn til at pasienten lenge har skjult sine symptomer, tanker og følelser og at hun trenger tid for å klare å fortelle, er som nevnt tidligere viktig (Hummelvoll 2012:322).

Om sykepleieren er interessert, tålmodig og forståelsesfull kan det kanskje bli enklere? I det hun forteller blir det viktig å vise empati, respekt og forståelse (Skårderud 2007:100-101).

Å snakke med pasienten om hennes frykt for å legge på seg og bli tykk er viktig. Man vet at angst, anger og skyld er følelser som kan oppstå forbundet med det å spise (Hummelvoll 2012:319-320). Å bekrefte ovenfor pasienten at dette er helt greit og normalt kan kanskje bidra til at disse følelsene dempes? Her er det å spise den største delen av behandlingen, så å forsøke å gjøre det gjennomførbart er viktig.

Et forvrengt eller feil bilde av egen kropp er noe pasienten mest sannsynlig ikke selv ser at hun har. Hva med å spørre henne hvilket syn hun har på seg selv og sin kropp? Hva hun ser når hun ser seg selv i speilet? Man må åpne for egne beskrivelser fra pasienten om hvordan hun tenker og mener hun ser ut. Hvis man kommer med antakelser kan man forsterke det negative synet (Hummelvoll 2012:326). Kanskje kan det at pasienten får satt ord på hvordan hun tenker hun ser ut åpne for egenrefleksjon? ”Er det egentlig sånn jeg ser ut?” Hva om sykepleieren på en vennlig måte beskriver hvordan hun ser pasienten og hennes kropp? Kan det bidra til endret syn? Kanskje kan denne typen refleksjon gjøre behandlingen lettere for pasienten? Både med tanke på spising, hviling, veing med mer.

5.4 Utfordrende situasjoner i relasjonen

På veien mot å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient eller når en god relasjon har blitt dannet, kan det oppstå situasjoner som er utfordrende. Som man ser fra caset kan pasienten bli oppgitt og dermed kanskje kjefte eller si og gjøre ting du som sykepleier kan bli fornærmet av. Man kan spørre om det er *seg* det er noe galt med. Kanskje mister man i tillegg lysten og gnisten til å hjelpe pasienten, og ser henne som umotivert til behandling og

undervurderer hvor syk hun er (Hummelvoll 2012:322)? Kanskje faller man i samme situasjon som foreldrene; glemmer mennesket bak spiseforstyrrelsen?

”Enkelte føler at behandler fokuserer for lite på de bakenforliggende årsakene til spiseforstyrrelsen. ”Du gjemmer deg bak det, at du ikke orker mat. Så det blir en unnskyldning. Så man må ikke glemme å sette fokus på personen bak og ikke bare det at man ikke spiser” – Tone.” (gjengitt fra Folkehelseinstituttet 2009:15).

Hva kan mangel på fokus på bakenforliggende årsaker skyldes? Redsel for å snakke om det som er vanskelig? Kunnskapsmangel? Eller kanskje det som er nevnt over har skjedd?

Hva om pasienten opplever ambivalens til behandlingen? Kanskje tar det veldig mye energi å være i behandling? Om man blir sliten og lei av vanskelige ting kan hvem som helst få et ”utbrudd”?

Sykepleiere forteller at det er viktig å ikke dømme pasienten for det som har blitt sagt eller gjort. Man må komme tilbake med friskt mot og gi en ny sjanse. Å åpne for en samtale i ettertid om det som har skjedd er viktig (Snell m.fl. 2010:355). I caset hvor man står i en profesjonell relasjon, baserer båndet mellom deg og pasienten seg på ensidighet og asymmetri. Du kan ikke kreve å motta omsorg og støtte fra pasienten, men det er derimot din plikt å gi omsorg og støtte til henne (Kristoffersen og Nortvedt 2011:85).

Irritabilitet, stahet og trassighet er kjennetegn ved humøret hos mennesker med en spiseforstyrrelse ifølge Skårderud (2007:19-20). Hos pasienten i caset kan disse kjennetegnene ses i større eller mindre grad. Å makte og ta imot pasientens sinne blir en oppgave og samtidig en utfordring for sykepleieren ifølge Hummelvoll. Du må forsøke å tenke at dette skyldes sykdommen og egentlig er tegn på at pasienten går mot å bli friskere ettersom hun uttrykker følelser (Hummelvoll 2012:325).

Det siste pasienten trenger er en sykepleier som ikke klarer å stå i dette. For å være til hjelp må eller bør du være trygg på deg selv. Stor grad av selvkontroll må til for å ikke bli frustrert og for å ha overskudd til å gå inn til pasienten igjen og igjen (Snell m.fl. 2010:355).

For at du skal klare dette, og fortsette å stå ved pasientens side vil støtte fra kolleger bli viktig. I tillegg kan kunnskap om hva sykdommen fører til, her knyttet til atferd, og evnen til å se og endre på egne handlinger hjelpe (ibid). Kunnskap og selvinnsikt vil også kunne bidra til at du blir mer trygg på seg selv i utøvelsen?

6 Avslutning

For at en god relasjon skal bli til mellom sykepleieren og pasienten, må sykepleieren ha ulike kunnskaper og ferdigheter. Hun må ha evnen til å møte pasienten der *hun* er med en åpen holdning. Ikke med forestillinger om hvem hun kommer til å møte. Men hun må ha kunnskap om den hun skal møte. Hun må være forberedt på både egne og pasientens reaksjoner, uttalelser og handlinger. Hun må ha selvinnsikt og aller helst være trygg på seg selv i egen utøvelse.

Som nyutdannet uten mye erfaring og kunnskap på området, må hun bruke kolleger aktivt. Det for både å dele sine erfaringer og lytte til og lære av deres. Dette vil øke kvaliteten på sykepleien, og dermed øke evnen til å skape en god relasjon. Kanskje kan ærlighet ovenfor pasienten og pårørende om at man er nyutdannet og ikke utlært være en god inngangsport for en god relasjon? Kanskje kan det senke deres forventninger til sykepleieren og heller fremme et ønske om å bli kjent med denne sykepleieren og hva *hun* kan bidra med?

Sykepleieren bør huske at pasienter selv har fortalt at de unge pleierne også duger. De var faktisk best på å skape en naturlig atmosfære ved at de samtale om dagligdagse ting. Så å gjøre det er vel ikke dumt for relasjonsskapingen?

Om sykepleieren har Travelbee sin modell om å etablere et godt menneske-til-menneske-forhold i bakhodet, kan hun forhåpentligvis klare å møte pasienten på en måte som skaper en god relasjon. Det vil mest sannsynlig hjelpe om hun vet hvilke egenskaper pasienter tidligere har verdsatt hos sykepleiere.

Sykepleieren må forsøke å være saksorientert i den grad det er nyttig og samtidig huske at det er et normalt menneske, et unikt individ man har med å gjøre. Om hun forsøker å være seg selv og trygg på det, forsøker å finne ting å snakke om og tørr å stå i de vanskelige situasjonene antar jeg hun vil komme langt. Å tørre å snakke med pasienten om de vanskelige temaene blir viktig. Tenk om det var du som hadde alle disse følelsene og tankene inne i deg? Ville det ikke vært godt om noen hjalp deg å få dem ut? Det er lurt å finne en balansegang mellom å snakke om allminnelige ting og om det som omhandler sykdom og behandling. Også må hun huske å ta hensyn, gi tid og vise forståelse for at ting er vanskelig.

Om sykepleieren imøte med pasienten har kunnskap om hva det innebærer å være innlagt sykehus med anoreksi, evnen til å fremme håp og evnen til å vise tålmodighet vil hun sannsynligvis bidra til at en god relasjon skapes.

Kanskje kan hun etterhvert, om hun får tillatelse på arbeidsplassen, gjøre ting sammen med pasienten som fremmer normalitet, glede og trivsel? Det må jo være noe som kan bidra til at en god relasjon skapes og ikke minst vedlikeholdes?

Ved å skape trygghet kan man komme langt på vei i å skape den gode relasjonen. Ved å være tydelig på at du er der for å hjelpe og støtte, og understreker at du ønsker å stå ved pasientens side i tykt og tynt fremmer du trygghet. En god relasjon bør da bli enklere å skape.

En kombinasjon av ”morsrollen” og rollen som saksorientert antas å være gunstig. Da er både fagpersonenes, sykepleiernes og pasientens ord hørt.

Å påstå at sykepleieren i møte med pasienter med anoreksi får satt sine faglige og personlige egenskaper på prøve, tenker jeg at ikke er feil. Men erfaring og kunnskap kan hjelpe henne til å mestre denne arbeidsoppgaven. Evner og ferdigheter er ikke noe man får og lærer på en dag, men noe man opparbeider seg gjennom yrkesaktivitet og lærdom. Man blir aldri utlært, men forhåpentligvis bedre og bedre (Eide og Eide 2013:136-137).

Om data i caset kan generaliseres blant pasienter med anoreksi er vanskelig å si. Svakheter i denne oppgaven er kanskje nettopp det at caset, som er utgangspunkt for drøftinga, kun tar utgangspunkt i noen situasjoner. Samtidig er dem sett fra mitt ståsted. Ingen pasienter er like, ingen sykepleiere er like. Kanskje har jeg oversett noe? Kanskje kan manglende kunnskap ha innvirkning på mitt syn og dermed resultatet? Egen tolkning kan også ha påvirket resultatet. Det må tas høyde for dette dersom denne kunnskapen skal anvendes i utøvelsen.

Men jeg tenker at hovedpoengene i hvordan sykepleieren skal gå fram for å skape en god relasjon kan generaliseres. Om man ser på de grove trekk, ekskludert det særegne ved spiseforstyrrelser, vil mye her egne seg i alle situasjoner hvor en god relasjon er ønskelig å skape.

Det kan videre være grunnlag for å undersøke om kunnskapsnivået til alle pleiere og sykepleiere er godt nok for å møte denne pasientgruppen. Det kunne òg være interessant å

undersøke og sammenligne evnen til å skape en god relasjon i denne typen pasientmøter blant pleiere med og uten tilleggskompetanse.

I oppgaven og spesielt i drøftingskapitlet har jeg stilt en del spørsmål. Noen har jeg belyst og gått i dybden på, andre ”henger litt i løse lufta”. Disse kunne jeg tenke meg å se nærmere på, for eksempel i et videre studie.

Litteraturliste

Aarre, T.F., Bugge, P. Og Juklestad, S.I. (2009). *Psykisatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Bokmålsordboka (2010). *Søkeordene: pasient, anoreksi, god og relasjon*. Hentet 06.02.15 fra: <http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=&bokmaal=+&ordbok=bokmaal>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. og Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Folkehelseinstituttet (2009). *Livet med anoreksi: Erfaringer fra mennesker med diagnosen*. Hentet 04.02.15 fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/04d4b275f5.pdf>

➔ Sendte mail og spurte om å få heftet tilsendt, men de hadde ikke fler.

Grønseth, R. og Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Hummelvoll, J.K. (2012). *HELT – IKKE STYKKVIS OG DELT. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Johannesen, A., Tufte, P.A. og Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode, kap. 4*. 4. utg. Oslo: Abstrakt Forlag.

Johannessen, K.I., Molven, O. Og Roalkvam, S. (2007). *Godt – rett – rettferdig. Etikk for sykepleiere*. Oslo: Akribe AS.

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. Og Skaug, E.-A. *Grunnleggende sykepleie 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N.J. og Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. Og Skaug, E.-A. *Grunnleggende sykepleie 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lovdata.no (2015). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet 26.02.15 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Nsf.no (2011). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 02.02.15 fra: <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/2182990/seefile>

Offord, A., Turner, H. og Cooper, M. (2006). *John Wiley & Sons, Ltd and Eating Disorders Association*. DOI: 10.1002/erv.687

Patel, R. Og Davidson, B. (1995). *Forskningsmetodikkens grunnlag. Å planlegge, gjennomføre og rapportere en undersøkelse*. Oversatt av Larsen, F.B. Oslo: Universitetsforlaget.

Skjørten, M. H. (2012). *"Verden forventer ikke at du er perfekt, men du TROR at verden forventer det!"*. Universitetet i Oslo: Det utdanningsvitenskapelige Fakultet. Institutt for spesialpedagogikk. (Masteroppgave i spesialpedagogikk) Hentet 16.02.15 fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/31479/Skjrten-Master.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Skårderud, F. (2007). *Sterk/svak. Håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug & Co.

Snell, L., Crowe, M. and Jordan, J. (2010). Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Clinical Nursing*, 19, 351–358. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.03000.x

Thurèn, T. (2009). *Vitenskapsteori for nybegynnere*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wæhle, E. og Sterri, A.B. (2014). *Store norske leksikon. Søkeord: case studie*. Hentet 03.02.15 fra: https://snl.no/case_studie

Zugai, J., Stein-Parbury, J. og Roche, M. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa:a consumer perspective. Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2020–2029. DOI: 10.1111/jocn.12182.