



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum Avdeling for folkehelse

4BACH

Hege Cathrine Fossbråten & Malin Amundrud Knøsberg

Veileder: Anne-Grethe Kydland

«Jeg vil ikke spise, og du kan ikke tvinge meg!»

«I don't want to eat, and you can not make me!»

Antall ord: 12677

Bachelor i sykepleie

BASY 2013

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Norsk sammendrag

Tittel: ”Jeg vil ikke spise, og du kan ikke tvinge meg

”I don`t want to eat, and you can not make me!”

Bakgrunn: Vi ønsker å se på hvilke elementer som skal til for å gi god sykepleie til jenter med anorexia nervosa mellom 14 og 17 år, og hvordan redusere bruken av tvang i spisesituasjonen. Fra praksiserfaring vet vi at dette kan være utfordrende for sykepleierne.

Hensikt: Oppgavens hensikt er å belyse hva som er god sykepleie til anorexia nervosa pasienter. Hvordan kan man bruke Travelbees menneske-til-menneske teori og Orems egenomsorgsteori til å hjelpe disse pasientene til å ta kontroll over sykdommen.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie som er basert på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, forskning og praksiserfaringer. Vi har valgt å bruke opplevelsene til ei kvinne ved navn Marloes fra hennes tid som anorexia nervosa pasient, for å krydre oppgaven vår med hennes erfaringer. Hun har vært mye omtalt i media og skrevet flere artikler.

Resultat: Forskning viser at mangel på kunnskap skaper holdninger hos sykepleiere mot pasienter med anorexia nervosa. Forskning viser også at ved å jobbe helsefremmende bidrar man til å redusere somatiske komplikasjoner. Litteratur, forskning og relevante artikler viser at en god relasjon er avgjørende for å redusere bruk av tvang, og pasientens opplevelse av tvangsbruk.

Konklusjon: Nøkkelordene som dukker opp igjennom vårt arbeid med oppgaven er: kunnskap, kommunikasjon og relasjon. For å få en god kommunikasjon må man ha kunnskap, og for å skape en relasjon må man ha god kommunikasjon.

Innholdsfortegnelse:

Sammendrag.....	2
1. Innledning.....	5
1.1. Bakgrunn for valg og hensikt med oppgaven.....	6
1.2. Presentasjon av problemstillingen.....	6
1.3 Definisjon av begreper i problemstillingen.....	7
1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen.....	7-8
1.5 Kort beskrivelse av oppgavens disposisjon.....	8
2. Metode.....	9
2.1 Litteratursøk.....	9-10
2.2 Funn i forskningen.....	10-13
2.3 Kildekritikk.....	14
2.4 Etske overveielser.....	14
3. Joyce Travelbee & Dorothea Orem.....	15-20
4. Sykepleieren som profesjonell og menneske.....	21-25
4.1 Anorexia nervosa.....	25-27
4.2 Behandling og forløp.....	27-28
4.3 Yrkesetiske retningslinjer.....	28
4.4 Lover og forskrifter.....	29-30
5. ” Hva er god sykepleie til mindreårige pasienter med anorexia nervosa på psykiatrisk sykehus for å redusere bruk av tvang i spisesituasjonen”....	31-40

6. Konklusjonen.....	41
Litteraturliste.....	42-44
Vedlegg 1.....	45-63

1. Innledning

Ved anorexia nervosa er mortaliteten 4-10 ganger høyere enn i sammenliknbar normalbefolkning. Studien er fra 2002, så vi kan tenke oss at tallene har økt etter dette året. Det er om lag 2700 kvinner i alderen 15-44 år som har sykdommen anorexia nervosa i Norge. Jenter i alderen 15-19 år er den største gruppen som viser tall på 1400 som har anorexia nervosa (Rosenvinge & Gøtestam, 2002).

Målet med oppgaven vår er å belyse hva som skal til for at man kan bruke så lite tvang som mulig og fremme bedre helse og redusere psykisk påkjenning hos tvangsinnlagte Anorexia nervosa pasienter. Fra egne praksiserfaringer i akutt psykiatri for barn og unge vet vi at det er utfordrende å jobbe tett på denne pasientgruppen. Spiseforstyrrelser og bruken av mekaniske tvangsmidler er et veldig aktuelt tema som har vært mye omtalt i media den siste tiden. På akutt psykiatrisk avdeling som vi har praksiserfaringer fra finnes det mange sykepleiere uten videreutdanning, så vi anser derfor at dette er en relevant problemstilling vi som sykepleiere kan møte. Vi har lest forskning, artikler og litteratur for å se på hvordan man som sykepleier kan bidra til en tryggere spisesituasjon og en bedre hverdag for vår pasientgruppe, samt unngå somatiske komplikasjoner. Vi ønsker å se på hvilke elementer som er grunnleggende for å skape et godt samarbeid mellom pasient og sykepleier.

28.03.2016 var det en artikkel i Aftenposten om ei jente som har kjempet mot anorexia nervosa i 8 år, og hun ble tvangsinnlagt på 16 årsdagen sin. Hun heter Marloes og er i dag 20 år, og har i dag tatt kontroll over sykdommen. Hun opplevd å bli tvangsforet med sonde over flere år. Hun forstår at tvang var nødvendig for at hun skulle overleve men stiller spørsmål om tvangen kunne vært gjennomført på en bedre måte. Hun opplevde at fire til fem pleiere bar henne inn på et rom med en belteseng hvor hun ble stropet fast i belter før hun ble matet gjennom en sonde. Marloes har utviklet ”post traumatisk stress syndrom”. Vi ønsker å bruke hennes historie for å få en personlig erfaring i oppgaven vår.

1.1 Bakgrunn for valg og hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om god sykepleien til anorexia nervosa pasienter og dermed minske bruken av tvang i matsituasjonen som er en veldig sårbar situasjon for vår pasientgruppe. Bakgrunnen for valget vårt av tema er basert på egne praksiserfaringer fra akutt psykiatri for barn og unge, interesse, ønske om å forebygge tvang og gi god sykepleie til denne pasientgruppen. Vi ønsker å se på hvordan vi kan bruke Travelbee sin sykepleierteori for å skape et menneske-til-menneske forhold for å redusere bruk av tvang i spisesituasjonen. Orems egenomsorgsteori har vi tatt med for å bruke hennes tenkning når pasienten mister sin egenomsorgskapasitet, og vi som sykepleiere må gå inn for å hjelpe pasienten å dekke de basale behov. Dette ønsker vi å knytte sammen med sykepleieren som menneske og profesjonell, for å se på hvordan sykepleieren kan beskytte seg selv og pasienten i en nær relasjon. Det er viktig at unge jenter med anorexia nervosa blir møtt med gode kunnskaper, forståelsen og kompetansen slik at denne pasientgruppen føler seg ivaretatt av sykepleierne. Vi er begge interessert i psykiatri, og ønsker å jobbe innenfor dette fagfeltet. Vårt ønske er å få bedre innsikt og forståelse til denne pasientgruppen, og dermed kunne møte de på en god måte.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

” Hva er god sykepleie til mindreårige pasienter med anorexia nervosa på psykiatrisk sykehus for å redusere bruk av tvang i spisesituasjonen?”

Vi ønsker å se på hvordan eller hva som skal til for at man som sykepleier kan bruke så lite tvang som mulig i spisesituasjonen til anorexia nervosa pasienter. Hvilke ”verktøy” finnes, og hva passer for å ivareta denne pasientgruppen på det mellommenneskelige plan. Vi vil også ta for oss de viktigste sidene av anorexia nervosa diagnosen for å forstå hvorfor det er viktig å ha kunnskap og hvordan man kan jobbe helsefremmende og unngå somatiske komplikasjoner.

1.3 Definisjoner av problemstilling

Anorexia nervosa: ”anorexia nervosa eller spisevegring er en tilstand med forstyrrelser av selvbilde. Man ser på seg selv som overvektig selv om vekten er lav i forhold til høyde. Dette fører til ekstrem slanking og spisevegring som igjen fører med seg mindreverdighetskomplekser, utilstrekkelighet og angst” (Norsk helseinformatikk(NHI), 2015).

Psykiatrisk sykehus: ”psykiatrisk sykehus, spesialsykehus som tar imot pasienter med psykiske lidelser til undersøkelse, behandling og opphold i sengeavdeling” (Braut & malt, 2014).

Mindreårige: ”ikke myndig, umyndig” (The free dictionary, 2013).

Tvang: ”tvang og makt er definert som tiltak som begrenser en persons valg-, handle- eller bevegelsesfrihet eller som påfører fysisk eller psykisk ubehag” (Helsekompetanse.no).

Sykepleie: ”sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 1999).

1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen

I denne oppgaven kunne vi ha tatt for oss så mye mer, men vi har valgt å ha fokus på de mindreårige pasientenes ivaretagelse og sykepleierens helsefremmende arbeid. Den aldersadekvate umodenheten gjør denne pasientgruppen spesielt utfordrende å jobbe med. Vi har valgt jenter i alderen 14 til 17 år, men vi vet at sykdommen kan ramme i alle aldre. Det

er også gutter som har spiseforstyrrelse, men vi legger vekt på de unge jentene da dette er mere omtalt. Vi bruker erfaringene til 20 år gamle Marloes som skriver åpent om sin kamp mot anorexia nervosa og hennes opplevelser av å bli tvangsforet. Vi ønsker å bruke Marloes egne erfaringer som en form for informasjonskilde i oppgaven for å få innsikt i hva som er viktig i sykepleien til denne pasientgruppen. Vi er klar over at artikkelen om Marloes ikke er forsknings basert, men vi synes allikevel det er viktig å ta med hennes erfaringer som kan ”krydre” oppgaven. Vi ønsker å lære mer om hvordan vi kan komme frem til en hverdag med minst mulig bruk av tvang. Det er flere typer spiseforstyrrelser som bulimia nervosa, men vi har i vår oppgave valgt å fokusere kun på anorexia nervosa. Vi vet at foreldre er viktig å ha med i arbeidet rundt mindreårige anorexia nervosa pasienter, men avgrenser i oppgaven vår å heller ta for oss relasjonen mellom pasient og sykepleier. Vi har valgt å ikke gå inn på selve ernæringen eller de forskjellige måter man kan ernære på, som for eksempel sonde. Fokuset vil vi rette til matsituasjonen og hvordan dette kan foregå så skånsomt som mulig med så lite tvang som mulig

Det er viktig å spesifisere at sykepleieren ikke er behandler, men en del av et team. Behandlere er avhengig av et godt samarbeid med sykepleieren som med sin kunnskap, sin felles forståelse for hvordan miljøterapien skal gjennomføres og utarbeidelse av behandlingsplanen. Det finnes mange forskjellige måter å behandle med psykoanalytisk inspirert psykoterapi, familierapi, kognitiv behandling, kropporientert psykoterapi, psykomotorisk fysioterapi, tilknytning til uttrykksterapi, hypnose med mer (Skårderud, 2015). Vi fokuserer ikke på dette, men legger ellers vekt på det mellommenneskelige planet mellom sykepleier og pasient. Finn Skårderud er en frontfigur innen spiseforstyrrelser i Norge, som har skrevet boken *Sterk svak* som vi har funnet mye inspirasjon i til oppgaven. Vi har også valgt å ikke ha fokus på medisiner selv om det ofte er en del av behandlingen.

1.5 Kort beskrivelse av oppgavens disposisjon

Opgaven vår er delt inn i hovedkapitler og underkapitler for at det skal være ryddig og lett å lese. I kapittel en har vi skrevet innledning med bakgrunn for valg og hensikt med oppgaven, presentasjon av problemstilling, avgrensning og presisering av problemstillingen, lover og forskrifter, definisjoner av problemstillingen og kort om disposisjon. I kapittel to tar vi for oss metode hvor vi viser hvordan vi strategisk har søkt etter litteratur og forskning, vi presenterer litteratursøk og forskningsartikler. Vi har også i kapittel to forskningen,

kildekritikk, etiske overveielser og Marloes egne erfaringer. Kapittel tre og fire tar vi for oss teorien som er relevant for vår problemstilling. Til sist kapittel fem hvor vi drøfter teorien, opp mot vår problemstilling. I kapittel seks konklusjonen, litteraturliste og vedlegg.

2. Metode

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

2.1 Litteratursøk

Vi vil i vårt metodekapittel belyse hvordan litteraturstudien er gjennomført med ulike søkemetoder, funn og valget vårt av forskning. Vi ønsker også å beskrive hvordan vi har vært kildekritiske og avgrenset søket. Å benytte seg av pensumlitteratur er et krav i retningslinjene for Bacheloroppgaven. Det skal være pensumlitteratur fra alle tre år, og 400 sider med selvvalgt litteratur, som er inkludert forskning. Vi har funnet relevant pensumlitteratur for oppgaven vår fra egne bøker og høgskolen sitt bibliotek. Selvvalgt litteratur har vi funnet noe av på høgskolebiblioteket, men vi har også vært så heldig å få bruke bøker fra sykehusbiblioteket som er mer som passet til vårt tema. Vi har også fått noen tips fra fagpersoner til litteratur. Vi har benyttet oss mye av en bok av Finn Skårderud, da vi anser Skårderud som å være en god kilde for kunnskap om vårt tema. Vi har også benyttet oss mye av boken *Grunnleggende sykepleie*, særlig da bind 1 som har mye relevant litteratur til oppgaven.

Vi begynte først å søke etter Mesh-termer på SveMed. Vi brukte ord som anorexia nervosa, tvangsinnleggelse og sykepleie tidlig i søkingen, men fant ut at vi måtte utvide søket etter hvert som teorikapitlet tok form. Vi benyttet databaser som er gode plattformer for sykepleie som SveMed, Cinahl, google scholar. Vi kombinerte søkeordene for å få bedre treff. Det vi fant som var mest relevant for vår oppgave var kvalitativ engelskspråklig forskning og en svensk. Vi har derfor valgt en kvalitativ metode for oppgaven. Vi startet med å ikke tidsbegrense søket, men endte da opp med å finne mye eldre forskning. Vi begrenset så søket til så nye forskninger som mulig fra 2010 frem til i dag, da vi ville ha så fersk forskning som mulig. Det er gjort mye forskning på dette området. Grunnen til at vi fant mest kvalitativ forskning, kan være at kvalitativ forskning tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2013). Vi diskuterte det vi fant av kvantitativ forskning, og konkluderte med at vi syntes ikke det var overførbart til vår oppgave. Fordelen

med kvalitative studier er at de går i dybden på tema, men ved å bruke kvantitative studier kunne man funnet statistikk som kunne vært interessant. Vi har tatt utgangspunkt i IMRAD-prinsippet, som innebærer å se etter introduksjon, metode, resultat og diskusjon i artiklene. IMRAD-prinsippet forteller oss om artikkelen er forskningsbasert, men sier ingenting om kvaliteten. Kvaliteten og relevansen har vi vurdert. En av forskningsartiklene som er noe eldre, er ikke etter IMRAD-prinsippet, men vi har vurdert den valid ut fra at den er peer-revid, og publisert i Läkartidningen. Vi har brukt mye tid på å lese og forstå innholdet i forskningen for best å kunne anvende materialet godt i oppgaven. Fire av de fem forskningsartiklene er etter IMRAD-prinsippet, og det gjør de oversiktlige synes vi.

Vi har lest artiklene som Marloes Suzanne Bijl har fått publisert nylig i Aftenposten. Hun er i dag en 20 år gammel jente som har vært tvangsinnlagt med anorexia nervosa. Vi fikk anledningen til å spørre Marloes hva som var viktig for henne eller hva som gjorde en forskjell i hennes hverdag i forhold til sykepleierne.

Vedlegg 1 er aftenposten artikkelen med Marloes. Denne måtte vi legge med som vedlegg da den ligger under betalingsartikkel i Aftenposten. Den andre artikkelen av Marloes vi har brukt ligger i kildelisten.

2.2 Funn i forskningen

Vi vil her presentere den aktuelle forskningen vi har funnet som vil hjelpe oss å svare på vår problemstilling. Vi har brukt en kvalitativ metode i forskningen, noe som gir oss en innsikt i tanker og følelser rundt anorexia nervosa. Vi har søkt etter forskning som støtter Travelbees menneske-til-menneske teori hos pasienter med anorexia nervosa, og forskning som sier noe om Orems teori om egenomsorgssvikt. Dette sammen med litteratur og det vi har lest i Marloes artikler sier det noe om hva pasientene opplever det å motta sykepleie, tvangsbruk og hvordan denne type arbeid kan påvirke sykepleieren profesjonelt og som menneske.

Zugai, Stein-Parbury & Roche, (2013): Effektiv nursing care of adolescents with anorexia nevrosa: a consumer persepective.

Dette er en engelsk kvalitativ forskningsartikkel hvor data er tolket med en tematiske analyse. Den tar utgangspunkt i semi- strukturerte intervjuer av åtte pasienter. Studien er

gjort i Australia av Joel Zugai, Jane Stein-Parbury og Michael Roche for å fastsette hvordan sykepleiere sørger for vektøkning og et positiv opplevelse av behandling for ungdom med anorexia nervosa i et brukerperspektiv. Det er en kvalitativ studie der data er blitt tolket i en tematisk analyse. Studien er foretatt av åtte tidligere anorektiske pasienters tanker i semi-strukturert intervjuer. Resultatet viste at sykepleiere har stor innflytelse på pasientens opplevelse.

Pasienter har en klar formening om at sykepleierne har stor betydning hvordan sykepleiere effektivt sørger for vektøkning, og sørger for en positive opplevelse for pasientene. Kvaliteten av forholdet mellom pasient og sykepleier er avgjørende begge veier for både vektøkning og den positive opplevelsen. Deltagerne reflekterte positivt på at sykepleierne nærmet seg med omsorg som var bestemt men allikevel snill og fornuftig. Håndheving av regler ble fulgt av en prosess med terapeutisk engasjement og bruk av skjønn som sikrer best mulig resultat. En omsorgsfull og godt timet interaksjon var fundamentet i en effektive sykepleier tilnærming.

Elzackers, Danner, Hoek, Schmidt & Van Elburg, (2014): Compulsory treatment in anorexia nervosa: A review.

Dette er en Engelsk forskningsartikkel hvor det har blitt søkt på tre store databaser etter studier om tvangs behandling. Artikkelen er skrevet av Isis Elzackers, Unna Danner, Hans Hoek, Ulrike Schmidt og Annemarie Elburg i 2014, og tar utgangspunkt i tvangs behandling av næringstilførsel til pasienter med anorexia nervosa, som har forårsaket betydelig uenighet. I de alvorlige tilfeller der pasienter nekter livreddende behandling har man måtte vurdere tvangsbehandling.

Resultatet viste at pasienter lagt inn under tvang har mer alvorlige symptomer og komorbiditet, og lengre varighet på innleggelse. På kort sikt er tvangsføring av anorexia nervosa pasienter gunstig, men den langsiktige effekten er usikker. Klinikere rapporterer at den terapeutiske relasjonen ikke svekkes av tvangsbehandlingen.

Wentz, Gillberg, Anckarsätr, Gillberg & Råstan, (2012): Somatic problems and self-injurious behavior 18 years after teenage-onset anorexia nervosa:

Denne studien er gjort i Sverige. Hensikten med denne studien var å studere langsiktige resultatet av fysisk helse og selvskadende atferd i anorexia nervosa. De har fulgt 51

mennesker med anorexia nervosa fra tenårene i 18 år for å finne ut hvilke somatiske komplikasjoner disse menneskene har utviklet under denne perioden. Studie er fra 2012 å skrevet av Elisabeth Wentz, Carina Gillberg, Henrik Anckarsäter, Christopher Gillberg og Maria Råstam har som hensikt å studere langsiktige resultat av fysisk helse og selvskadende atferd av spiseforstyrrelsen anorexia nervosa. Fra den prospektive studien er det 51 ungdommer med anorexia nervosa som ble intervjuet om de somatiske komplikasjonene de hadde fått, og de ble undersøkt 18 år etter sykdommens debut. Gjennomsnittsalderen på personene var 32 år.

Resultatet viste at anorexia nervosa pasienter hadde lavere kroppsvekt enn sammenligningsgruppen. Det hadde ikke vært noen dødsfall grunnet anorexia nervosa. Det mest interessante somatiske funn var lav høyde, tannproblemene og de nevrologiske utfall, ble assosiert med utbrudd av anorexia nervosa i ung alder.

Walker & Loyd, (2011): Barriers and attitude health professionals working with eating disorders experience.

I denne forskningsartikkel ble det brukt kvalitativ forskningsdesign ved hjelp av samtykkende kvalitativ forskning (CQR). Forskningen fra Australia gjort av Sarah Walker og Chris Lloyd har tatt for seg å utforske holdningene til helsepersonell som jobber med pasienter med spiseforstyrrelser. Det er en kvalitativ studie der man har brukt modellen consensual qualitative Research (CQR) som på norsk blir samtykket kvalitativ forskning. Fokusgruppen var på 15 helsepersonell bestående av psykologer, psykiatriske sykepleiere, ergoterapeuter, sosial arbeidere og psykiatere. 10 kvinner og 5 menn. Det ble foretatt gruppediskusjoner som ble tatt opp på bånd.

I diskusjonen kom det blant annet frem at holdningene som kommer frem mot pasienter med spiseforstyrrelser kommer av mangel på erfaring og motoverførings reaksjon på pasientens følelser. Helsepersonell kan oppfatte seg selv som at de prøver å gjøre en god jobb, men på grunn av mangel på erfaring og kunnskap kan de oppleve å føle seg utilstrekkelig og økte negative holdninger mot å jobbe med pasienter med spiseforstyrrelser. Deltagerne i forskningen opplevde å slite med å identifisere seg med pasientenes redsel for mat.

Det største funnet i forskningen foreslår at helsepersonell som mangler kunnskap skaper negative reaksjoner og holdninger mot pasienter med spiseforstyrrelser. Det kan være positivt med opplæring i forhold til følelser, reaksjoner og holdninger. Dette for å forbedre

ferdigheter og positiv innstilling hos helsepersonellet. Det vil gi et bedre forhold mellom pasient og helsepersonell.

Kaczynski, Denison, Wiknertz, Ryno & Hjalms, (2000) : Strukturert vårdprogram gav godt resultat ved svår anorexia nervosa.

Denne kvalitative forskningsartikkelen er utført i Sverige av Jerzy Kaczynski, Hans Denison, Anna Wiknertz, Lisbeth Ryno & Ninni Hjalms. I mellom 1994 og 1998 ble 19 pasienter mellom 17 og 24 år med alvorlig anorexia nervosa behandlet etter en spesiell protokoll inkludert ernæring med sonde, tilsyns strategier og støtte fra psykolog.

Resultatet viste at ingen av pasientene utviklet alvorlige somatiske komplikasjoner, og majoriteten oppnådde vektøkning innenfor programmets tabeller. På en oppfølging i 1999, ble et spørreskjema om protokollen besvart av 13 av pasientene. De fleste av dem opplevde sykehus opphold som vanskelig, men i ettertid oppfattet at sondeernæring og tilsyns strategier som nødvendig.

2.3 Kildekritikk

Vi har brukt bøker som er relevant til vår oppgave for å kunne svare på problemstillingen. Vi visste fra før at Finn Skårderud har skrevet mye om spiseforstyrrelser, og ble tipset om boken *Sterksvak* fra 2015. Denne boken har vi lest, og brukt noe fra hvert kapittel. *Anoreksi og bulimi-inspirasjon til motstand* av Mailsel, Epston & Border (2009) og *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* av Travelbee (1999) er bøker vi har hentet mye inspirasjon fra og materialet til oppgaven. I den selvvalgte litteraturen leste vi mye for å finne ut om det var relevant for oppgaven, og vi har vært kritiske i forhold til alder på bøkene. Dette er et fagområde det er blitt skrevet og forsket mye på siste ti år, så vi ville ha så nytt materialet som mulig. Det som er litt eldre har vi vurdert om det fortsatt er valid. I pensumlitteratur brukte vi en del fra *grunnleggende sykepleie* av Kristoffersen, Nortvedt & Skaug (2011) og *Kommunikasjon i relasjon-samhandling, konfliktløsning, etikk* av Eide & Eide (2011). Vi har benyttet oss av Statens helsetilsyn (2000) *alvorlig spiseforstyrrelser - retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*, vi fant her mye relevant informasjon som omhandler vårt tema.

Vi har vært kritiske til innholdet i artiklene, og tolket de opp mot hverandre for å komme frem til en konklusjon. Vi har sett på om resultatene av forskningen er overførbar til vår oppgave.

2.4 Ethiske overveielser

Marloes Suzanne Bijl har gitt tillatelse til at vi kan bruke hennes fulle navn i oppgaven vår, på denne måten går vi ikke imot hennes integritet eller ”røper” noe som skal være hemmelig. Hun har stått frem i media flere ganger med sin historie. Hennes erfaringer samsvarer mye med andre historier fra virkeligheten vi har lest om fra lignende temaer. De ganger vi har henvist til praksiserfaring er det ikke brukt navn eller sted av hensyn til taushetsplikt. Vi har nøye kildehenvist når vi har brukt bøker for å kreditere forfatterne.

3. Joyce Travelbee & Dorothea Orem

Når man skal gi god sykepleie til pasienter med anorexia nervosa er Travelbees menneske-til-menneske tenkning som går mer på det psykiske veldig aktuell, da denne sykdommen er psykosomatisk. Vi har også valgt å ha med Orem's egenomsorgsteori som går på de basale behov i denne oppgaven da den kommer til sin rett ved den anorektiske pasientens manglende egenomsorg ved å ikke dekke egenomsorgsbehovet med mat. Dette vil kunne hjelpe oss å svare på problemstillingen.

Joyce Travelbee var psykiatrisk sykepleier og lærer i sykepleierutdanningen. Hun ble født i New Orleans i USA i 1926 (Travelbee, 1999). I sin sykepleietenkning retter hun spesielt oppmerksomheten mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien. Empati og uttrykket ”terapeutisk bruk av seg selv” har i Travelbees sykepleietenkning en sentral plass (Kristoffersen, 2012).

Travelbee mener at hvert enkelt menneske er unikt. Hun sier videre at hver enkelt menneske er annerledes enn andre på sin egen unike måte (Travelbee, 1999). Forskjellen her forklares ikke bare ut fra arv og miljø, men synes å være et utslag av de spesielle livserfaringene som individet gjør, dets særegne forståelse av og reaksjonene på disse erfaringene (Travelbee, 1999). Mennesket er enestående, uerstattelig og som person tar mennesket del i en rekke fellesmenneskelige erfaringer (Kristoffersen, 2012). For å etablere et menneske-til-menneske forhold mellom sykepleier og pasient er det viktig å overvinne det stadiet der man betrakter hverandre som roller. Man skal forholde seg til hverandre som unike personer (Kristoffersen, 2012). Ifølge Travelbee er det ulike faser man må igjennom for å oppnå et menneske-til-menneske forhold:

- det innledende møtet
- framveksten av identiteter
- empati
- sympati
- etablering av gjensidig forståelse og kontakt

(Kristoffersen, 2012).

Som sykepleiere i møte med pasienter med anorexia nervosa er det viktig å etablere håp. Håpets kjerne består i menneskets grunnleggende tillit til omverdenen. Pasientene skal føle seg trygge på at de mottar hjelp fra sykepleiere når de trenger det (Kristoffersen, 2012). I de seks kjennetegnene ved håp beskriver Travelbee at det er sterkt knyttet til avhengighet av andre, det er fremtidsorientert, det er knyttet til valg, ønsker, tillit og utholdenhet og til mot. Ved å vise utholdenhet ved denne pasientgruppen er viktig, som å vise evnen til å prøve på nytt igjen og igjen, til å oppnå det vi håper på (Kristoffersen, 2012). Anorexia nervosa pasienter trenger å føle at vi som sykepleiere kjenner til deres opplevelse av sin egen situasjon, og at vi viser empati med dem. Ifølge Travelbee er empati å ha evnen til å trenge inn, eller ta del i, og ha forståelse for den psykiske tilstanden som personen er i der og da (Kristoffersen, 2012). Når sykepleiere møter anorexia nervosa pasienter er det viktig å holde sitt eget selv atskilt fra den andres. Vi kan ha empati for pasienter i enkelt situasjoner, i glimt og i øyeblikk. Vi kan gjennom situasjoner med empati for anorexia nervosa pasienter få viktig informasjon når det gjelder å forstå pasientens indre opplevelse og ytre atferd (Kristoffersen, 2012). Travelbee legger stor vekt på etableringen av et virkelig menneske-til-menneske forhold til pasienten, og her er kommunikasjonen et viktig redskap for sykepleierne. Anorexia nervosa pasienter er ofte forvirret, hvor forvirringen kan handle om at det ikke har vært for lite, eller for mye, men det kan ha vært begge deler på en gang. Anorexia pasientens forvirring kan være et bilde på at de kan være følelsesmessig feilernært (Skårderud, 2015). I kommunikasjonen vil det være en prosess der pasienten har mulighet til å formidle sine tanker og følelser til sykepleieren. Sykepleieren blir gjennom kommunikasjon kjent med pasienten som person (Kristoffersen, 2012).

Sykepleieren har visse spesielle kunnskaper og er i stand til å anvende dem med å hjelpe andre mennesker med å forebygge sin sykdom, gjenvinne helse, finne mening i sykdom eller opprettholde best mulig helsetilstand (Travelbee, 1999). Travelbee beskriver et menneske-til-menneske-forhold i sykepleie som at det deles en eller flere opplevelser og erfaringer mellom sykepleieren og den som er syk, eller den som har behov for sykepleierens tjenester. Lidelse og smerte er unngåelig og en del av livet. Sykepleieren skal hjelpe den syke og lidende til å finne mening i den situasjonen han står i og må leve med. Like viktig er det at sykepleieren formidler håp til pasientene og at de skal kunne kjenne og føle mot til dette (Kristoffersen, 2012).

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 1999, s.29).

Dorothea Orem ble født i Baltimore i 1914, og hun var ferdig utdannet sykepleier i 1945 (Kristoffersen, 2012). Orem arbeidet i perioden 1949-1970 innen sykepleiertjenesten og sykepleierutdanningen ved flere universitetssykehus (Kristoffersen, 2012). Orem's sykepleieteori tar utgangspunktet i menneskets grunnleggende behov, og har hatt en stor innflytelse på sykepleietenkningen i mange land, deriblant Norge (Kristoffersen, 2012) I sykepleiemodellen om egenomsorg beskriver Orem egenomsorg som aktiviteter mennesket målrettet utfører på eget initiativ for sin egen del, og for andre som har behov for hjelp til egenomsorg, som for eksempel spedbarn, funksjonshemmede og eldre.

Egenomsorgsbehov er et viktig begrep i Orem's modell, og kan defineres som individets evne og vilje til å gjennomføre aktivitet som er nødvendig for å leve og overleve (Cavanagh, 2008). Egenomsorgsbehov er også sentral i Orem's modell.

Utgangspunktet for Orem's modell startet i at hun ønsket å finne svar på tre spørsmål:

1. Hva er det sykepleieren egentlig gjør når de utøver sykepleie, og hva bør den praktiserende sykepleieren gjøre?
2. Hvorfor gjør sykepleieren som de gjør?
3. Hva er resultatet av sykepleieintervensjon?

(Cavanagh, 2008).

Orem skisserer tre typer egenomsorgsbehov:

De *universelle egenomsorgsbehov* tar utgangspunktet i at for menneske er det nødvendig å ta vare på en rekke grunnleggende allmennmenneskelige behov for at livsprosesser, anatomiske strukturer, kroppslig og mental funksjon blir opprettholde (Kristoffersen, 2012).

Her trekkes inn basale nødvendige behov som som seks over punkter:

Luft, vann og mat.

Eliminasjon.

Aktivitet og hvile.

Alene og sosial kontakt.

Motvirke fare.

Normalitet.

De omfatter de viktigste fysiske, psykiske, sosiale og åndelige deler av livet, og viktig for at menneske skal fungere i bestemte utviklingsstadiet. Og setter inn tiltak for å tilfredsstille egenomsorgsbehov (Cavanagh, 2008).

De *utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov* er basert på at utviklingen til menneske fra unnfangelse til død er avhengig at bestemte forhold som fremmer utviklingen, skapes og opprettholdes gjennom livet. De universelle egenomsorgsbehov må ivaretas på en bestemt måte ut fra alder, utviklingstrinn eller tilstand (Kristoffersen, 2012).

Helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov baseres på at det er svikt i de normale funksjon, helse og velvære som kan føre til behov for å kontrollere ytterligere svikt, og for å redusere og regulere omfanget og konsekvensen av svikten (Kristoffersen, 2012). Dette behovet kommer når den enkelte blir syk, skadet eller får funksjonssvikt, eller er under legebehandling eller diagnostisering, og endringer i funksjonsevnen, handlinger og dagligdagse vaner gjør at menneske retter oppmerksomheten mot seg selv (Kristoffersen, 2012). Egenomsorgskapasitet er menneskets egen evne til å se de terapeutiske egenomsorgskrav, og ta beslutninger, handle og utføre handlingene.

Egenomsorgskapasitet vurderes når sykepleieren har avdekket pasientens evne til å handle i henhold til egenomsorgsbehovet og hvilke handlinger som er nødvendige for å ivareta egenomsorgsbehovene (Kristoffersen, 2012).

Begrensninger i egenomsorgen er veldig aktuelt for vår pasient gruppe. Det foreligger en psykologisk svikt for å se egne og nødvendige behov. Orem beskriver fem generelle hjelpemetoder for sykepleieren for å møte terapeutiske egenomsorgskrav.

Orems fem hjelpemetoder:

- Å gjøre noe eller handle for andre.
- Å veilede og rettlede en annen.
- Å sørge for fysisk og psykisk støtte.
- Å sørge for omgivelser som fremmer utvikling.
- Å undervise.

(Kristoffersen, 2012).

Tilstrekkelig inntak av mat og balanse mellom aktivitet og hvile er en del av egenomsorgsbehovet som berører anorexia nervosa pasienter. Sykepleieren må inn å handle for å ivareta pasientens egenomsorgsbehov, når pasienten selv er ute av stand til å dekke sine egne egenomsorgsbehov (Kristoffersen, 2012). Man har da som mål at pasienten selv skal utvikle egenomsorgskapasitet. Dette bygges på sykepleierkapasitetens målrettede handlingsmønstre ut fra sykepleierens kunnskap, ferdigheter og verdier (Kristoffersen, 2012). Her blir de fem hjelpemetodene viktige. Orem sier i en hjelpemetode *”å sørge for fysisk og psykisk støtte: at det innebærer at sykepleieren må delta i pasientens anstrengelser for å nå målet. Gjennom sin støtte gir sykepleieren oppmuntring og hjelp, noe som minsker risiko for at pasienten skal feile og mislykkes, og hjelpe ham til å unngå ubehagelige eller farlige situasjoner”* (Kristoffersen, 2012, s. 237). Pasientens rolle i denne hjelpemetoden er å: Samarbeide med sykepleier om å utføre handlinger for å dekke egenomsorgsbehov eller om å tilpasse handlingene til egenomsorgskapasitet. Det vil for den anorektiske pasient bety å ta ansvar selv for sitt matinntak. Også å vurdere, bearbeide og løse vanskelige problemer og å gjennomleve vanskelige situasjoner (Kristoffersen, 2012). Det er her en utfordring med pasienter som er innlagt på tvang, og ikke ønsker eller ikke klarer å gjøre endringer for å dekke egenomsorgsbehovene.

De *universelle egenomsorgsbehov* tar utgangspunktet i at for menneske er det nødvendig å ta vare på en rekke grunnleggende allmennmenneskelige behov for at livsprosesser, anatomiske strukturer, kroppslig og mental funksjon blir opprettholde. De universelle egenomsorgsbehov må ivaretas på en bestemt måte ut fra alder, utviklingstrinn eller tilstand (Kristoffersen, 2012).

4. Sykepleieren som profesjonell og menneske

Vi vet fra erfaringer at ved å jobbe tett på denne pasientgruppen gir man mye av seg selv som sykepleier. Man skal her opptre profesjonelt, men samtidig være et medmenneske med følelser og empati, noe som er avgjørende for å hjelpe pasienten til å ta kontroll over sykdommen. Dette kan være utfordrende for sykepleieren. Det er viktig at sykepleieren er bevisst på sine egne holdninger og fremtoning slik at sykepleien man yter er profesjonell og til hjelp. Sykepleieren vil i kraft av sin utdanning sette et personlig preg på utøvelsen, og erfaringer fra tidligere liv som sykdom, helse, død og omsorg vil prege hvordan man takler dette som sykepleier (Brinchman, 2012).

Holdningene vi har bruker vi til å møte og mestre følelsene på (Brinchman, 2012). Vi kan forstå følelser som et avansert informasjonssystem. "Affektbevissthet" kalles det når en har evnen til å være seg bevisst og aksepterer egne følelser. Når sykepleieren er bevisst sine egne følelser og aksepterer de følelsene som vekkes i møte med den anorektiske pasient, er det lettere å forstå pasientens reaksjoner (Eide & Eide, 2011). Dette gjelder også omvendt, hvis man ikke er klar over hva man selv føler vil vår evne til oppfatte og forstå andres følelser være begrenset (Eide & Eide, 2011). Evnen til å tåle å oppleve følelser, dette er også følelser man ikke liker, kalles "affekttoleranse" (Eide & Eide, 2011). Sykepleieren må i møte med pasientene kunne ha evnen til å føle angst, uten om å trekke seg tilbake eller bli handlingslammet (Eide & Eide, 2011). En skal ha evnen til å være trist uten å bli passivisert, og evnen til å føle sinne uten å la dette gå utover en selv, omgivelsene eller pasienten (Eide & Eide, 2011).

Overføring" og "motoverføring" er vesentlig i relasjonen mellom sykepleier og pasienter med anorexia nervosa, og da det er mye følelser som vekkes hos begge parter. Det er ikke enkelt for sykepleieren å se hva som faktisk foregår når den anorektiske pasienten forvrenger virkeligheten. Som sykepleier kan vi lett suges inn i et destruktivt samspill, og blir da offer for de følelsene pasientens skaper. Det er disse reaksjonene vi kaller "motoverføring" (Strand, 2011). "Motoverføring" kan defineres med at det er de følelsesmessige reaksjoner behandleren får ovenfor pasienten, som kan stamme fra behandlerens tidligere erfaringer i mellommenneskelige forhold, fra egne nevrotiske konflikter (Strand, 2011). Det er av helt uomgjengelig betydning i psykiatrisk arbeid at "motoverføringen" ikke blir en belastning for pasienten, i dette tilfellet den anorektiske pasienten. Sykepleieren gjør motoverføringene til

gjenstand for granskning slik at de ikke blir utlevet og skader pasienten, men at det faktisk blir pasienten til hjelp (Strand, 2011).

I en ”overføring” kan vi trekke inn sykepleieren og pasienten med anorexia nervosa. Denne ”overføringen” innebærer en hindring når det gjelder å oppfatte og det med å forholde seg til andre mennesker på en fullt ut adekvat måte (Strand, 2011). Med ”overføring” menes det med pasientens tendens til ubevisst å legge sine følelser og egenskaper, som en gang var knyttet til viktige personer i den tidlige pasientens barndom (Strand, 2011).

Anorexia nervosa er sammensatt og forbundet med psykopatologi (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). For å kunne støtte og veilede en pasient i denne sykdommen er kunnskap viktig. Sykepleieren må ha kunnskap om anorexia nervosa, de ulike somatiske komplikasjonene og behandlingsforløpet. Samtidig er det sykepleierens plikt i sin profesjon å holde seg oppdatert om hva som står i loven. De yrkesetiske retningslinjene er også sentrale, da etiske utfordringer er noe man møter på i denne pasientgruppen som er lagt inn på tvang.

”Et godt mellommenneskelig forhold er av stor betydning i utøvelsen av sykepleie. I sykepleie er etablering av relasjoner grunnlag for ikke bare på faglig kunnskap, men også på verdier” (Kristoffersen & Nortvedt, 2012, s. 83).

Disse setningene synes vi sier mye, og forsterkes når vi snakker om anorexia nervosa pasienten som er livredd. Daglig må disse pasientene møte sin verste frykt og fiende i maten. Vi kan ikke sette oss inn i hvordan dette oppleves, men vi kan gi pasienten omsorg og forståelse i denne prosessen. Sykepleieren må i spisesituasjonen være trygg, tro mot behandlingsplanen, tålmodig, og ha egenskaper til å se personen bak symptomene. Det å bidra til å fjerne symptomene og få pasienten til å tørre å kjenne på følelser og reaksjoner ligger sentralt (Skårderud, 2015). Det blir ofte mye fokus på spisesituasjonen, da dette påvirker pasientene med økt angst og stress. For at dette skal bli trygt og pasienten skal tørre å la følelsene få spille rom må dette foregå i trygge omgivelser som man skaper av en god relasjon. Man tilbringer mange timer i uken sammen med pasienten, og blir da gjerne litt personlig men det er viktig at det ikke blir privat. Ved å bli kjent med pasienten vil man kunne velge løsninger som er mer skånsom for å nå målet (Skårderud, 2015).

Kunnskap er grunnleggende for sykepleien. Kunnskap som begrep forklares med ord som kjennskap, viten, lærdom og innsikt. Og andre synonymmer som erkjennelse, ferdigheter,

ekspertise og kyndighet. *"Kunnskapsbegrepet ligger her nært opptil begrepet kompetanse, som kan defineres som sikkerhet og dyktighet"* skriver Kristoffersen (2012, s. 162). Begrepet kompetanse er knyttet til person og utførelse, mens begrepet kunnskap er knyttet til viten, lærdom og innsikt (Kristoffersen, 2012). *Teoretisk kunnskap* er fundamentet til å forstå, handle og reflektere. *Praktiske kunnskap* er å beherske teknikker, metoder og fremgangsmåter som er relevant for sykepleie. *Etisk kunnskap* integrerer sykepleiefagets verdigrunnlag, som viser seg i handlinger og holdninger. *Erfaringskunnskap* handler om å bruke å bruke teorien og trene opp ferdighetene (Florvik, Normann & Mølsted, 2008).

Når sykepleieren er i møte med den hun har omsorg for, foregår det kommunikasjon mellom dem. Dette foregår om de har samtaler og når de er tause. Den anorektiske pasienten kommuniserer til sykepleieren gjennom sitt utseende, gjennom sin atferd, ansiktsuttrykk, manerer og gester. Sykepleieren gjør også det samme ovenfor pasienten (Travelbee, 1999). Ifølge Travelbee (1999) er kommunikasjon en prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske forhold. Ved å skape dette forholdet er det et middel til å realisere sykepleiens formål. Travelbee sier *"Kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient står helt sentralt når det gjelder å sikre at de tiltakene sykepleieren iverksetter, er i samsvar med pasientens behov"* (Kristoffersen, 2012, s. 222). Kommunikasjonen kan bidra til å realisere sykepleiens formål ved at det synes at være at sykdom og lidelse henger nøye sammen. En persons holdning til lidelse bestemmer hvor effektivt en mestrer sykdom (Eide & Eide, 2011).

Det kan ikke gis noen eksakt oppskrift på hvordan man kommuniserer med unge som lider av anorexia nervosa. Hvert enkelt individ og hver situasjon er forskjellig. Barn og unge befinner seg på sitt eget utviklingstrinn, de utfordrer sykepleierens evne til å kommunisere på den andres premisser, der ungdommen befinner seg (Eide & Eide, 2011). Når barn og unge blir syke følger det med både engstelse og usikkerhet. Rutinene brytes, kontaktforholdene endres, som at man viktige personer som venner eller kjæreste tar avstand eller blir borte. Foreldrene kan oppføre seg annerledes og det vil komme nye personer som hjelpere inn i bildet (Eide & Eide, 2011). Barn og unge har mindre kunnskap og livserfaring enn voksne, og når sykepleieren møter den unge pasient med anorexia nervosa er det viktig å skape trygghet i deres sykdomssituasjon. Ved at sykepleieren skaper trygghet rundt unge jenter med anorexia nervosa handler dette også om kontroll. De unge pasientene opplever

kontroll i trygge omgivelser, hvor det er kjente personer som hjelper og at de vet hva som skal skje (Eide & Eide, 2011). Travelbee er opptatt av å skape menneske-til-menneske forholdet, det er viktig å skape en god relasjon til barn og unge med anorexia nervosa. Mange unge anorexia nervosa pasienter holder tanker og følelser for seg selv, det er derfor viktig å lytte (Eide & Eide, 2011). Anorexia nervosa pasientene har ofte trukket seg tilbake i isolasjon fra familie og venner, og kan derfor være vanskelig å få ut av sitt skall (Maisel, Epston & Borden, 2009).

”Omsorg, tålmodighet, genuin interesse, tørre å snakke om det vanskelige, tørre å være seg selv- ikke bare sykepleier/miljø terapeut. Det er vel de viktigste faktorene for meg som gjorde at jeg turte å ta imot hjelp fra noen. Og aldri gi meg opp, fortsette å prøve, sitte sammen i timevis om nødvendig” (Bijl, 2016).

Marloes Bijl skriver i en annen artikkel om ”engelen”, en miljøterapeut som klarte å nå inn til Marloes. Da hadde hun kommet så langt at hun ikke lenger ønsket å leve, og hun hadde et alvorlig selvmordsforsøk. Hun trodde ikke det var mulig at hun skulle slippe fra sykehusinnleggelse og tvangen i livet. Han lærte henne å skrive for å åpne seg og kommunisere med om verden. Han hjalp henne i overgangen fra sykehus og hjem, og valgte å tro på henne og hennes ønsker. Marloes skriver også om en ekstravakt som hun følte møtte henne og hennes behov. Dette er hva hun skriver i slutten av artikkelen.

”Jeg har tenkt mye, ville jeg blitt utsatt for mye mindre tvang dersom flere turte å møte meg slik som deg og ”engelen”? Ville jeg følt meg trygg nok til å klare å fullføre måltidene uten tvang? Ville jeg følt meg nok sett, nok respektert, og nok elsket? Jeg tror det, absolutt”

(Bijl, 2016).

I spisesituasjonen vet vi fra praksiserfaring at det er viktig at det foregår til oppsatt klokkeslett og sted da det er viktig for pasienten at det er forutsigbart. Det er også viktig å holde seg til kostlisten som er fastsatt av lege og ernæringsfysiolog, da verken mer eller mindre mat enn oppsatt. Som for eksempel at står det en halv pakke smør per brødskive, så SKAL det være en halv pakke smør per brødskive. Hvor mindre forskjeller som blir gjort hvor bedre er det for pasienten, og man unngår da at pasienten oppfatter sykepleierne som ”snille og ”slemme”.

Et annet viktig begrep er autonomi, som kan tolkes som selvbestemmelse og medbestemmelse (Hummelvoll, 2012). Pasienter lagt inn på tvang blir fratatt sin autonomi i den perioden de ikke klarer å ta vare på seg selv og egen helse. Hummelvoll (2012, s. 85) skriver at ” *Et hvert menneske har også rett til selvbestemmelse (autonomi), men har ikke alltid evne og/eller krefter til å utøve den retten på grunn av intellektuelle, psykiske eller fysiske hinder*”. Selvbestemmelse kan overlates til andre, men det kan ikke integriteten. Den kan krenkes gjennom uverdigg behandling (Hummelvoll, 2012). For den anorektiske pasient er tapet av autonomi krenkende, så det er viktig å huske på å respektere pasientens integritet.

4.1 Anorexia nervosa

Anorexia nervosa er en spiseforstyrrelse hvor det er motstand mot å opprettholde normal vekt i forhold til alder og høyde, som resulterer i 15% vekttap under forventet normalvekt (Skårderud, 2015). Lidelsen karakteriseres ved bevisst vekttap som framkalles og vedlikeholdes av pasienten selv, og forekommer hyppigst hos tenåringsjenter og unge kvinner (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Mennesker som har denne lidelsen har en intens frykt for å legge på seg, selv ved undervekt (Skårderud, 2015). Ved anorexia nervosa får man en forstyrret opplevelse av størrelsen og formen på kroppen, en får benektelse av at vekttapet er alvorlig og selvfølelsen blir sterkt knyttet til vekt og utseende. Hos unge jenter og kvinner er det fravær av menstruasjon (Skårderud, 2015). Anorexia nervosa utgjør ca. 10% av spiseforstyrrelser. 90% av de som rammes av anorexia nervosa er unge jenter som vanligvis er i alderen mellom 14 – 19 år (Store medisinske leksikon, 2016). Anorexia nervosa er å begrense hva og hvor mye man spiser, og de fleste beholder på maten mens andre kaster den opp om de syns de har spist for mye. Noen har overspisingsepisoder og mister den strenge kontrollen de har på matinntaket (Skårderud, 2015). Ved anorexia nervosa begynner de fleste å sulte for å gå ned i vekt og opplever etterhvert at de ikke lenger klarer å spise; som fanget av selve situasjonen spiser de stadig mindre, og mister kontrollen. Det kan skje en forvrenging av kroppsbildet, hvor man ikke realistisk ser hvor tynn man er, men heller ser seg selv som tykk og stor (Skårderud, 2015). Det er ingen holdepunkter på at det er spesifikke årsaksfaktorer som fører til anorexia nervosa, det menes at det er en flerfaktoriell sykdom (Store medisinske leksikon, 2016).

Sykdomsutviklingen vil være at det reduserte matinntaket inntreffer plutselig eller gradvis komme over uker og måneder. Utløsende faktorer kan være mobbing, tap av venner eller at noen tilfeldig kommenterer utseendet (Store medisinske leksikon, 2016). Mennesker som lider av sykdommen tenker nesten hele tiden på mat og kalorier. Å sulte seg er et dramatisk forsøk på å undertrykke følelser, enten det kommer til mat eller andre menneskers omsorg (Skårderud, 2015). At man presser kroppen ned i vekt kan være et desperat forsøk på å ”bli sett” (Skårderud, 2015). Den anorektiske lukker seg inne i seg selv og hennes strategi vil være avstengning og innkapsling. Hun kan gjøre sin kropp til et lite bur, lukke seg inn i det og få eller ingen får slippe inn (Skårderud, 2015). Anorektikere kan finne trygghet i sin sykdom, og de kan se på sykdommen som sin venn. Så det å gi slipp kan være vanskelig (Maisel, Epston & Borden, 2009).

En sårbarhet som i møte med utløsende forhold kan resultere i lidelsen anorexia nervosa er flere, og disponerende forhold er:

Genetikk

Personlighet, perfektjonistiske trekk øker risikoen

Familiære forhold

Traumer og fysiske/seksuelle overgrep

Slankepress, spesielt når dette formidles via familiemedlemmer eller venner

(Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

Bak omliggende diagnoser som kan ha utløst en anorexia nervosa:

* Familie/miljøforhold.

* PTSD - posttraumatisk stress syndrom, som reduserer appetitt.

* Alvorlig depresjon.

* OCD – obsessive compulsive disorder, tvangslidelser der symptombylde kan inkludere tanker og ritualer rundt mat.

* Psykotiske vrangforestillinger om mat og kropp.

(Skårderud, 2015).

I sykepleierens arbeid rundt disse pasientene er det like viktig å jobbe med den somatiske tilstanden som den psykologiske. Denne gruppen pasienter er i stor fare for å utvikle sykdom grunnet underernæring, og lage permanent skade på kroppen. Det å forebygge og fremme god helse, når pasienten selv er ute av stand til å ta vare på seg selv er en viktig oppgave for sykepleieren. Hjerne, hjernen, endokrine systemer og fordøyelsessystemet er noe som er utsatt hos anorexia nervosa pasienter. De mest alvorlige er kardiovaskulære som hjertesvikt, hjerterytmie, hjerteinfarkt og bradykardi (Helsedirektoratet, 2000). Langvarig underernæring ser ut til å gi betydelig svekkelse av hjertemuskulaturen, som kan føre til arytmier og akutt hjertesvikt (Helsedirektoratet, 2000). Osteoporose og osteopeni er noe som ofte forekommer hos pasienter med anorexia nervosa, og dette gir redusert beinmasse slik at styrken i benet blir betydelig redusert og svekket (Ørn, Mjell & Bach-Gansmo, 2011). Når anorexia nervosa inntreffer før puberteten og høydetilvekst er avsluttet vil det medføre at pasienten utvikler vekstretardasjon.. Fertilitet kan være en bekymring for anorexia nervosa pasienter på grunn av amenoré. Største delen av pasientene med menstruasjonsforstyrrelser normaliserer det seg etter vektøkning, men noen får vedvarende forstyrrelser og vil ha problemer med å bli gravid (Helsedirektoratet, 2000). Refeedingsyndrom er en tilstand som inntreffer ved for rask tilførsel av væske, salter og næring. Symptomer forekommer vanligvis 2-4 uker etter oppstart med re-ernæring (Frostad, 2012). Klinisk vil det oppstå sirkulasjonssvikt og noen ganger cerebral påvirkning (Frostad, 2012).

4.2 Behandling og forløp

I denne oppgaven tar vi utgangspunkt i pasienten som har blitt lagt inn på en akutt psykiatriskavdeling for barn og unge mot sin vilje. Fra erfaring vet vi at fokuset da som oftest er re-ernæring og vektøkning, da dette er livreddende behandling samt normalisere kognitiv funksjon som står i fokus (Helsedirektoratet, 2000). Det er da et tett samarbeid med somatisk barneavdeling for hele tiden å vurdere hvor det er hensiktsmessig for pasienten å være ut fra somatiske kriterier utarbeidet i et samarbeid mellom BUP, som er barn og ungdoms psykiatri, og somatisk barneavdeling fra 2013. Om det er stabilt somatisk vil det

være psykiatrien som tar over. Etter det innledende møte er det flere ting som skal på plass. Noe av det viktigste er en behandlingsplan. Når en pasient får helsehjelp ved innleggelse på sykehus både somatisk og psykiatrisk, der det skal settes inn tiltak som skal følges opp og koordineres over tid vil en behandlingsplan være et nyttig verktøy for å kvalitetssikre behandlingen (Moen, Hellesjø & Berg, 2008).

Fra praksiserfaring vet vi at så snart som mulig må det velges ut primærkontakter som skal ha oversikt over forløpet og behandlingsplan. I samråd med ernæringsfysiolog sette opp en kostplan, noe som kan være utfordrende da den ofte må bestå av store mengder mat for å dekke kaloribehovet for vektøkning. Sondeernæring tilpasses til pasientens behov. Den gis enten ved støt fire ganger daglig eller sondepumpe kan være aktuelt å bruke. Det er ønskelig med oppstart med fastføde så fort som mulig, for å unngå komplikasjoner med fordøyelsen. I denne situasjonen kan det være nødvendig med tvangsbruk som kan bestå av å holde pasienten under måltidet ved sondeernæring. Når pasienten spiser fast føde vil pasienten være klar over at ved unndragelse i spisesituasjonen, vil det bli aktuelt å legge ned sonde noe de fleste pasienter ikke ønsker. Det finnes også andre mekaniske midler for bruk av tvang som belteseng, men dette har vi ikke sett blitt brukt i praksiserfaring. Etter opphold på akutt psykiatrisk sykehus, er det noen pasienter som reiser hjem med poliklinisk oppfølging, men de fleste pasientene legges inn på klinikker som er spesialister på spiseforstyrrelser.

4.3 Yrkesetiske retningslinjer

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det om sykepleiens grunnlag som beskriver at all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv, og iboende verdighet (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). Videre utdyper den om sykepleierens menneskesyn og grunnleggende verdier, hvordan dette bør vernes i praksis. For å sikre god praksis innen profesjonen, i møte med pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet beskrives det hva vi som sykepleiere strekker oss etter (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). Sykepleieren skal alltid huske på at sykepleien skal være kunnskapsbasert og innenfor kompetanseområdet. Det skal bygges på det å være barmhjertig, vise omsorg og respekten for menneskerettighetene. Sykepleieren skal fremme helse og forebygge sykdom (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). Sykepleier har en plikt til å beskytte pasienten mot unødvendig bruk av tvang, og skal varsle ved kritikkverdig behandling (Yrkesetiske retningslinjer, 2011).

4.4 Lover og forskrifter

Det er ulike lover og forskrifter sykepleieren må forholde seg til, kjenne til og hele tiden oppdatere seg på. I psykiatrien og i møte med pasienter som lider av sykdommen anorexia nervosa er det viktig å vite hvilke rettigheter pasientene har, og spesielt aldersgruppen vi fokuserer på som er unge jenter fra 14-17 år.

Psykisk helsevernloven (2015) har som formål å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte, og i samsvar med grunnleggende rettsikkerhets prinsipper. Videre skal det sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet (Psykisk helsevernloven, 2015). Psykisk helsevernloven (2015) menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse. Det skal også gjelde den pleie og omsorg dette krever (Psykisk helsevernloven, 2015).

For pasienter som er fylt 16 år gjelder vedtak om tvungen observasjon § 3-2 beskriver at det på bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelser etter § 3-1, er den faglige ansvarlige som foretar en vurdering av om de følgende vilkårene for tvungen observasjon er oppfylt (Psykisk helsevernloven, 2015). Ifølge loven skal frivillig psykisk helsevern vært forsøkt og uten at dette har ført fram. Pasienten skal ha vært undersøkt av to leger, der én skal være uavhengig av den ansvarlige institusjonen. Pasienten skal fylle vilkårene for tvungen psykisk helsevern etter § 3-3 (Psykisk helsevernloven, 2015). Om lovens vilkår ellers er oppfylt kan tvungen observasjon bare finne sted hvor det etter en helhetsvurdering framtrer som den beste løsningen for pasienten. Med mindre han eller hun utgjør en alvorlig fare for andres liv eller helse (Psykisk helsevernloven, 2015).

Tvungen observasjon kan ikke vare mer enn 10 dager fra undersøkelsens begynnelse uten pasientens samtykke. Om pasientens tilstand tilsier det er strengt nødvendig kan fristen forlenges inntil 10 dager, dette skal være samtykke fra kontrollkomisjonens leder. Dersom vilkårene for slikt vern er tilstede kan overføringen til tvungen psykisk helsevern skje før eller ved utløpet av denne fristen (Psykisk helsevernloven, 2015).

Når pasienten under 16 år legges inn er det pasient og brukerrettighetsloven § 4-4 som benyttes når pårørende samtykker til innleggelse på vegne av barnet (Pasient og brukerrettighetsloven, 2015). Om det er nødvendig settes det konstant observasjon (K.O) på tilsynsstatus på pasienten. Det betyr i praksis at det alltid skal være noen med pasienten.

Pasienten får ikke gå på toalettet eller dusje alene. Det kan være risiko for at pasienten skader seg selv, kaster opp etter måltider eller har stor aktivitet når de får være alene. Dette kan redusere eller utsette vektøkning som kan være livsviktig.

5 “Hva er god sykepleie til mindreårige pasienter med Anorexia nervosa på psykiatrisk sykehus for å redusere bruk av tvang I spisesituasjonene”

Vi ønsker i denne drøftingen å benytte oss av de to sykepleieteoretikerne vi har valgt, Travelbee og Orem, for å svare på vår problemstilling. Vi trekker også inn andre elementer fra teoridelen for å gå mer i dybden på hva som skal til for å redusere bruk av tvang i spisesituasjonen.

I Travelbee sin sykepleietenkning er empati og ”terapeutisk bruk av seg selv” en sentral plass. Sykepleieren møter jenter fra 14-17 år med anorexia nervosa og det er viktig å vite hva som er god sykepleie i forhold til spisesituasjonen til denne pasientgruppen. Travelbee (1999, s. 29) definerer sykepleie som: ” *Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene*”. For å gi god sykepleie må man skape en relasjon seg imellom, som vil være selve grunnsteinen for veien videre. Forskning gjort av Zugai, Stein-Parbury & Roche, (2013) viser at sykepleierne har hatt en viktig rolle i pasientens opplevelse av tvangsbruk. I Travelbee sin sykepleietenkning er etableringen av menneske-til-menneske forhold viktig. Man skal overvinne det stadiet om roller hvor man er sykepleier og pasient, men heller forholde seg til hverandre som unike personer (Kristoffersen, 2012). Så hele starten på en relasjon mellom sykepleieren og den unge jenten med anorexia nervosa bygger på etableringen av menneske-til-menneske forhold. Uten dette menneske-til-menneske forholdet vil pasienten ikke føle tillitt til sykepleieren og prosessen for å bli frisk vil ta lengre tid. For å kunne få dette til er det ulike faser man må igjennom ifølge Travelbee. Den første fasen starter med når sykepleieren møter den anorektiske pasienten, dette kalles det innledende møtet (Kristoffersen, 2012). Her får sykepleieren og pasienten med anorexia nervosa et førsteinntrykk av hverandre som er gjort på bakgrunn av observasjoner av hverandres væremåte, handlinger og språk. Etter det innledende møtet vil det være viktig å lage en behandlingsplan individuelt rettet mot den enkelte pasient. Behandlingsplanen vil være et nyttig verktøy til helsehjelp ved innleggelse på sykehus, både somatisk og psykiatrisk, hvor det settes inn tiltak som skal

følges opp og koordineres over tid for å kvalitetssikre behandlingen (Moen et al., 2008). Noe som kan være en utfordring for sykepleieren vil være å bryte seg ut av sine forutinntatte holdninger og virkelig se henne slik hun er som person (Kristoffersen, 2012). Neste fase er framveksten av identiteter, her trer sykepleierens og pasientens identitet frem. Man oppfatter hverandre og de begynner etterhvert å etablere et kontaktforhold (Kristoffersen, 2012). Empati er fasen videre for å skape menneske-til-menneske forhold. Sykepleieren må ha empati for pasienten, dette er evnen hun trenger inn eller ta del i, og viser forståelse for den psykiske tilstanden som pasienten er i der og da (Kristoffersen, 2012). Når sykepleieren har empati med en annet menneske, som her er pasienten med anorexia nervosa, opplever en kontakt og nærhet. Det er lettere å kunne forstå de unge jentenes indre opplevelse og ytre atferd (Kristoffersen, 2012). Om sykepleieren tar pasientens ytre atferd personlig vil man gli ut av sin rolle som profesjonell og man kan skape negative holdninger. Nest siste fase i etableringen er sympati som er en innstilling eller en holdning, som er en måte sykepleieren tenker eller føler på og formidler dette til jenten med anorexia nervosa (Kristoffersen, 2012). I aller siste fase kommer etablering av gjensidig forståelse og kontakt. Dette vil da bli et resultat av hva som har skjedd gjennom de tidligere fasene mellom sykepleieren og pasienten. Her vil det være avgjørende at sykepleieren har kommet inn til den anorektiske jenten både ved å ha vist forståelse for og et ønske om å hjelpe henne for å få det bedre (Kristoffersen, 2012). Etter alle disse fasene kan det ha blitt gjennomført et menneske-til-menneske forhold, hvor pasienten føler tillit og stoler på sykepleieren. Det vil da være lettere for sykepleieren å iverksette sykepleietiltak ved å ha oppnådd tillit hos pasienten (Kristoffersen, 2012). Om man ikke går igjennom de ulike fasene vil det være vanskelig å etablere et menneske-til-menneske forhold. Vi mener at det innledende møtet mellom sykepleieren og pasienten vil være svært viktig for godt samarbeid videre og at det er her tilliten vil skapes.

Anorexia nervosa gruppen vi fokuserer på er unge jenter fra 14-17 år som er lagt inn under tvang på psykiatrisk sykehus. Pasientene under 16 år blir lagt inn under samtykke fra pårørende som er pasient og brukerrettighetsloven § 4-4 (Pasient og brukerrettighetsloven, 2015). Årsaken til at de kommer til denne avdelingen er at de har sluttet å spise, de er til fare for seg selv og at sykdommen kan lage permanentskade på kroppen deres. Det er nå et stort behov for at sykepleieren kommer inn for å hjelpe eller tar over når det kommer til spisesituasjonen. Vi ønsker å fokusere på hvorfor det er så

viktig at denne pasientgruppen blir lagt inn, selv om det er mot deres vilje, og hva som er god sykepleie til de mindreårige jentene for å redusere bruken av tvang. Som sykepleier og vårt arbeid rundt denne pasient gruppen som har anorexia nervosa er det like viktig å jobbe med de somatiske komplikasjonene en utvikler fra sykdommen, som den psykologiske. Man kan se ved langvarig underernæring at dette gir betydelig svekkelse av hjertemuskulaturen, som kan føre til arytmier og akutt hjertesvikt (Helsedirektoratet, 2000). Permanente skader anorexia nervosa gir på kroppen er skader på hjerte, hjerne, endokrine og fordøyelsessystemet (Helsedirektoratet, 2000). Fra forskningen til Wentz, Gillberg, Anckarsätr, Gillberg & Råstan (2012) viste resultatene av somatiske funn at anorexia nervosa pasientene hadde lav høyde, tannproblemer og nevrologiske utfall. Unge jenter som er alvorlig syke av sin lidelse ser ikke selv de somatiske komplikasjonene som noe problem, og det er her sykepleieren kommer inn for å hjelpe. Ved å re-ernære pasienten vil man redusere risikoen for somatiske komplikasjoner. Om man ikke tar tak i og hjelper denne pasientgruppen i tide kan disse komplikasjonene i verste fall føre til døden. Orem trekker frem begrensninger i egenomsorgen som er aktuelt for vår pasient gruppe. Hos anorexia nervosa pasienter foreligger det en svikt psykologisk for å se egne og nødvendige behov. Sykepleieren må gå inn for å kartlegge hver enkelt pasient for hva slags behov de trenger hjelp til, og eventuelt hva sykepleieren må gå inn å ”ta over”. Samtidig er det viktig å vite hva slags ressurser pasientene fortsatt har, og bruke disse. Hvert enkelt menneske er forskjellig og behandlingen må rettes individuelt mot enkeltmennesket. Ifølge Orem baseres helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov på at det er svikt i de normale funksjoner, helse og velvære. Dette kan føre til behov for å kontrollere ytterligere svikt, redusere og regulere omfanget og konsekvensen av svikten (Kristoffersen, 2012). Vi kan se hos anorexia nervosa pasienter se en slik stor svikt og at det er i sammenheng med det Orem beskriver. Sykepleieren må komme inn å hjelpe eller ta over for å kontrollere, redusere eller regulere konsekvensene av svikten. Orem trekker frem hjelpemetoder som er aktuelt for vår pasientgruppe ved at sykepleieren gjør eller handler for pasienten. Vi kommer inn for å veilede og rettlede, vi sørger for fysisk og psykisk støtte og vi sørger for omgivelser som fremmer utvikling (Kristoffersen, 2012). Pasientene er selv ute av stand til å dekke sitt egenomsorgsbehov i forhold til spisesituasjonen. God sykepleie til denne pasientgruppen vil være at sykepleieren sørger for at pasienten får tilstrekkelig inntak av mat. Å sørge for fysisk og psykisk støtte for pasienten vil være aktuelt, som innebærer at sykepleieren må delta i pasientens anstrengelser for å nå målet (Kristoffersen, 2012). Gjennom sykepleieren sin

støtte vil man gi oppmuntring og hjelp til pasienten. Dette er noe som kan minske risikoen for at pasienten skal føle seg mislykket i spisesituasjonen og føle ubehag da det er matinntaket som er svært sårbart hos anorexia nervosa pasientene (Kristoffersen, 2012).

Gode kunnskaper om pasientgruppen, de somatiske komplikasjonene og tvangsernæring er noe vi mener en sykepleier skal ha med seg i møte med unge jenter som lider av anorexia nervosa. Man skal bruke hele seg selv, som vi mener er å ha et oppriktig ønske om å ville hjelpe. Å kunne skape en relasjon til pasientene er viktig som viser med våre holdninger at pasienten kan føle trygghet og tillit hos sykepleieren. Når det har kommet så langt at unge jenter blir lagt inn på tvang for sykdommen sin må sykepleieren kjenne til lovverket og hele tiden oppdatere seg på dette. I Psykisk helsevernloven (2015) har den som formål å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte, og det skal være i samsvar med grunnleggende rettsikkerhets prinsipper. Selv om dette er unge jenter som er lagt inn på tvang skal man fremdeles huske på deres autonomi og respekten for mennesket. Sykepleieren må gå inn å hjelpe eller å ta over for å styre spisesituasjonen til pasienten, men det vil ikke si at man kan overstyre hele pasienten. Pasienten må på en eller annen måte få være delaktig. Dette kan være å få arbeide med spørsmål som har med mål og mening å gjøre, som kan være hva som egentlig er viktig for henne å strebe mot (Hummelvoll, 2014). For unge jenter med anorexia nervosa vil det å arbeide med spørsmål, gjennom å klargjøre selvbildet og få et nærmere forhold til egne følelser og behov, gjøre det mulig for disse å få større grad av autentisitet (Hummelvoll, 2014). Dette menes med at de unge jentene gradvis tør å vise seg som person. Ved denne type arbeid vil det dreie seg om å lete etter pasientens måter å vise selvrepresentasjon på, altså måter som uttrykker at de unge jentene selv har vilje til å ta styring over eget liv (Hummelvoll, 2014). Tiltakene som er beskrevet i loven skal sikre at det i utgangspunktet tar pasientens behov og respekten for menneskeverdet (Psykisk helsevernloven, 2015). Når sykdommen kommer så langt at det står i fare for eget liv, men pasientene ikke ønsker hjelp ved tvangsinnleggelse, kan man stille seg spørsmål om hvordan de somatiske komplikasjonene utarter seg videre hvis spisesituasjonen ikke blir tatt på alvor. Vi vet fra praksis at behandlingen til pasientene som er lagt inn på en akutt psykiatriskavdeling for barn og unge at fokuset oftest er re-ernæring og vektøkning som er livreddende behandling til pasientgruppen. Det vil være et tett samarbeid med somatisk avdeling for å vurdere hvor det er mest hensiktsmessig

for pasienten å være. Er det somatiske stabilt så vil psykiatriavdelingen ta over. Resultatene fra forskningsartikkelen til Kaczynski, Denison, Wiknertz, Ryno & Hjalmar (2000) der det ble brukt et strukturert behandlingsprogram, hadde ingen av pasientene som utviklet alvorlige somatiske komplikasjoner, og innenfor programmets tabeller oppnådde majoriteten vektøkning. På oppfølging ble et spørreskjema besvart av 13 pasienter hvor de fleste opplevde sykehusopphold som vanskelig, men i ettertid ble sondeernæring og tilsyns strategier oppfattet som nødvendig (Kaczynski, Wiknertz, Ryno & Hjalmar, 2000). Vi ser ut fra forskningen at pasientene i sin sykdomstilstand synes det å ta imot hjelp er vanskelig, men i ettertid ser de nødvendigheten ved ulike tvangsstrategier under sykehusoppholdet.

Marloes kjempet mot anorexia nervosa i 8 år, og hun ble tvangsinnlagt. Hun sier selv i ettertid at hun nå ser behovet for sin tvangsinnleggelse, og at dette reddet livet hennes. Marloes hadde et alvorlig selvmordsforsøk, og vi kan tenke oss hvor langt det faktisk hadde gått hvis hun ikke hadde fått hjelp. Selv om Marloes nå i dag har kontroll over sin sykdom stiller hun spørsmål om tvangen hun ble ”møtt med” kunne vært gjort annerledes.

Hun sier *”Jeg har tenkt mye, ville jeg blitt utsatt for mindre tvang dersom flere turte å møte meg slik som deg og ”engelen”? Ville jeg følt meg trygg nok til å klare å fullføre måltidene uten tvang? Ville jeg følt meg nok sett, nok respektert, og nok elske? Jeg tror det, absolutt”* (Bijl, 2016).

Marloes snakker om ”engelen”, dette er en sykepleier som vi tolker ikke bare var et medmenneske, men som også valgte å tro på henne, og hennes ønsker. Det kan tenkes at det er dette som skal til for å utføre tvangen om å spise, men på en skånsom måte. I forskningen til Elzackers, Danner, Hoek, Schmidt og Elburg (2014) stiller de seg spørsmål hvor ofte tvangs behandling blir utført til pasienter, ulike risikofaktorer og pasientenes eget syn på tvangs behandling. Etter en tid var halvparten av de tvangsbehandlende pasientene enig med behovet for tvungen sykehusinnleggelse, og at når livet står på spill støtter anorexia nervosa pasientene tvungen behandling. Klinikere rapporterer at den terapeutiske relasjonen ikke svekkes av tvangsbehandlingen (Elzackers, Danner, Hoek, Schmidt & Elburg, 2014). Resultatet fra forskningen viste at pasientene som er lagt inn under tvang har mer alvorlige symptomer. Tvangsforing av anorexia nervosa pasienter er på kort sikt gunstig og kan da være med på å unngå

forverring, men den langsiktige effekten er usikker (Elzackers et al., 2014). Derfor blir det desto viktigere å jobbe for å redusere bruken av tvang, da langtids virkningen av tvangsbruk er usikker utfra forskning. Det stilles spørsmål rundt etikken i dette, om det er etisk gjennomførbart og man skal ikke overstyre pasientens autonomi. I de yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleien skal bygges på det å være barmhjertig, vise omsorg og respekten for menneskerettighetene (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). Vi mener at uansett om pasienter med anorexia nervosa er lagt inn under tvang eller ikke, skal man være profesjonell og vise respekt for enkeltmennesket. Når det kommer til kvaliteten på omsorgen som gis til pasienter under tvang bør studier foreta en bred vurdering. Holdningene til de ansatte er et eksempel som er svært viktig for opplevelsen til pasientene, og deres vurdering av behandlingen (Elzackers et al., 2014). Vi ser nødvendigheten med bruk av tvang til unge jenter som er svært syke av anorexia nervosa. Samtidig mener vi dette kan forebygges ved en god relasjon og ved å skape et menneske-til-menneske forhold som Travelbee sier. Ved å jobbe som et team tett rundt pasienten, ha primærsykepleier og faste sykepleiere som pasienten kan forholde seg til kan ha en virkning for å forebygge tvang. Når pasienten må forholde seg til mange og ukjente kan det fort bli kaos og det oppstår mistillit. Det kan også tenkes for den anorektiske pasienten at det er ”bedre” å bli utført tvang mot av en kjent sykepleier, for eksempel primærsykepleieren, enn mange ukjente sykepleiere som kommer og går inn til pasienten.

Etter Marloes sine egne erfaringer, ved å se på ulik litteratur og forskning ser vi sammenhenger i utførelsen av god sykepleie til anorexia nervosa pasienter. Vi tror det er viktig at sykepleieren som skal jobbe med pasienter med anorexia nervosa må ønske det, og ha en interesse for fagfeltet. Det krever mye forkunnskap før man går inn i situasjonen for å kunne forstå de mange aspektene i sykdommen. Kunnskapsbegrepet ligger nært beslektet begrepet kompetanse, som kan defineres som sikkerhet og dyktighet (Hansen, 2012). Det å oppnå erfaring kan by på utfordringer da man ikke alltid vet hva man skal si eller gjøre i forskjellige situasjoner, og dette kan skape frustrasjon både hos pasient og sykepleier. Anorexia nervosa pasienter trenger struktur og uforutsigbarhet, og dette vil man ikke klare å oppnå uten kjennskap til de mange aspekter og pasientens manglende evne til å regulere følelser. Det er viktig å vite at anorexia nervosa pasienter ikke alltid er sannferdige i sykdommen, og vil gjerne prøve å slippe unna i for eksempel i spisesituasjon. Det er viktig å skille på pasientens stemme og anoreksiens stemme, da

pasientens tanker og handlinger blir rammet (Maisel, Epston & Border, 2009). Pasientens autonomi blir utfordret da de selv ikke lenger får ta avgjørelser i forhold til egen kropp og helse, noe som er så nært og intimt. Om man ikke har nok kunnskap å gå inn i situasjonen med ”ta deg sammen” holdninger vil man ikke kunne nå frem til pasienten. Med kunnskap og forståelse vil man kunne unngå å ta avvisning personlig, å vite at dette er en del av sykdomsbilde og distansere seg fra andre (Skårderud, 2015). Om sykepleieren reagerer med sinne eller fornærmelse i disse situasjonene, vil man ikke kunne skape en relasjon og man vil fort kunne føle seg utbrent i jobben. Kurs og litteratur er viktige kilder til kunnskap, men den viktigste er kanskje å dele kunnskap og erfaringer med sine kollegaer. Dette skaper et samhold og en felles forståelse i arbeidsmiljøet. Et viktig aspekt i det helsefremmende arbeidet vil være at pasienten selv forstår sin egen sykdom, og dette er viktig å ta med seg i den daglige miljøterapi. Psykoedukasjon er en måte å jobbe på for at pasienten skal forstå sin egen lidelse og som vil være en viktig prosess for å nå målet mot å bli frisk. Det er stor risiko for at det kan skje feil i bruk av tvang om man ikke vet hva som står i psykisk helsevernlov eller hva loven sier om alder, og dette kan få konsekvenser. Ved å ha gode kunnskaper i forhold til lover og forskrifter så unngår man feil, og gir pasienten trygghet i oppholdet. Feil bruk av lovverket kan få følger i forhold til kontrollkommisjonen, som har i hovedoppgave å sikre pasienten i møte med psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2014). For å kunne være en effektiv endringsagent eller handle effektivt i situasjoner som sykepleier, er det viktig å ha kunnskap om hvordan ens adferd påvirker andre.

Kommunikasjon både verbal og non-verbal er en av nøkkel elementene i all samhandling mellom sykepleier og pasient, både bevisst og ubevisst (Travelbee, 1999). Travelbee (199, s. 135-136) sier at ”*Kommunikasjon er en prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til menneske-forhold*”. Kommunikasjon kan betraktes som en prosess der det meddeles eller overføres tanker og følelser, men det deles ikke noe meningsfylt før man er relativt sikker på at det man meddeler ikke blir ignorert eller avvist (Travelbee, 1999). Det er i kommunikasjonen viktig å etablere et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient, da man skal jobbe med pasientens selvfølelse og selvoppfattelse. Anorexia nervosa pasienter er grunnleggende mistroiske, og har stor selvforakt (Skårderud, 2015). Anoreksiens stemme forteller dem at de ikke er gode nok og at de må kompensere det med å ha kontroll (Skårderud, 2015). For at sykepleier skal komme i posisjon til å arbeide for å øke pasientens selvtillit og følelser, må pasienten

gradvis skal klare å slippe kontrollen. Fundamentet til tillitt skapes i god kommunikasjon, og tillitt skaper igjen en god relasjon. Forskingen vi har funnet som omhandler brukerperspektivet sier at pasientene mener at sykepleierne har hatt et positivt innvirkning på opplevelsen av behandlingen. Deltagerne reflekterte positivt på at bestemmelser ble håndhevet med omsorg, og at sykepleieren opplevdes som snill og fornuftig (Zugai, Stein-Parbury & Roche, 2013). Det er viktig å ha med seg at dette er en sykdom som ikke pasienten selv har valgt eller kan påvirke uten hjelp, når det er gått så langt at pasienten blir lagt inn mot sin vilje. I behandlings sammenheng kan man snakke om kognitive terapi og andre terapi modeller, men som sykepleier og pasient i dagligdagse gjøremål og interaksjon snakker vi om kommunikasjon som er basert på kunnskap og relasjonsbygging. *”Kjernen i profesjonell kommunikasjon i helseyrket er at det er faglig velfundert og til hjelp for pasienten”* (Eide & Eide, 2011, s. 12).

Som alle andre er sykepleieren også bare et menneske når hun er i møte med pasienter. Det sykepleieren må huske på i møte med anorexia nervosa pasienter er å være profesjonell. Følelsene kan forstås som et avansert informasjonssystem, som ved affektbevissthet. Da sykepleieren møter unge jenter som lider av anorexia nervosa bør man være bevisst rundt sine egne følelser og akseptere de (Eide & Eide, 2011). Da Marloes var innlagt snakket hun om ”engelen” som hjalp henne, det kan tenkes at dette var en profesjonell sykepleier som var bevisst på sine egne følelser og aksepterte de følelsene som ble vekket i henne da hun var i møte med Marloes. Da kan det være lettere å forstå Marloes sine reaksjoner da hun var ”fanget” i sin sykdom. Om sykepleieren ikke er klar over sine følelser vil evnen til å oppfatte og forstå Marloes være begrenset (Eide & Eide, 2011). Sykepleierens holdninger har mye å si i et møte med en anorektisk pasient som trenger hjelp rundt sitt matinntak. Hvordan man viser seg, måten man uttrykker seg på, kroppsspråket, og måten man tenker på er avgjørende. Alt dette kan en anorektisk pasient ”fange opp”, og det er viktig å ta med seg som profesjonell sykepleier da en relasjon skal skapes mellom sykepleier og pasient. Sykepleier skal ha evnen til affekttoleranse som ved at man tåler å oppleve følelser og også følelser man ikke liker når man møter anorektiske pasienter som Marloes (Eide & Eide, 2011). Unge jenter med denne sykdommen er ikke seg selv. Dette kan være at de oppfører seg annerledes, de tenker annerledes og de sier mye som kan vekke ulike reaksjoner i sykepleieren. Når pasienten sier *”Jeg vil ikke spise, og du kan ikke tvinge meg”* er det vanskelig for sykepleieren å forholde seg til dette. Det å stå i slike situasjoner daglig vil gjøre noe med

deg som menneske om man ikke er bevisst rundt sine egne følelser. Sykepleieren skal allikevel kunne evne det å kjenne på angst uten å trekke seg tilbake fra pasienten, eller bli handlingslammet. Man skal kunne føle på det å bli trist uten å bli passivisert, og føler man på sinne skal sykepleieren ikke la dette gå utover pasienten, seg selv eller omgivelsene (Eide & Eide, 2011). Fra forskningen gjort av Walker og Loyd (2011) utforsket de holdningene til helsepersonell som jobber med pasienter som har spiseforstyrrelser. Diskusjonen går ut på at holdningene som kommer frem mot pasientene som har en spiseforstyrrelse kommer av at det er mangel på kunnskap og motoverføringsreaksjon på pasientens følelser (Walker & Loyd, 2011). Helsepersonell føler de prøver å gjøre en god jobb i møte med disse pasientene, men på grunn av mangel på erfaring og kunnskap opplever de å føle seg utilstrekkelige. Dette gjør at de negative holdningene mot å jobbe med pasienter som har en spiseforstyrrelse blir økt (Walker & Loyd, 2011). Når sykepleieren skal jobbe med anorektiske pasienter må man være bevisst på sine holdninger, og det er viktig å ikke ta til seg alt pasientene sier. Man kan da risikere å bli ”spist opp”, og føle seg utslitt. Dette kan igjen bli sett på som uprofesjonelt og at man faktisk har lite kunnskaper om denne pasient gruppen hvis man lar seg selv komme til dette punktet. Non-verbal kommunikasjon med et dårlig kroppsspråk vil få pasienten til å føle seg mislykket og vil kunne virke stressende for pasienten. Marloes forteller at det som var viktig under hennes tvangsinnleggelse var omsorg og tålmodighet. Vi mener at tvang kan forebygges og at man skal være seg bevisst ved affektbevissthet og affekttoleranse. Da man har lite kunnskaper og erfaringer kan man mangle evne til å kjenne til sine egne følelser og akseptere de. Dette mener vi er uprofesjonelt og at man kan risikere å utføre tvang på feil måte i forhold til ernæringen til pasienten. Fra forskningen til Walker & Loyd (2011) blir hva vi mener støttet opp med at helsepersonell faktisk får flere negative holdninger mot pasienter med anorexia nervosa. Det som gjorde en forskjell i Marloes hverdag i forhold til sykepleierne var at de turte å snakke om det vanskelige rundt Marloes sin sykdom. Videre sier hun at sykepleierne turte å være seg selv og ikke bare være en sykepleier. På den ene siden ser vi at selv om man er sykepleier og er på jobb, er det like viktig å være et medmenneske. På den annen side så er man en sykepleier på jobb, og man skal være profesjonell. Det er ikke alltid man kan bare være ”snill” fordi at det egentlig er det man har lyst til å være. Man må også tenke på ”overføring” og ”motoverføring”. Vi mener at sykepleieren skal kombinere sin rolle som sykepleier, men også være et medmenneske. Man skal ikke strekke seg fullt ut etter pasientens ønsker, men også tørre å sette grenser. Når man

jobber med denne pasientgruppen på et psykiatrisk sykehus skal man ha kunnskaper om at de heller ikke er seg selv, men blir styrt av sin anorexia nervosa. Derfor er det viktig å vite at pasientene kan ha lett for ”trykke” på de rette knappene hos sykepleieren for å få frem en reaksjon. Unge jenter fra 14-17 år med anorexia nervosa trenger også kanskje grensesetting, som igjen kan gi klare rammer av trygghet. De største funnene fra forskningen viser at helsepersonell som mangler kunnskaper skaper negative reaksjoner mot pasienter med spiseforstyrrelser. Det vil være positivt med opplæring til helsepersonell i forhold til følelser, reaksjoner og holdninger (Walker & Loyd, 2011). Dette forbedrer ferdigheter og gir positiv innstilling hos helsepersonell som jobber med pasienter med spiseforstyrrelser. Av dette ser vi at dette gir et bedre forhold mellom pasient og helsepersonell (Walker & Loyd, 2011).

6 Konklusjon

Vi ser gjennom teori og forskning at tvang i spisesituasjonen kan forebygges. Av dette har vi også sett at pasientene selv i ettertid ser nødvendigheten ved bruk av tvangstiltak under opphold på psykiatrisk avdeling. En god relasjon er avgjørende for å redusere bruk av tvang, og for pasientens opplevelse av tvangsbruk. Ved å forebygge tvang i spisesituasjonen mener vi det handler om å kjenne sin egen kompetanse som sykepleier og bruke kunnskap for å etablere ut fra Travelbees teori et menneske-til-menneske forhold til denne pasientgruppen. De tre ord vi anser er avgjørende er: kunnskap, kommunikasjon og relasjon. Disse ordene henger sammen da man ikke kan få en god kommunikasjon uten å ha kunnskap om de forskjellige utfordringene rundt anorexia nervosa, og man kan ikke bygge en god relasjon uten kommunikasjon. Ved å jobbe som ett tett team rundt pasientgruppen med anorexia nervosa, med fast primærsykepleier og en behandlingsplan tilpasset den enkelte pasient vil dette føre til forutsigbarhet og klare rammer for pasienten, for å ivareta pasientens egenomsorg ut fra Orems teori. Med dette kan man skape et tillitsforhold hos pasienten. Når man opptrer profesjonelt samtidig som man er et medmenneske må man ha kunnskap om overføring og motoverføring for ikke å utvikle dårlige holdninger mot pasienten. Vi mener at med tålmodighet og omsorg vil det gi pasienten trygghet. Slik at man reduserer tvang i spisesituasjonen, og sykepleier jobber ut fra de Yrkesetiske retningslinjer (2011, s. 8) der ”sykepleier beskytter pasienten mot krenkende handlinger som er ulovlig eller unødvendig rettighetsbegrensning og tvang” og ”understøtte håp, mestring og livsmot hos pasient”.

Litteraturliste

*Bijl, M.S. (2016). *Takk for at du brøt reglene for meg*. Aftenposten. Lokalisert på: <http://www.aftenposten.no/meninger/sid/Takk-for-at-du-brot-reglene-for-meg--Marloes-Suzanne-Bijl-8431176.html>

*Braut, G.S. & Malt, U. (2014). *Psykiatrisk sykehus*. Lokalisert på: https://sml.snl.no/psykiatrisk_sykehus

Brinchman, B. (Red). (2012). *Etikk i sykepleien*. (3 utg). Oslo: Gyldendal Akademiske

Cavanagh, J. S. (2008). *Orems sykepleiemodell i praksis*. København: Munksgaard Danmark.

*Definisjon av mindreårig. Lokalisert på: <http://no.thefreedictionary.com/mindrearig>

Eide, H & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Elzakker, I. F.F.M., Danner, U.N., Hoek, H.W., Schmidt, U. & Van Elburg, A. (2014). Compulsory treatment in Anorexia nervosa: A review. *International Journal of Eating Disorders*. Dec2014; 47(8): 845-852. <http://dx.doi.org.ezproxy.hihm.no/10.1002/eat.22330>

*Florvik, A. M., Normann, L. & Mølsted, K. (2008). *Sykepleie- et selvstendig og allsidig fag*. Lokalisert på: <https://www.nsf.no/Content/135904/Sykepleie%202008.pdf>

*Frostad, S. (2004). *Somatisk utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/1058864>

*Helsekompetans.no. Lokalisert på: <http://kurs.helsekompetanse.no/utfordrende/16948>

*Holcke, P. (2015). *Osteopeni*. Lokalisert på: <https://sml.snl.no/osteopeni>

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt-psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (utg. 7.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. 5 utg. Oslo: Gyldendal akademiske

*Kaczynski, J., Denison, H., Winknertz, A., Ryno, L. & Hjalmer, N. (2000). Strukturert vårdprogram gav godt resultat vid sv r anorexia nervosa. *Läkartidningen*. 22: 2734-2737. Lokalisert på: <http://www.lakartidningen.se/OldPdfFiles/2000/21247.pdf>

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E. A. (Red.). (2012). *Grunnleggende sykepleie*, bind 1: *Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.

*Kunnskapssenteret. (2016). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Lokalisert på: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskingsartikler>

*Maisel, R., Epston, D. & Borden, A. (2009). *Anoreksi og bulimi- inspirasjon til motstand*. Dansk psykologisk forlag.

*Moen, A., Hellesj , R. & Berg, A. (2008). *Sykepleiers journalføring. Dokumentasjon og informasjonsh ntering*. Oslo: Akribe AS.

Norsk helseinformatikk. (2015). *Spisevegring, oversikt*. Lokalisert på: <http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/sykdommer/anoreksi-oversikt-1029.html>

*Pasient-og brukerrettighetsloven, LOV-2015-05-22-32. (2015).

*Psykisk helsevernloven, LOV-2015-06-19-65. (2015).

*Rosenvinge, J.H. & G testam, G.K. (2002). *Spiseforstyrrelser-hvordan bør behandlingen organiseres*. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/482858>

*Skårderud, F. (2015). *Sterksvak*. (2. Opplag). Oslo: Aschehoug & co.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken-sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

*Statens helsetilsyn. (2000). *Alvorlige spiseforstyrrelser- retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*. Lokalisert på:

https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/alvorlige_spiseforstyrrelser_ik-2714.pdf

Strand, L. (2011). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. (1 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler. (2011). (Rev. Utg.). Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

*Vandvik, J.H. & Moen, H.B. (2016) *Anoreksi*. Lokalisert på: <https://sml.snl.no/anoreksi>

*Walker, S. & Loyd, C. (2011). Barriers and attitudes health professionals working in eating disorders experience. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*. 18(7): 383-391.

Lokalisert på:

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=dbfb27ea-c070-45c6-97f0-daea28cae8d4%40sessionmgr103&vid=13&hid=110>

*Wentz, E., Gillberg, C. Anckarsäter, H. Gillerg, C. & Råstam, M. (2011). Somatic problems and self-injurious behaviour 18 years after teenage-onset anorexia nervosa. *Eur child adolescent psychiatry*. 21:421-432. <http://dx.doi.org.ezproxy.hihm.no/10.1007/s00787-012-0274-9>

*Zugai, J., Stein-Parbury, J. & Roche, M. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: A consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13/14): 2020-2029. <http://dx.doi.org.ezproxy.hihm.no/10.1111/jocn.12182>

Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E.(red). (2011). *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vedlegg 1



Marloes Bijl (20)
hadde anoreksi i
åtte år. Hun
overlevde fordi
hun ble
tvangsbehandlet.

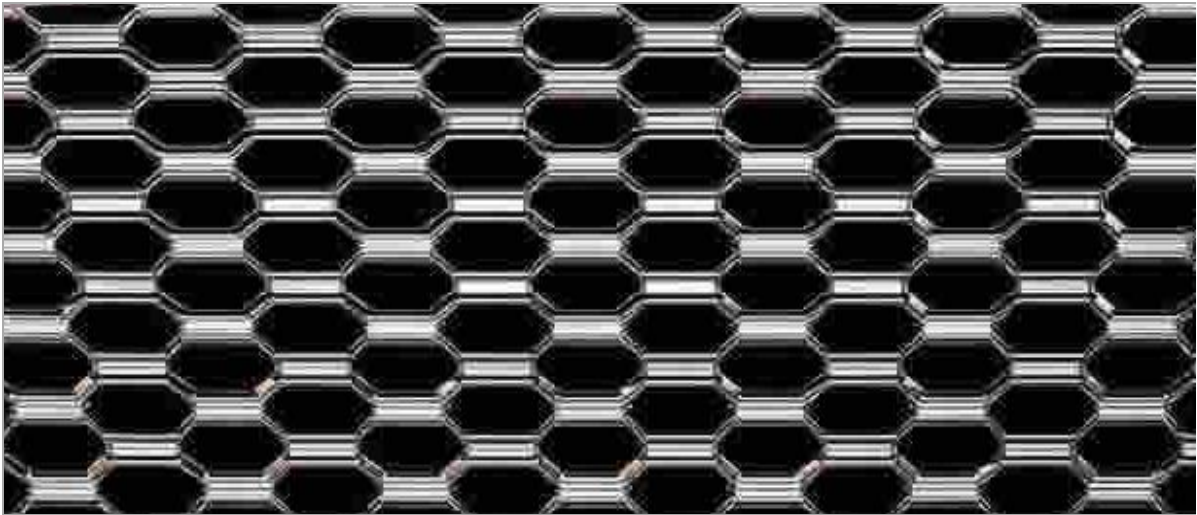
Hun ble tvangsernært 482 ganger,

fastspent i en belteseng. Tvungen
reddet livet hennes, men Marloes Bijl
er likevel kritisk.

WENCHE FUGLEHAUG

OPPDATERT: 14.MAR. 2016 10:45 | PUBLISERT: 11.MAR. 2016 21:37

ANNONSE



Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling,
Akershus Universitetssykehus (Ahus): Den
første dagen i juni 2012 våkner Marloes Bijl opp
i sengen hun har ligget i de siste 14 månedene. Utenfor
er det sommer, men luften er fortsatt kjølig. Hun står
opp, dusjer, gjør seg klar for frokost. Gruer seg.

Måltidet ligger der, flytende i sprøytene som
skal gis igjennom en tynn plastslange, en
sonde. Marloes vet hun trenger innholdet,
næringen som holder henne i live.

Men som alltid stritter hun imot. Panikken kommer, angsten og skammen. Men det er ingen steder å flykte. De er der – alle de fem pleierne. Holder henne, tvinger venstre arm over til høyre, den høyre til venstre. Tar tak i bena. Bærer henne inn til skjermingsrommet, fester henne i den spesiallagde sondestolen og plasserer bøylene over lårene. Så; de profesjonelle hendene som fører sonden inn i nesen, nedover halsen, til magen.

Senere samme ettermiddag tar Marloes på seg sin brune vinterjakke. Hun og miljøarbeideren skal på tur. De rusler inn i skogen. Marloes bakerst. Plutselig snur hun seg og legger på sprang innover i skogen.

Hun blir tilfeldig funnet bevisstløs 22 timer senere av to turgåere. Helikopteret frakter henne til Ullevål sykehus, hun er kritisk skadet og ligger i koma de neste ukene.



Marloes Bijl overlevde selvmordsforsøket og lå lenge i koma på Ullevål universitetssykehus
📷 Privat

Så våkner hun, og når det skjer, klarer hun ikke å snakke på grunn av respiratoren. Moren sitter ved sykesengen, har en Ipad. Og Marloes skriver:

-Hvorfor er jeg her?

-Du falt.


-Mamma , jeg falt ikke. Jeg hoppet...

Tvang er lov, men omdiskutert

Til sommeren er det fire år siden. Aftenposten møter Marloes Bijl hjemme i Nittedal sammen med moren Conny Lexmond og hunden Tussi. Marloes har slitt med udiagnostisert angst så lenge hun kan huske, samt depresjoner og spiseforstyrrelser i form av anoreksi de siste åtte årene.



Conny Lexmond har fulgt datteren sin Marloes gjennom hele sykdomsforløpet.-Jeg er takknemlig for at hun overlevde.

 Kolstad, Tom

Anoreksi er den psykiske lidelsen med høyest dødelighet i Norge. Nyttårsaften i fjor døde en 13 år gammel jente i Valdres på grunn av underernæring, ifølge den foreløpige obduksjonsrapporten. Saken er fortsatt under politietterforskning, men mange stiller seg spørsmålet hvorfor ingen klarte å hjelpe henne. Og ikke minst om man kan tvinge anorektikere til å spise.

- ***Moren sa: «Hvorfor må mobbeofferet flytte? Hvorfor må mobbeofferet ut av klassen?»
Hvorfor klarte ingen å hjelpe 13-åringen?***

Høyesterett besvarte spørsmålet så sent som høsten i 2015, og kjennelsen sier at anoreksi kan sidestilles med en alvorlig sinnslidelse, som psykose. Dermed er det slått fast rettslig at det er lovlig å bruke tvang når sykdomssituasjonen er livstruende for pasienten.

FAKTA: § TVANG



– Min personlige mening er at man må forsøke alt annet før man begynner tvangsernæring av en pasient, sier Marianne Hatle, lege og spesialist i psykiatri ved Spiseforstyrrelsesklinikken.

Hun er blant Norges mest erfarne behandlere.

Tvang i behandling av alvorlig spiseforstyrrelse er omdiskutert og favner både etiske, juridiske og

medisinske problemstillinger.

-Det er lite forskning på senskader og om pasientene blir friske av behandlingen utover den akutte fasen, sier Marianne Hatle.

Marloes Bijl har sannsynligvis fått senskader av tvangen: Nylig ble hun diagnostisert med posttraumatisk stresslidelse (PTSD).



I slike senger, på skjermingsrom, handler det om liv og død for mange anorektiske jenter som må tvangssondes.

📷 Tom A.Kolstad

- Jeg har sett min journal. Dette er bare noen notater fra perioden 2011–2012 på Ahus:

«Totalt antall sondinger med fysisk tvang i belteseng eller holdt fast av fire-fem personer i en spesiallaget sondestol: 462 ganger. Minst åtte minutter pr. måltid = 3696 minutter = 61 timer.»

«Totalt fysisk tvang etter måltider: 2843 minutter = 47

timer.»

Marloes sier at det i praksis betyr at hun i de 390 dagene hun var på Ahus, opplevde 1,8 tvangssondinger daglig, med 7,28 minutter fysisk fastholding etterpå.

I perioden hun var på RASP (Regional avdeling for

spiseforstyrrelser, Ullevål universitetssykehus) har hun notert «Beltelagt for å bli sondet 21 ganger.» Totalt gjennom årene som syk sier hun at hun har opplevd 482 tvangssituasjoner.

- Det var nok enda mer som også ikke ble notert ned. Uansett: altfor mye, sier Marloes Bijl.

- Ond sirkel av tvang

Psykisk helsevernlov omtaler fire former for tvangsmiddelbruk:

Mekaniske tvangsmidler (for eksempel belteseng),

isolering,

korttidsvirkende legemidler (for eksempel beroligende) og

kortvarig fastholding.

Sosionom Astrid Furre, stipendiat ved SIFER (Nasjonalt kompetansenettverk i sikkerhets,- fengsels- og rettspsykiatri) arbeider med en doktorgrad om bruk av tvangsmidler i ungdomspsykiatriske akuttavdelinger.

I en studie publisert i 2014 fant hun at 288 ungdommer i perioden 2008 til 2010 opplevde 4143 tvangsmiddelepisoder*.

Marloes har skrevet dagbok og notater helt siden hun ble syk.

📷 PRIVAT

-21 pasienter var innlagt på grunn av alvorlige spiseforstyrrelser. Disse ungdommene sto for 1896 av episodene. Jenter med alvorlige spiseforstyrrelser kan komme inn i en ond sirkel der man bruker tvangsmidler for å gjennomføre sondemåltider.

Hun sier sondingen skjer flere ganger om dagen og ofte over en lengre tidsperiode og mener omfanget av tvangsmidler kan reduseres betydelig.

- Vi trenger en økt bevissthet fra behandlere og ledelse vedrørende kultur, holdninger og behandlingstilnærming, slik at omfanget av tvangsmiddelbruk overfor ungdommer med alvorlige spiseforstyrrelser blir redusert, sier Astrid Furre.

Professor i psykiatri Øyvind Rø er forskningsleder ved RASP. Han sier det ikke finnes nasjonale tall for hvor mange pasienter med spiseforstyrrelser som tvangsbehandles.

- Grunnlaget for en tvangsinnleggelse er nesten utelukkende svært alvorlig undervekt uten at man får til et samarbeid med pasienten, sier Rø.

Han understreker at tvangsinnleggelse ikke er det samme som tvangsbehandling, som det må gjøres eget vedtak på. Pasienten kan klage til fylkeslege og står det

om liv og død, kan tvangsernæring påbegynnes før klagen er behandlet.

-På et aktuelt tidspunkt kan pasientene være totalt drevet av de anorektiske tankene om ytterligere vektnedgang og den voldsomme frykten for vektøkning, sier Rø.

Angsten dirigerer og bestemmer

Marloes Bijl er 12 år da utfordringene starter i 2008.

- Siden jeg var liten, har jeg vært redd. Redd for å være alene, gå alene, sove alene, redd for mørket, redd for tyver, innbrudd og uvær. Jeg snakket ikke med noen om det, forsto ikke da at det var angst. De siste årene på barneskolen begynte jeg å skamme meg fordi jeg alltid var så redd, sier Marloes.

Angsten forsterker seg uten at foreldrene og andre voksne i livet hennes helt forstår hvor alvorlig den er. Hvordan den fester seg inni Marloes, hvordan den begynner å dirigere og bestemme over henne. Hvordan den lammer aktivitetsnivået og det sosiale livet. Foreldrene blir stadig mer bekymret for datteren. Forsøker å snakke, men når ikke frem. Moren forstår alvoret i situasjonen da hun innser at Marloes stadig spiser mindre.

Marloes går på skolen, så til dansetreningen. Når hun kommer hjem, har hun enten kontroll og unngår mat,



Marloes Bijl var alltid redd, men få så og forsto alvoret i begynnelsen.

📷 PRIVAT

eller hun mister kontroll og spiser for mye. Deretter dusjer hun, for så å bli på rommet sitt til neste morgen.

- Jeg husker mamma sa: Du trenger ikke stå i dusjen så

lenge, jeg vet hva du holder på med.

Marloes kastet opp.

- Jeg skammet meg over all redselen min, og maten ble på en måte min flukt. Jeg ble stadig mer deprimert, og jo mer deprimert jeg var, dess mindre redd var jeg. Angsten ble hvisket bort på en måte.

LES OGSÅ

Flere foreldre ber om hjelp til å takle barnas spiseforstyrrelser

-Jeg var aldri bra nok

I 2010, da Marloes går i 9. klasse på ungdomsskolen, blir hun innlagt for første gang, på barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling på Ahus. Moren og faren deler på å bo der sammen med henne. Behandlingen handler om samtaler og kostplaner.

- Jeg synes det var veldig vanskelig å bli lagt inn, jeg ville det ikke. Synes de voksne hadde tråkket langt over min grense.

Marloes blir sykere utover vinteren i 2011.

Hun får tettere oppfølging hjemme, skolen forsøker med tverrfaglig oppfølging. Før jul får hun bedre karakterer, men da tentamensperioden på våren nærmer seg, kommer prestasjonsangsten for fullt, og alt stopper opp for henne.

- Jeg var aldri bra nok og følte at da var det like greit ikke å gjøre noe i det hele tatt. Alt jeg gjorde, ble uansett for dårlig.

Det blir vår. Mens andre leser til eksamen og skal feire at 10 års skolegang er forbi, slutter Marloes å følge kostplanen og blir igjen dårligere.

Sondeernæres fire ganger daglig

27. april, datoen er risset inn i Marloes' hukommelse. Foreldrene hennes skriver under på at hun må tvinges til behandling. Ni dager senere, 6. mai, på hennes 16-års dag, har ikke lenger foreldrene noen påvirkningskraft. Da overføres hun til tvungen behandling fra sykehusets side.

- Det var grusomt, men jeg var såpass underernært og svak at jeg ikke klarte å gjøre fysisk motstand.

De neste 14 månedene blir på mange måter de verste i den unge jentas liv. Hun beskriver det blant annet sånn i dagboknotater:

Ekstravakten på UK (ungdomspsykiatrisk, red anm.) er stor, han er høy og veier minst 100 kilo. Han sitter bak meg, holder hodet mitt under tvangssondingen. Legger den ene store hånden sin på pannen min. Den høyre armen under haken, rundt halsen og presser hardt opp og bakover mot hodestøtten som er mellom magen hans og hodet mitt. Han bøyer sitt hode over mitt, puster dypt mot min nese og munn. Med bare noen cm avstand. Jeg prøver desperat å vri hode vekk, unna. Han reagerer med å klemme enda hardere til rundt halsen. Panikken slår meg og jeg prøver å skrike høyt så han og de andre som er kommet til ikke skal orke å være nær meg. Jeg kjemper desperat for å komme meg løs og gi tegn om at noe er galt.



En hånd å holde i var godt å ha de mange gangene Marloes lå innlagt på sykehus eller institusjon.

📷 PRIVAT

Marloes later hele tiden som om hun ikke forstår at hun trenger maten.

– Men jeg forsto, men ville ikke, klarte ikke. I denne perioden ble jeg sondeernært fire ganger daglig, med unntak av noen korte perioder hvor jeg forsøkte å drikke næringsdrikk. Det var en kamp mellom meg og de fire-fem pleierne. Jeg dro ut sonden, de brukte fysisk makt for å

stoppe meg eller legge den ned på nytt. Jeg ble utslitt.

Dagene gikk med på å grue seg til måltidene. Om nettene hadde jeg mareritt om dem.

-Prøvde behandlerne å snakke med deg?

- Ja, men jeg klarte ikke. Jeg var avvisende. Det eneste ordet jeg klarte å si, var nei, vet ikke eller vil ikke. Men årsaken var kanskje at det var så vanskelig å åpne seg for mennesker som var med på denne tvangen mot meg.

En overlege vurderte tvangsvedtaket hver tredje uke. Hun slapp ikke ut, slapp ikke unna sonden.

Tilstanden hennes ble vurdert som livstruende.

-Hadde de ikke brukt tvang, ville du dødd?

- Ja, og jeg forstår at tvang var nødvendig for meg for at jeg skulle overleve. Spørsmålet jeg stiller, er om tvangen kan utføres på en annen måte.

-Hva mener du?



Marloes stiller spørsmål om tvang kunne blitt utført på andre måter.

📷 Tom A. Kolstad

- Jeg oppdaget under mitt opphold på Ahus at jeg klarte å bli sondet av kun to personer uten fysisk kamp når det var personale rundt meg som jeg var trygg på. De som snakket til meg på en måte som ga meg ro og tillit. Som så meg.

LES INNLEGGET

Hvor mange jenter skal sulte seg før politikerne reagerer?

- Frivillighet først

Ahus sier til Aftenposten at de alltid etablerer et tverrfaglig behandlingsteam rundt pasienten: Lege, sykepleier, ernæringspsykolog og psykiater.

- Vi forsøker alltid frivillighet først. Når vi bruker tvang, dreier det seg ofte om svært alvorlige tilstander. Tilstander der liv og helse står på spill. Vår oppgave er da å snu en tilstand som uten effektiv behandling kan ende i død eller en alvorlig forverring av tilstanden. I slike situasjoner står tvangen frem som en nødvendig handling, sier Jill Rugås, avdelingsleder for fordøyelsessykdommer på Ahus.

Det sto om liv eller død da Marloes Bijls ble behandlet på Ahus. Det var i den perioden hun forsøkte å ta sitt eget liv.

- Jeg var så sliten av all tvangen, meg selv av å være i veien for andre og være til bry. Tankene var så sterke,

angsten, fortvilelsen. Jeg fortjente ikke maten, fortjente ikke å leve. Alt jeg gjorde, sa og tenkte, vurderte jeg som helt feil.

Hun overlever, våkner fra koma på Ullevål sykehus og blir rehabilitert på Sunnaas.

Vondt å tenke på alt som har skjedd

Men hun er ikke frisk. I januar 2013 skriver hun seg frivillig inn på Capio Anoreksi Senter i Fredrikstad. Et privat sted, uten lov til å bruke tvang. Hun er der i ti måneder, skrives ut, så er det på'n igjen. Politi, DPS (distriktpsikiatrisk senter) og ambulanse kommer og henter henne i omsorgsboligen der hun bor. Det er fattet et vedtak om tvangsinnleggelse på voksenpsykiatrisk avdeling på Ahus.

Sykdommen slipper ikke taket og etter fem måneder på venteliste flyttes hun til RASP, Ullevål universitetssykehus.

- Jeg fikk en primærkontakt som jeg stolte veldig på. Han forsto hvordan han skulle snakke med meg, han utfordret meg til å skrive. Så dro han på sommerferie. Det skulle ikke mer til for at angsten kom tilbake, og jeg ble sykere og måtte flyttes til skjermingsrommet på RASPs intensivavdeling.

Marloes forteller om nye måneder med sonding og pleiere som fotfølger henne. Hun sover mye og

skjermes. Personalet er usikre og uenige om hva som er best å gjøre for å få henne bedre.

Marloes skriver et brev til sin behandler:

Jeg klarer ikke å være innlagt mer. Jeg vil leve hvis jeg får slippe ut fra all den tvangen.

- Behandleren min trodde på mine ord og var modig, gikk med på å skrive meg ut, selv om mange av kollegene mente det var dristig og uforsvarlig.

Det er høsten 2014. Det legges en plan for Marloes. Hun skrives ut til en omsorgsbolig i hjemkommunen, og i februar 2015 er hun frisk nok til å flytte hjem igjen til familien.

-Middag og kvelds spiser jeg nå med mamma. Nøye oppmålt, nøye forberedt. Jeg kan ikke gå ned i vekt, ikke opp. Jeg må holde meg stabil. For å unngå tilbakefall er alltid noen sammen med meg når jeg spiser.

Hun har klart det nå i mer enn et år. Føler hun har tatt et stort skritt i riktig retning.

Marloes Bijl ser fremover med hunden Tussi, men innser at hun har en lang vei å gå før hun er helt frisk.

 Kolstad, Tom

- Jeg har kontroll på spisingen, men angsten er der.

- Var du utrygg når du ble tvangsernært og holdt inne bak lukkede dører?

- Det var fysisk og psykisk vondt, og jeg følte det som et overgrep. Ja, jeg var veldig redd i situasjonene.

Conny Lexmond har fulgt datteren hele veien, og skriver dette om kampen datteren har kjempet:

Helt siden jeg forsto alvor et i Marloes sin sykdom i 2009, har jeg vært veldig redd for å miste henne. Jeg har vært i en slags kriseberedskap i flere år. Vi har vært gjennom grusomme og hjerteskjærende opplevelser. Jeg kjente på en stor maktesløshet fordi jeg ikke kunne hjelpe henne i de vanskelige årene med annet enn å vise min kjærlighet. Hun ønsket ikke kontakt i perioder for å skjerme oss. Vi foreldre var avhengige av at helsevesenet visste hva som var riktig å gjøre. Da hun fylte 16 år, hadde vi svært lite å si. Vi fikk kun den informasjonen som Marloes samtykket i å dele. Til slutt lærte hun at å lytte til seg selv og være åpen om det bidrar til forståelse, forbedringer og muligheter. Da hun sa at hun ville kjempe mot sykdommen, ville overleve og hadde laget en egen plan for det, stolte jeg på henne. Hun har vært ærlig og åpen med meg helt siden da. Det var grunnlaget for å kunne bo hjemme hos oss. Jeg tror med hele mitt hjerte på hennes viljestyrke og heier på hvert skritt hun tar. Jeg er utrolig takknemlig for at hun har overlevd og at vi har et godt forhold i dag. Hun er opptatt av åpenhet om sin historie for å kunne hjelpe

andre i lignende situasjoner og dem som jobber med slike pasienter.

Marloes Bijl er ikke bitter, men lei seg for alle årene som er stjålet fra henne.

- Jeg tenker på jevnaldrende. De er i gang med studier, har flyttet hjemmefra. De har kommet så langt, jeg så kort. Men det vondeste er å tenke på hva som har skjedd, mer enn det jeg har gått glipp av.

Hun er fornøyd med det hun har nå, det hun har fått til det siste året. Tar én dag og én uke av gangen. Tenker ikke mye på skole eller jobb. Vil gjerne skrive bok.

-Jeg beveger meg i skilpaddefart og kan fremdeles ikke gå alene til postkassen.

twitter: @fuglehaug

Aftenpostens Si;D-redaksjon har en egen podcast. Der tok de nylig opp spiseforstyrrelser: Er unge i dag mer utsatt for å utvikle spiseforstyrrelser enn tidligere generasjoner?

Det har vært en rekke innlegg fra unge i Aftenpostens spalter om tematikken. Her er et utvalg:

- **Hvordan jeg fikk spiseforstyrrelser? Det vet jeg ikke. Jeg vet bare at noe gikk galt.**

andre i lignende situasjoner og dem som jobber med slike pasienter.

Marloes Bijil er ikke bitter, men lei seg for alle årene som er stjålet fra henne.

- Jeg tenker på jevnaldrende. De er i gang med studier, har flyttet hjemmefra. De har kommet så langt, jeg så kort. Men det vondeste er å tenke på hva som har skjedd, mer enn det jeg har gått glipp av.

Hun er fornøyd med det hun har nå, det hun har fått til det siste året. Tar én dag og én uke av gangen. Tenker ikke mye på skole eller jobb. Vil gjerne skrive bok.

-Jeg beveger meg i skilpaddefart og kan fremdeles ikke gå alene til postkassen.

twitter: @fuglehaug

Aftenpostens Si;D-redaksjon har en egen podcast. Der tok de nylig opp spiseforstyrrelser: Er unge i dag mer utsatt for å utvikle spiseforstyrrelser enn tidligere generasjoner?

Det har vært en rekke innlegg fra unge i Aftenpostens spalter om tematikken. Her er et utvalg:

- **Hvordan jeg fikk spiseforstyrrelser? Det vet jeg ikke. Jeg vet bare at noe gikk galt.**

