

# MASTEROPPGAVE

*"I aggresjonen og avvisningen kan jeg kjenne maktesløshet".*

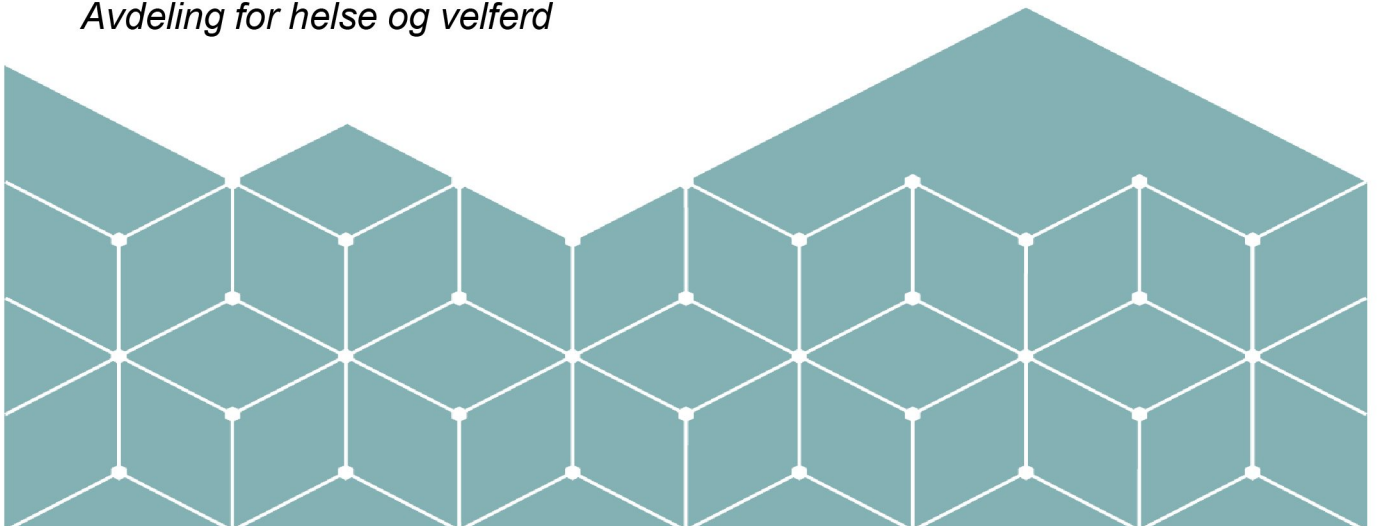
En kvalitativ studie om sykepleieres relasjonelle opplevelser i møte med kvinner som lever med anoreksidiagnose

*Synne Løvås*

*2. desember 2019*

*Master i psykososialt arbeid*

*Avdeling for helse og velferd*



## **Forord**

Studiet har ført til en personlig utvikling jeg ikke ville vært foruten, mye takket være både ansatte og medstudenter på Masterstudiet i psykososialt arbeid ved Høgskolen i Østfold. En spesiell stor takk rettes til veilederen min Lilliana Del Busso. Du har kommet med nyttige innspill ved siden av å være en spennende veiviser. Jeg har også hatt stor glede av å diskutere materialet mitt med Camilla Anker-Hansen. Uten inspirasjon og overbevisende argumentasjon for at jeg kunne klare å gjennomføre dette prosjektet ville det aldri blitt påbegynt. Gine Nilsen, medstudent, har gått denne veien sammen med meg. Takk for innspill og oppmuntring.

Uten informantene hadde denne studien aldri blitt til; tusen takk til hver og en av sykepleierne for at dere delte av deres opplevelser, tanker og følelser.

Min egen arbeidsplass, Enhet for spiseforstyrrelser ved Haldenklinikken, har vært en uvurderlig støtte. Dere har stilt dere til disposisjon både for prøveintervju, gjennomlesing av materiale og faglige diskusjoner ved siden av å ha gitt meg tid og støtte. Jeg har verdens beste kollegaer!

Andreas, som alltid har tro på meg. Du har gått stille i dørene når frustrasjonen over masteroppgavens prosesser har vært stor. Uten din støtte ville jeg aldri kunnet gjort denne studien. Tusen takk! Tålmodige Julie, Håvard og Maja – nå får dere mamma tilbake på fulltid, det gleder meg mest av alt!

## **Sammendrag**

### **Bakgrunn og hensikt:**

Anoreksi er den mest dødelige lidelsen innen psykisk helsevern (Skårderud, 2016, s. 178). Vesentlig i det psykososiale perspektivet er den terapeutiske relasjonen. Dette er utgangspunktet for denne oppgaven, som vil se nærmere på hvordan sykepleiere møter personer som lever med denne diagnosen. Hvordan sykepleiere opplever den terapeutiske relasjonen, og hvilke holdninger og verdier som ligger til grunn, er essensielt for hvorvidt virksomme terapeutiske relasjoner blir etablert og opprettholdt. Studiens hensikt er å bidra med kunnskap om sykepleiernes erfaringer med den terapeutiske relasjonen med kvinner som lever med anoreksidiagnose innlagt i en psykiatrisk døgninstitusjon, slik at kvinnene får en økt mulighet for bedring.

### **Problemstilling:**

*Hvordan opplever sykepleiere den terapeutiske relasjonen med kvinner som lever med anoreksidiagnose, innlagt i en psykiatrisk døgninstitusjon?*

### **Metode og utvalg:**

Studien har et kvalitativ design med semistrukturert intervju som forskningsmetode. Analysearbeidet ble gjennomført med bruk av tematisk analyse. I søken etter svar på problemstillingen ble syv sykepleiere med videreutdanning innen psykisk helsearbeid intervjuet. Disse arbeidet ved tre ulike psykiatriske døgninstitusjoner hvor kvinner som lever med anoreksidiagnose er innlagt.

### **Resultat og konklusjon:**

Tre hovedtemaer ble identifisert i analyseprosessen. Det første hovedtemaet omhandler sykepleiernes *opplevelse av maktesløshet*. Opplevelsen av maktesløshet er relatert til at sykepleierne strever med å forstå anoreksidiagnosens grep og innvirkning i livet til kvinnene som lever med denne diagnosen, samt de sterke følelsene sykepleierne kjenner på. Det andre hovedtemaet har fått tittelen *den oppdragende relasjonen*, og viser til parallellene man kan trekke mellom sykepleiernes rolle og foreldrerollen. Det siste hovedtemaet belyser først og fremst avstanden i relasjonen mellom sykepleierne og kvinnene, men viser også til nærheten som kan oppstå. Dette temaet har fått tittelen *distanse og nærhet i relasjonen*.

Studien oppsummerer med at sykepleierne befinner seg i en utfordrende posisjon hvor de skal håndtere mange ulike og motstridende roller parallelt med et følelsesliv preget av mange sterke emosjoner. For at den terapeutiske relasjonen skal bli virksom fordrer det at sykepleierne har et ekte og ikke-dømmende engasjement, samtidig som de er genuint interessert i kvinnenens livssituasjon, håp og drømmer. Studien viser videre behovet for refleksivitet, og hvor viktig det er at sykepleierne får tilstrekkelig med veiledning. Dette både for å kunne gjøre jobben til det beste for kvinnene, men også for å kunne ivareta seg selv.

**Nøkkelord:**

Sykepleiere, psykososial tilnærming, terapeutisk relasjon, kvinner som lever med anoreksidiagnose, psykiatrisk døgninstitusjon, roller og makt.

## **Abstract**

### **Background and purpose:**

Anorexia is the most deadly disorder in mental health care (Skårderud, 2016, p. 178). The therapeutic relationship is significant in the psychosocial perspective. This is the starting point for this dissertation, which to look into how nurses meet people living with this diagnosis. How the nurses perceive the therapeutic relationship, and the attitudes and values that underpin it, are essential to whether effective therapeutic relationships are established and maintained. The purpose of the study is to contribute knowledge about the nurses' experiences with the therapeutic relationship with women living with anorexia diagnosis admitted to a psychiatric hospital, so that women have an increased opportunity for improvement.

### **Research question:**

*How do nurses experience the therapeutic relationship with women living with anorexia diagnosis, admitted to a psychiatric residential institution?*

### **Method and selection:**

The study has a qualitative design with a semi-structured interview as a research method. The analysis work was carried out using thematic analysis. In the search for answers to the research question, seven nurses with further education in mental health care were interviewed. These work at three different psychiatric inpatient settings where women living with anorexia diagnosis are admitted.

### **Result and conclusion:**

Three main themes were identified in the analysis process. The first main theme deals with the nurses' experience of powerlessness. The experience of powerlessness is related to the nurses striving to understand the impact of anorexia diagnosis in the lives of women living with this diagnosis, as well as the strong feelings the nurses are experiencing. The second main theme has been titled the parenting relationship, and points to the parallels that can be drawn between the nurse's role and the parenting role. The last main theme primarily illuminates the distance in the relationship between the nurses and the women, but also refers to the proximity that may arise. This theme has been titled distance and closeness in the relationship.

The study summarizes that nurses are in a challenging position where they have to deal with many different and conflicting roles in addition to having an emotional life characterized by many strong emotions. In order for the therapeutic relationship to become effective, nurses need to have a genuine and non-judgmental commitment, while being genuinely interested in the women's life situation, hopes and dreams. The study further shows the need for reflexivity, and highlight the importance of nurses receiving adequate guidance. This is needed both in order to provide good care for the women, and to take care of themselves.

**Keywords:**

Nurses, psychosocial approach, therapeutic relationship, women living with anorexia diagnosis, psychiatric institution, roles and power.

# Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling .....	8
1.2 Forskningsspørsmål og formål.....	9
1.3 Avgrensing og presisering .....	11
1.4 Begrepsavklaringer .....	12
1.5 Oppgavens disposisjon .....	14
2.0 Relevant forskning og kunnskapsstatus .....	14
2.1 Innledning .....	14
2.2 Anorexia nervosa – et historisk tilbakeblikk .....	15
2.3 En medisinsk-psykiatrisk tilnærming .....	16
2.3.1 Sykepleie i det medisinsk-psykiatriske perspektivet .....	18
2.4 En psykososial tilnærming.....	20
2.5 Sykepleie og den terapeutiske relasjonen .....	22
3.0 Metode.....	25
3.1 Valg av metodisk tilnærming .....	26
3.2 Tilgang til feltet og utvalg av informanter .....	27
3.3 Det kvalitative forskningsintervjuet.....	29
3.3.1 Intervjuguiden.....	29
3.3.2 Gjennomføring av forskningsintervjuet.....	30
3.4 Presentasjon av aktuelle avdelinger .....	32
3.5 Etikk, forforståelse og refleksivitet .....	33
3.6 Analysemetode.....	37
4.0 Analyse og drøfting.....	40
4.1 Innledning .....	40
4.2 Opplevelse av maktesløshet.....	40
4.2.1 Objektivisering .....	40
4.2.2 Sterke følelser .....	44
4.3 Den oppdragende relasjonen.....	50
4.3.1 Umodenhet.....	51
4.3.2 Mat og makt .....	54
4.3.3 Omsorg preget av maternalisme .....	58
4.4 Distanse og nærhet i den terapeutiske relasjonen .....	61
4.4.1 Å bli ført bak lyset .....	62
4.4.2 Opplevelse av avvisning .....	67
4.4.3 Nærhet i samværet .....	70
5.0 Oppsummering og avslutning .....	74
5.1 Styrker og svakheter ved studien .....	76
5.2 Implikasjoner for praksis .....	76
5.3 Implikasjoner for videre forskning .....	77
Litteratur.....	78
Vedlegg .....	85
Vedlegg 1: Informasjonsskriv.....	85
Vedlegg 2: Samtykkeskjema .....	86
Vedlegg 3: Intervjuguide .....	87
Vedlegg 4: Tilbakemelding fra NSD .....	90

## 1.0 Innledning

Tema for studien er sykepleieres erfaringer med den terapeutiske relasjonen med kvinner som lever med anoreksidiagnose innlagt i en psykiatrisk døgninstitusjon. Nedenfor gjøres det rede for bakgrunnen for valg av tema og problemstilling. Videre presenteres forskningsspørsmål og formålet med studien før avgrensinger og presiseringer av forskningsspørsmålene legges frem. Det gjøres deretter noen begrepsavklaringer før kapitlet avsluttes med masteroppgavens videre disposisjon.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Psykososialt arbeid søker å være helhetlig og inkluderende. Det innebærer at man møter verden med en overbevisning om at personers psykiske uhelse ikke oppstår i et vakuum, ikke opprettholdes i et vakuum og heller ikke forsvinner i et vakuum (Skårderud, 2017 s. 39). Psykiatrien i Norge slik den fremstår i dag er i stor grad individ- og sykdomsorientert, basert på et medisinsk-psykiatrisk grunnsyn. Personer blir til pasienter når de innlegges i helseinstitusjoner, og maktdynamikken i relasjonene mellom profesjonelle yrkesutøvere og de innlagte vil sannsynligvis endres. En psykososial tilnærming står i kontrast til dette medisinsk-psykiatriske grunnsynet. Sentralt i psykososial teori er de virksomme relasjonene og anerkjennelsen av et hvert menneske har med seg ekspertkunnskap inn i relasjonen enten man kategoriseres som «pasient» eller profesjonell yrkesutøver. Hierarkier av makt og avmakt eksisterer i sykehuskonteksten så vel som i alle andre kontekster og samfunnslag, og en erkjennelse av at makten er ulikt fordelt ettersom man er en innlagt pasient eller en sykepleier er essensielt for å kunne utøve psykososialt arbeid.

For tre år siden begynte jeg å arbeide ved en fylkesdekkende spesialavdeling hvor personer som lever med spiseforstyrrelser, hovedsakelig anoreksi- og bulimidiagnose, blir frivillig innlagt. Anslagsvis er om lag 90 % av de innlagte kvinner, og de fleste som blir innlagt lever med en anoreksidiagnose. Mitt forskningsfokus og interessefelt er på det psykososiale og de nære terapeutiske relasjonene personer imellom. Hvordan sykepleiere møter kvinner som lever med anoreksidiagnose og deres livsfortellinger, håp og drømmer ble dermed en viktig forskningsinteresse for meg. Studier peker på at den terapeutiske relasjonen kan være avgjørende for menneskers muligheter for bedring når de lever med anoreksidiagnose



(Zaitsoff, Pullmer, Cyr og Aime, 2015, s. 111; Snell, Crowe og Jordan, 2010, s. 351; George, 1997, s. 902). Parallelt tyder andre studier på at sykepleiere oppfatter unge og voksne som lever med anoreksidiagnose innlagte i institusjon som svikfulle, uærlige og lite samarbeidsvillige (King og Turner, 2000, s. 141-142; Ramjan, 2004, s. 499). Det er rimelig å anta at dette kan ha innflytelse på den virksomme terapeutiske relasjonen og kvinnenes mulighet for bedring. Min praksiserfaring tyder på at studiene jeg refererer til ovenfor er overførbare til norske forhold. Jeg ønsket derfor å få mer kunnskap om sykepleieres erfaringer med den terapeutiske relasjonen med kvinner som lever med anoreksidiagnose i Norge. Både for å bidra til en bevisstgjøring av betydningen av kvaliteten på den terapeutiske relasjonen mellom sykepleierne og kvinnene, men også ut fra et ønske om å påvirke dagens praksis til fordel for kvinnenes mulighet for bedring.

For å få innsikt i den terapeutiske relasjonen mellom sykepleiere og kvinner som lever med anoreksidiagnose var det nødvendig å få en nærmere forståelse av hvordan sykepleiere opplever denne relasjonen. Dette bringer meg frem til studiens forskningsspørsmål og formål.

## **1.2 Forskningsspørsmål og formål**

I denne studien ønsker jeg å se nærmere på sykepleieres opplevelse av den terapeutiske relasjonen de har med innlagte kvinner som lever med anoreksidiagnose. På bakgrunn av dette ble følgende problemstilling valgt:

*Hvordan opplever sykepleiere den terapeutiske relasjonen med kvinner som lever med anoreksidiagnose, innlagt i en psykiatrisk døgninstitusjon?*

For å kunne undersøke dette temaet nærmere formulerte jeg to forskningsspørsmål som begge hadde forutsetninger til å gi fylldige delsvare for å få et bilde av helheten.

1. Hvordan opplever sykepleierne sine egne følelser i den terapeutiske relasjonen med kvinnene?

## 2. Hvordan opplever sykepleierne sin egen rolle i den terapeutiske relasjonen med kvinnene?

Bakgrunnen for at jeg etterspør sykepleiernes følelser er i hovedsak min egen forforståelse. Forforståelsen min tilsa at sykepleiere som arbeider ved avdelinger hvor kvinner med anoreksidiagnose er innlagt ofte har et stort engasjement med mye følelser involvert. Følelser er av avgjørende betydning for opplevelser generelt, og da særlig i forhold til opplevelsen av relasjoner personer imellom (Schibbye, 2017 s. 69-71). Å studere dette nærmere og skape en bevisstgjøring rundt sykepleiernes følelsesmessige opplevelser kan følgelig være av stor betydning for den terapeutiske relasjonen og for bedringsprosessene til kvinnene som lever med anoreksidiagnose.

Videre ønsket jeg å se nærmere på hvordan sykepleierne opplever sin egen rolle i den terapeutiske relasjonen. Dette kan fortelle noe om hvordan de ser på seg selv og sin yrkesutøvelse, og hvem de opplever at de er i relasjonen med kvinnene som lever med anoreksidiagnose. Rollen til disse sykepleierne er preget av motsetninger; på den ene siden skal de forsøke å komme bak den symptomatiske ageringen og etablere en terapeutisk relasjon som skal fremme mestring, endring og bedring. Samtidig har de en rolle som innebærer å observere og motivere kvinnene til å spise og drikke, og begrense fysisk aktivitet til det minimale. I praksis betyr det å «avsløre» gjetmt, «glemt» og for lite mat, korrigere matmengde og aktivitet. Jeg har kollegaer som gjentatte ganger har beskrevet at de føler seg som både oppdragere og fangevoktere på jobb.

Jeg ønsket også å få en nærmere forståelse av mulighetsbetingelsene for refleksivitet i sykepleiernes yrkesutøvelse. At en sykepleier er refleksiv vil innebære at hun har evne til å kritisk vurdere hva det er med henne som bidrar til samværet eller relasjonen med kvinnene (Del Busso, 2013, s. 67; Landmark, Ness og Olkowska, 2016, s. 44). Dette innebærer å kunne kritisk vurdere sine egne følelsesmessige holdninger og erfaringer til eksempelvis egen kropp, egne personlige relasjoner og andre følelsesmessige opplevelser og erfaringer (Del Busso, 2013, s. 67). Hvorvidt sykepleierne er refleksive vil kunne ha stor innflytelse på deres mulighet til selvutvikling og evne til å forstå relasjonelle mekanismer, og vil dermed virke inn på hvordan de møter innlagte kvinner som lever med anoreksidiagnose.

Studiens hensikt er altså å utvikle kunnskap om sykepleiernes erfaringer med den terapeutiske relasjonen med kvinner som lever med anoreksidiagnose innlagt i en psykiatrisk døgninstitusjon, slik at kvinnene får en økt mulighet for bedring.

### **1.3 Avgrensning og presisering**

Studien er avgrenset til å omhandle sykepleiere som arbeider miljøterapeutisk med kvinner som lever med en anoreksidiagnose av en slik alvorlighetsgrad at de har behov for innleggelse i døgninstitusjon. Sykepleiere ble valgt fremfor andre yrkesgrupper da det i hovedsak er sykepleiere som er ansatt i sykehusdøgnavdelinger hvor disse kvinnene er innlagt. Dermed er det sykepleiere som kvinnene i størst grad må forholde seg til under innleggelser. I tillegg er jeg selv sykepleier, noe som gir meg unik kunnskap om nettopp denne profesjonen, samt praksisnær erfaring om den yrkesgruppens opplevelser jeg undersøker.

Videre har jeg valgt å avgrense studien til å handle om sykepleierens opplevelser med relasjonen til kvinner som lever med en spesifikk diagnose; anoreksi, fremfor eksempelvis spiseforstyrrelser generelt. Min praksiserfaring viser at disse kvinnene ofte lukker seg inne i seg selv og utestenger de som bryr seg om dem og som ønsker å bidra til bedring. Media har også gitt oss dette bildet den senere tiden. Blant annet NRK viser til skjulte nettverk på sosiale medier som Instagram, hvor unge med spiseforstyrrelser støtter og påvirker hverandre – men hvor omsorgspersoner som foreldre og helsepersonell holdes strengt utenfor. Ingeborg Senneset, sykepleier og journalist, har kjempet en årelang kamp mot anoreksi, og beskriver i sin selvbiografi, «Anorektisk», hvordan hun tror det kan oppleves å være i relasjon til personer som lever med anoreksidiagnose: «Å forholde seg til en person med anoreksi kan være som å famle rundt i en labyrint hvor den som ikke vil at du skal finne frem, er den som skal gi hint om veien» (Senneset, 2017, s. 60-61). Sitatet illustrerer kompleksiteten og noen av de utfordringene som ofte er til stede i relasjonen mellom sykepleierne og kvinnene som lever med anoreksidiagnose. Dette gjør at jeg synes det er særlig interessant å undersøke sykepleierens opplevelser av relasjonen til akkurat denne gruppen kvinner.

Sykepleieres opplevelse av relasjonen med menn med anoreksidiagnose er ikke inkludert i denne studien. Årsaken er blant annet at svært få menn med anoreksidiagnose blir innlagt i

psykiatriske døgninstitusjoner (Skårderud, 2010, s. 926). Eksempelvis er det blitt innlagt under fem menn de siste 10 årene ved enheten jeg selv arbeider ved. Sykepleiere har altså generelt lite erfaringsgrunnlag med relasjonene med innlagte menn med denne problematikken. I tillegg er det ikke usannsynlig at sykepleierne opplever relasjonen til menn annerledes enn relasjonen til kvinner. Jeg har derfor avgrenset studien til å kun omhandle relasjonen til kvinner. Dette gjelder også i kunnskapsgrunnlaget, som kun vil dreie seg om kvinner.

Jeg har videre valgt å intervju sykepleiere som arbeider ved psykiatriske døgnavdelinger for voksne, og ikke barn og unge. Både fordi det er fra voksne jeg selv har erfaringsgrunnlaget mitt, men også fordi behandlingen som anbefales barn og unge er familiebasert mens behandlingen som anbefales voksne er mer individuell (Helsedirektoratet, 2017b).

## **1.4 Begrepsavklaringer**

### *Terapeutisk relasjon*

Den terapeutiske relasjonen er en bærende relasjon, det vil si en relasjon preget av nærhet, ansvar, kontakt og kontinuitet. Videre handler det om at sykepleieren «ser den andre» og er til stede med «hele seg» (Hummelvoll, s. 395). En terapeutisk relasjon forutsetter videre at den innlagte opplever å ha tillit til at sykepleieren er alliert med henne. Det vil si at sykepleieren står på hennes side, og at hun ikke vil misbruke hennes tillit (Schibbye, 2017, 253). Videre forutsetter en terapeutisk relasjon at sykepleieren innehar relasjonskompetanse. Det handler om å forstå og samhandle med de kvinnene sykepleierne møter på en god og hensiktsmessig måte. Det innebærer å kommunisere på en meningsfull måte som ikke krenker den andre, og som ivaretar den overordnede hensikten med samhandlingen (Røkenes og Hanssens, 2012, s. 9-10). Ofte blir begrepene terapeutisk allianse og terapeutisk relasjon brukt som synonymer. I denne masteroppgaven har jeg valgt å bruke kun begrepet terapeutisk relasjon.

### *Anoreksidiagnose*

I Norge diagnostiseres personer ut fra diagnosemanualen ICD-10, et internasjonalt klassifikasjonssystem for diagnoser. Diagnosen F50.0 Anorexia nervosa vil være knyttet til en helsefarlig atferd, som selvsult, overdreven fysisk aktivitet og bruk av medikamenter som vektkontrollstrategi (Skårderud, 2016, s. 177-178). Å leve med en anoreksidiagnose vil for de fleste dessuten innebære at de er overopptatt av mat, kropp og vekt. Ambivalens er videre et sentralt trekk. Det betyr at motivasjonen for bedring ofte er vaklende (Skårderud, 2016, s. 182, 184).

Mens de fleste av oss evaluerer oss selv på grunnlag av hvem vi er innenfor ulike områder som relasjoner, arbeid, skole, musikalsk dyktighet et cetera, evaluerer personer som lever med anoreksidiagnose sin egenverdi i stor grad ut i fra deres tanke om kroppsvekt og kroppsform og deres evne til å kontrollere den (Fairburn og Harrison, 2003, s. 407). I denne masteroppgaven brukes ofte termen «kvinner som lever med anoreksidiagnose/kvinner med anoreksidiagnose» fremfor «pasienter». Jeg er klar over at dette kan bidra til å gjøre oppgaven tyngre å lese, men fokus på å ikke bidra til stigmatisering av kvinnene har veid tyngst.

### *Psykiatrisk døgninstitusjon*

Denne studiens informanter er sykepleiere som arbeider ved voksenpsykiatriske døgninstitusjoner hvor sentrale strategier for å oppnå bedring hos kvinner som lever med anoreksidiagnose er miljøterapi som inkluderer måltidsstøtte. Kvinnene bor i avdelingen under innleggelsen, men kan ha permisjoner for å for eksempel øve å på å spise måltider hjemme. Tiden kvinnene er innlagt varierer både med kvinnenes individuelle behov og med hvilken tilnærming døgnavdelingen benytter, men kan variere fra noen få uker til flere måneder. Re-innleggelser (at kvinnene blir henvist og innlagt på ny) er heller ikke uvanlig. Døgnavdelingene er videre organisert ulikt, noen stenger i helgene (5-døgns avdelinger) mens andre døgnavdelinger er åpne hele uken. Ved 5 døgns-avdelingen må innlagte i hovedsak hjem i helgene.

## **1.5 Oppgavens disposisjon**

Etter dette introduksjonskapitlet utgjør kapittel 2 kunnskapsgrunnlaget for studien, hvor relevant forskning og teori legges frem. Her presenteres informasjon tilknyttet fenomenet anoreksi, medisinsk-psykiatrisk og psykososial tilnærming samt sykepleierens rolle knyttet til de respektive tilnærminger. Det er denne teorien og forskningen jeg i kapittel 4 bruker i analysen og drøfter opp mot empirien.

Kapittel 3 presenterer forskningsmetoden som ble benyttet i studien. Her gjør jeg rede for forskningsprosessen og begrunner de valgene jeg har tatt. Jeg går gjennom tilgang og utvelgelse av informanter, utarbeidelse av intervjuguiden og gjennomføring av intervju. Til slutt ser jeg på etiske overveielser, refleksivitet og min egen forforståelse før jeg beskriver analyseprosessen.

Kapittel 4 presenterer studiens analyse og drøfting. Det består av tre hovedtemaer:

1. Opplevelse av maktesløshet
2. Den oppdragende relasjonen
3. Distanse og nærhet i den terapeutiske relasjonen

Avslutningsvis kommer en oppsummering av temaene som er blitt analysert og drøftet for å svare på problemstillingen. Styrker og svakheter ved studien, samt implikasjoner for praksis og videre forskning legges også fram.

## **2.0 Relevant forskning og kunnskapsstatus**

### **2.1 Innledning**

I dette kapitlet vil jeg først presentere et kort historisk tilbakeblikk på fenomenet anoreksi før jeg setter det i relasjon til den nasjonal faglige retningslinjen for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser. Deretter får den medisinsk-psykiatriske

tilnærmingen plass når jeg viser til statistikk, diagnosekriterier og behandlingsforløpet før jeg kort kritisk vurderer det samme perspektivet. Som en del av den patologiske tilnærmingen belyses også sykepleie i det medisinsk-psykiatriske perspektivet. Deretter viser jeg til psykososial tilnærming og til sykepleie og den terapeutiske relasjonen. Dette materialet vil jeg så benytte for å analysere og drøfte empirien i kapittel 4 sammen med annen relevant forskning.

## **2.2 Anorexia nervosa – et historisk tilbakeblikk**

Helt siden antikken har spiseforstyrret atferd blitt skildret i både medisinske skrifter og i skjønnlitteraturen, men mens anoreksi i dag forbindes med kroppslig perfektjonisme forsøkte «de hellige anorektikerne» i høymiddelalderen å oppnå perfektjon knyttet til det åndelige, moralske og religiøse. Motivasjonen og meningsinnholdet bak selvsulten har altså endret seg gjennom tidene, men fellestrekket perfektjonisme består (Vedul-Kjelsås og Götestam, 2004, s. 2369). Det var først i opplysningstiden, som var preget av fornuft og kunnskap, at fenomenet gradvis ble til en medisinsk lidelse, og at «helgener ble til pasienter» (Vedul-Kjelsås og Götestam, 2004, s. 2369). Lidelsen fikk den medisinske diagnosebetegnelsen «anorexia nervosa» i 1874, da av William W. Gull. Hans kasuistikker levner ingen tvil om at det han beskrev den gang er det den medisinske tradisjonen i dag definerer som «anorexia nervosa» (Vedul-Kjelsås og Götestam, 2004, s. 2369). I Norge var det imidlertid først på 1980-tallet at denne lidelsen vekket en større interesse, både blant lekfolk og profesjonelle. Parallelt økte et samfunnskritisk engasjement, hvor på ikke minst kvinnebevegelsen satt lys på tynne skjønnhetsideal og kulturelle betingelser for identitetsdannelse (Skårderud, 2016, s. 178). Opp mot 90 % av de som lever med anoreksidiagnose er kvinner (Fairburn og Harrison, 2003, s. 408). Ifølge Folkehelseinstituttet (2016) har forekomsten av anoreksi holdt seg relativt stabilt de siste 25 årene.

Med økt søkelys på spiseforstyrrelser i vår kultur i løpet av 1980-årene økte også den faglige interessen og den kliniske kompetansen. En effekt av dette var at flere kvinner kom i kontakt med behandlingsapparatet. Imidlertid har tilbudet vært preget av at det kliniske arbeidet har vært spredt i mange enheter som har utviklet sine egne behandlingsmodeller, og de har tradisjonelt sett hatt relativt lite kontakt med hverandre (Vedul-Kjelsås og Götestam, 2004, s.

2371). I 1996 ble det opprettet et regionalt kompetansesenter ved Universitetssykehuset i Tromsø. I etterkant er det åpnet ytterligere 3 regionale «seksjoner for spiseforstyrrelser». Kompetansehevingsprogrammet «Kropp og selvfølelse» ble videre opprettet i 1999, med klinikere fra alle nivåer av helsetjenesten som målgruppe. Programmet varer i et og et halvt år, og inneholder både seminarer, gruppediskusjoner og spesialisert veiledning (Skårderud og Rosenvinge, 2001, s. 225-226). De senere årene har en rekke private aktører etablert seg innen kompetanseheving for helsepersonell, blant dem Villa Sult Institutt for spiseforstyrrelser og Norsk senter for spiseforstyrrelser.

### *Spiseforstyrrelser – Nasjonal faglig retningslinje*

I 2017 kom en ny nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser. Mandatet med denne retningslinjen er at det skal settes «en faglig, felles standard for å styrke kvaliteten, harmonisere tilbudet i hele landet og hindre uønsket variasjon» (Helsedirektoratet, 2017a). Blant annet formidles det at hver helseregion har spesialiserte poliklinikker og/eller sengeposter for behandling av spiseforstyrrelser for de mest alvorlig syke. Det retningslinjen ikke sier noe om er eksempelvis veiledning av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten eller hvilke yrkesgrupper personalgruppen bør bestå av. Dette er opp til hvert enkelt sykehus. For eksempel mangler det spesialisert veiledning av personalet ved flere døgnavdelinger i spesialisthelsetjenesten. I tillegg varierer tilgangen på psykolog og psykiater fra avdeling til avdeling.

## **2.3 En medisinsk-psykiatrisk tilnærming**

Basert på en tradisjonell medisinsk forståelse kan det konkluderes med at personer som fyller de diagnostiske kriteriene til F50.0 Anorexia nervosa i ICD-1 per definisjon lever med en anoreksidiagnose. Dette skal ifølge diagnosekriteriene innebære at de har et bevisst vekttap som fremkalles og opprettholdes av dem selv. Videre lever de fleste med et forstyrret kroppsbilde hvor de opplever seg større enn de er, og har påtrengende frykt for fedme og lubben figur. Mange preges også av at de begrenser type mat i tillegg til mengde mat. Kompenserende atferd som overdreven trening, indusert oppkast og bruk av appetittdeppe og vandrivende midler er også vanlig (Skårderud, 2016, s. 177-193). Underernæring påvirker videre de fleste organer i kroppen. Kroppslige komplikasjoner som



dårlig blodsirkulasjon, lav kroppstemperatur, utvikling av benskjørhet og tap av menstruasjon hos kvinner er vanlige. I tillegg kan tilstanden gi alvorlige hjerterytmeforstyrrelser, hjertesvikt og endringer i sentralnervesystemet (Statens helsetilsyn, 2000).

Ved siden av at mennesker med anoreksidiagnose lever med en overopptatthet av mat, kropp og vekt har vanskene de lever med noen fellestrekk som gjør tilfriskning og bedringsprosessene utfordrende. Særlig for de selv, men også for blant annet sykepleierne som ønsker å samarbeide med dem for å bidra til endring og bedring. Ifølge Skårderud (2016) er lav selvfølelse, perfektjonistiske trekk, følelsesintoleranse og mellommenneskelige vansker felles for mange av de som lever med en anoreksidiagnose. De fleste er også svært ambivalente til vektøkning og tilfriskning. I tillegg viser studier at mellom 50-75 % strever med depresjon og dystymi, 35 % strever med tvangstanker eller tvangshandlinger, mens 22 % strever med sosial angst. Det som benevnes som samsykelighet, komorbiditet, er altså forholdsvis stor ved spiseforstyrrelser (Skårderud, 2016, s. 177-193).

Dagens realitet er at 50 000 norske kvinner mellom 15-44 år lever med store vansker knyttet til mat, kropp og vekt. Av disse lever 0,5 % med anoreksidiagnose, 1-2 % lever med en bulimidiagnose mens 2-3 % lever med en overspisingslidelse (Helsedirektoratet, 2017b). Anoreksidiagnosen er i dag den mest dødelige lidelsen innen psykisk helsevern (Skårderud, 2016, s. 178; Statens helsetilsyn, 2000). Opp mot 30 % av dødstillene skyldes selvmord mens nær 60 % skyldes somatiske komplikasjoner (Statens helsetilsyn, 2000).

### *Behandlingsforløpet*

Fastlegen er ofte det første møtet med behandlingsapparatet for personer som strever med mat, kropp og vekt. Ved behov vil fastlegen henvise til spesialisthelsetjenesten, i første omgang til poliklinikken på det lokale DPS (Distriktpsikiatrisk senter) hvor man utredes og eventuell får poliklinisk behandling. Om døgnbehandling viser seg å være nødvendig vil den polikliniske behandleren henvise videre til en døgninnleggelse ved det lokale DPS. Ulike sykehus har organisert denne behandlingen noe ulikt. Noen DPS tilbyr spesialisert dag- og poliklinisk behandling mens innleggelse vil skje i en allmenpsykiatrisk døgnenhet. Andre sykehus tilbyr spesialisert behandling i døgnavdelinger ved såkalte «spesialenheter for

spiseforstyrrelser». Om døgnbehandlingen ved det lokale DPS ikke dekker behovet, vil ytterligere spesialisert behandling kunne tilbys ved for eksempel et Regionalt senter for spiseforstyrrelser (Rådgivning om spiseforstyrrelser, 2016; Skårderud, 2000 s.282-283). Ved akutte innleggelser og innleggelser ved bruk av tvang er behandlingsforløpet annerledes.

En av farene ved en patologisk tilnærming er at mennesker som innlegges i helseinstitusjoner får status som «pasienter», og at symptomer og sykdom kan bli dominerende i hvordan helsepersonell relaterer seg til dem. Dette kan bidra til at enkeltmennesket, subjektet, ikke opplever seg sett og forstått som det unike individet det er. I stedet kan de bli kategorisert som eksempelvis «spiseforstyrrede pasienter» eller «anorektikere» som om de er sin diagnose, et objekt, i et større (behandlings)system. Dette er problematisk av flere årsaker. Blant annet kan personer se seg selv som objekter når de blir snakket til som objekter, og skape fortellinger om seg selv som om de er objekter. Dette vil påvirke selvforståelsen og kan begrense mulighetene for endring ved at de opplever å være sin diagnose (Nissen og Skærbæk, 2014, s. 14). Videre kan tilnærmingen bygge oppunder et allerede eksisterende makthierarki som ofte finnes i institusjoner; en skjevfordeling av makt hvor de som arbeider ved institusjonen får en ekspertrolle-status mens innlagte blir ikke-eksperter. Hvor den ene er overlegen den andre. Blant annet Ramjan (2004, s. 499) peker på at kvinner som lever med anoreksidiagnose innlagt i sykehus er ekstra sårbare for å bli utsatt for maktkamper. Årsakssammenhengene er kompliserte, men blant annet handler det om hvordan sykepleierne møter kvinnenens ambivalens til vektøkning.

### **2.3.1 Sykepleie i det medisinsk-psykiatriske perspektivet**

Å leve med en anoreksidiagnose har store innvirkninger på både det psykiske, det sosiale og det kroppslige. På grunn av denne kompleksiteten, og kanskje særlig på grunn av de kroppslige konsekvensene, kan sykepleiere ses som særlig egnet til å arbeide ved avdelinger hvor kvinner som lever med anoreksidiagnose er innlagt. Sykepleieren kommer imidlertid med et kunnskapsgrunnlag forankret i det tradisjonelle medisinsk-psykiatriske perspektivet. Store deler av sykepleierutdannelsen er gjennomgående individ- og sykdomsorientert, hvor symptomer vanligvis settes i sammenheng med stress og sårbarhet hos individet – og hvor diagnoser og individrettet «behandling» blir løsningen (Aarre, 2010, s. 23). Videre er sykepleierutdannelsen i stor grad rettet mot det den definerer som kroppslig sykdom og

lidelse, som ofte ikke ses i sammenheng med psykososiale faktorer. Dette kan eksempelvis ses i emnebeskrivelsene i Forskrift til rammeplan for sykepleierutdannelsen (2008) og i høyskolenes studieplaner.

De fleste kvinner som lever med anoreksidiagnose har store kroppslige utfordringer, og særlig med en medisinsk tilnærming vil det være fare for at det kroppslige vil kunne få et for stort fokus. Å arbeide for en reduksjon av undervekt hos kvinner med anoreksidiagnose er en vesentlig del av sykepleierens arbeidsoppgaver i de psykiatriske institusjonene i dag, noe som aktualiserer maktforholdet dem imellom. Studier viser at kvinner som lever med anoreksidiagnose ofte er ambivalente til vektøkning (Skårderud, 2016, s. 182; Colton og Pistrangs, 2004, s. 310). Noen fordi de selv benekter at de har et problem med kropp, vekt og mat, andre fordi de opplever at spiseforstyrrelsen «gir dem noe» som de ikke er villige til å gi slipp på (Skårderud, 2016, s. 183). Uansett årsak vil det medisinske fokuset på sykdom og reduksjon av undervekt kunne resultere i at sykepleiernes arbeidsoppgave blir begrenset til å korrigere «symptomer» som lite matinntak, overdreven trening og andre kompensierende tiltak (Skårderud, 2016, s. 177-193). Et praktisk eksempel er under måltidsstøtte, når sykepleieren oppfordrer og motiverer kvinnen til å fullføre måltidet på en forhåndsbestemt måte, eksempelvis ved å ikke mose potetene, ikke dele opp maten i små biter eller ikke spise med t-skje. Dette skjer samtidig som man vet at det ved begynnelsen av innleggelsen ble inngått en samarbeidsavtale hvor blant annet kostliste (meny) og vekt mål er beskrevet, og hvor konsekvenser av brudd på avtalen kan være en økning av mengde kcal eller utskrivelse. Blant annet Ramjans studie (2004, s. 499) peker på at sykepleiere opplever at denne typen arbeid som en maktkamp med innlagte.

### *Makt, avmakt og disiplinering*

Det kan altså argumenteres for at relasjonen sykepleiere har med kvinner som lever med anoreksidiagnose er preget av maktdynamikker og disiplinering. Den franske idehistorikeren Michel Foucault var en av det forrige århundrets mest innflytelsesrike tenkere, særlig innenfor humaniora og samfunnsvitenskap. Det han er mest kjent for er hans analyser av forholdet mellom kunnskap, makt og subjektivitet, og han har de senere årene hatt innflytelse på helse- og sosialfagene blant annet med sine studier av psykiatriske sykehus (Øvre Sørensen & Martinsen, 2018, s. 14). Det er videre hans tenkning rundt strukturer som omgir mennesker i

helseinstitusjoner og hvordan makten beveger seg mellom innlagte og ansatte som er interessant for denne masteroppgaven. Utgangspunktet til Foucault var at makt må forstås som relasjon, produktiv og strategisk – og alltid i bevegelse (Neuman, 2003, s. 15).

Ifølge Foucaults tekster er disiplinering et «redskap» som brukes til forming av subjekter for å få dem til å fremtre som lydige, selvovervåkende, selvstyrende og selvansvarlige subjekter for å være til nytte for staten (Øvre Sørensen & Martinsen, 2018, s. 120). Tanken er imidlertid overførbart til institusjonskonteksten. Ifølge Foucault kjennetegnes disiplinering av en sammenveving av makt og kunnskap om individet, og den preges av overvåkning og kontroll. Overført til denne studiens kontekst innehar sykepleierne inngående kunnskap om kvinnene som lever med anoreksidiagnose gjennom blant annet samtaler og journalnotater. I tillegg innehar de kunnskap, og definisjonsmakten, til å kunne bestemme hva et «normalisert forhold til mat» innebærer. Dette bidrar til økt mulighet for bruk av disiplinerende makt, for eksempel under måltidene.

Colton og Pistrangs (2004, s. 314) viser at innlagte som lever med anoreksidiagnose opplever avmakt i relasjonen med sykepleierne, noe deltagerne i nevnte studie rapporterte at medførte motstand mot samarbeidet med sykepleierne. Jo mer tvang de ble utsatt for, jo mer kjempet de imot. Motstand er ifølge Michel Foucault en forutsetning for at det skal finnes en maktrelasjon (Neumann, 2003, s. 19). Videre viser Ramjan (2004, s. 499) hvordan innlagte unge kvinner som lever med anoreksidiagnose opplever sykepleiere som for eksempel autoritetsfigurer, politimenn, spioner og fiender, noe som illustrerer en maktrelasjon i ubalanse.

## **2.4 En psykososial tilnærming**

Psykososial teori fordrer at mennesker forstås og ses som subjekter, og anerkjennes som unike individer med unike opplevelser og erfaringer (Nissen og Skærbæk, 2014, s. 13). Studier viser at mange av de som lever med anoreksidiagnose har en historie med smertefulle livsopplevelser i barndommen eller i ungdommen. Noen har opplevd mobbing mens andre har erfart tap av viktige og nære omsorgspersoner. Noen har opplevd fysiske eller seksuelle overgrep (Karwautz et al., 2001, s. 317; Bakalar, Shank, Radin, og Tanofsky-Kraff, 2015, s.

42). Disse opplevelsene definerer ikke kvinner som lever med anoreksidiagnose, men det sier noe om hvilke erfaringer de kan ha med seg inn i møtet med sykepleierne som møter dem i de psykiatriske døgninstitusjonene. Den profesjonelles erkjennelse av at all samhandling mellom mennesker er preget av deltagernes historie og livssituasjon, ressurser og forståelse av seg selv, er vesentlig i alt psykososialt arbeid (Nissen og Skærbæk, 2014, s. 12-14). Dette innebærer at sykepleieren bør være i stand til å forstå kvinnene som lever med anoreksidiagnose inn i en større sosial sammenheng hvor de blir sett som unike subjekter. Dette fordrer at sykepleiere forstår og møter kvinner med anoreksidiagnose som de personene de er i verden; sansende og følende, opplevende og i interaksjon med andre. Avhengig av kontekst og forventinger fra omgivelsene (Del Busso, 2014, s. 47).

Sentralt i psykososial teori er relasjonen mellom sykepleierne og kvinner som lever med anoreksidiagnose. Den terapeutiske relasjonen er ikke bare viktig, men avgjørende for at tiltak skal kunne virke positivt inn på bedringsprosessene til personer som lever med alvorlige psykiske lidelser (Topor 2014a, s. 77; Hartmann, 2013, s. 29; Wright, 2010, s. 155). Dette er en veldokumentert påstand, både fra de profesjonelle og fra brukernes side. Blant annet konkluderer Snell et al. sin studie (2010, s. 351) med at sykepleiere spiller en avgjørende rolle for bedringsprosessene til inneliggende personer som lever med spiseforstyrrelser. Videre rapporterer brukere selv at den terapeutiske relasjonen er en sentral faktor på hva de har erfart at er hjelpsomt i eksempelvis i Borg og Kristiansens studie (2004, s. 502). For at relasjonen skal være terapeutisk er alliansen og kontakten sykepleierne og kvinnene får mellom seg vesentlig. Ifølge studiene til George (1997, s. 899) og Ryan, Malson, Clarke, Anderson og Kohn (2006, s. 132) bør den terapeutiske relasjonen mellom sykepleiere og kvinner som lever med anoreksidiagnose være preget av tillitt, empati, aksept, positiv støtte, forpliktende engasjement, varme, ekthet og en ikke-dømmende holdning for å bidra til endringsprosesser. En slik tilnærming sammenfaller med personsentrert omsorg, som McCormack og McCance (2017, s. 3) definerer slik:

Person-centredness is an approach to practice established through the formation and fostering of healthful relationships between all care providers, service users and others significant to them in their lives. It is underpinned by values of respect for persons (personhood), individual right to self determination, mutual respect and understanding. It is enabled by cultures of empowerment that foster continuous approaches to practice development (s.3).

Denne tilnærmingen verdsetter gjensidig respekt og forståelse, kvinnes rett til selvbestemmelse og at sykepleieren ser kvinnene som «hele personer». I det ligger det en dyp anerkjennelse av kvinnes livssituasjon, drømmer og håp som legger til rette for samarbeid, fremfor at sykepleieren skal «hjelp» kvinnene som lever med anoreksidiagnose. Den personsentrerte tilnærmingen kan videre være med på å utjevne maktbalansen mellom sykepleierne og kvinnene fordi den anerkjenner begges unike ekspertkunnskap inn i relasjonen. Kvinnene har erfaring og ekspertise fra sitt levde liv som er relevante for deres fremtidsmuligheter. Sykepleieren har ekspertise relatert til eksempelvis endringsprosesser og tjenestetilbud (Ness, Borg, Semb, og Karlsson, 2014, s. 6). Vesentlig er det også at sykepleieren erkjenner at hun bringer med seg personlig kunnskap om sitt levde liv, som også vil virke inn på relasjonen mellom henne og kvinnene.

## 2.5 Sykepleie og den terapeutiske relasjonen

Sykepleieteoretiker og psykiatrisk sykepleier Hildegard Peplau (1991) var den første blant sykepleieteoretikerne til å sette søkelyset på betydningen av den terapeutiske relasjonen som et verktøy i sykepleiesammenheng (George, 1997, s. 901). Hun har formulert sin sykepleieforståelse slik:

Nursing is a significant, therapeutic, interpersonal process. It functions co-operatively with other human process that make health possible for individuals in communities. In specific situations in which a professional health team offers health services, nurses participate in the organization of conditions that facilitate natural ongoing tendencies in human organisms. Nursing is an educative instrument, a maturing force, that aims to promote forward movement of personality in the direction of creative, constructive, productive, personal, and community living (Peplau, 1991, s. 16).

Flere av elementene i denne forståelsen sammenfaller med en psykososial tilnærming, men blant annet dialektikken, gjensidigheten, mennesker imellom mangler i Peplau sin forståelse. Det kan synes som at Peplaus (1991) forståelse bygger på den tradisjonelle medisinske-psykiatriske oppfatningen om at sykepleieren fremmer helse ved å «tilby» helsetjenester gjennom terapeutiske relasjoner. Psykososial tilnærming er mer opptatt av dialektikken i relasjoner, noe som innebærer en erkjennelse av at om en person skal få «tak i sitt ståsted, må hun oppleve at andre har sitt» (Schibbye, 2017, s. 254). Altså må sykepleieren kunne

avgrense sine egne behov, tanker og meninger fra andres; hun må kunne skille mellom sine egne og andres opplevelser (Schibbye, 2017, s. 85). Videre understreker denne dialektikken hvordan selvet må forstås som relasjonelle prosesser som vender både innover i selvet og utover i relasjonen. Indre relasjonelle prosesser vil si individets indre dialog med seg selv, mens ytre relasjonelle prosesser er individets dialog med andre. Slike indre og ytre relasjonelle prosesser står videre i et dialektisk forhold til hverandre; de henger sammen og skaper hverandres forutsetninger (Schibbye, 2017, s. 58). Et eksempel på en slik indre/ytre-sammenheng er om en sykepleier har en indre dialog som innebærer en holdning om at kvinner som lever med anoreksidiagnose ikke er til å stole på, så vil dette på en eller annen måte komme til uttrykk i relasjonen. Dette skaper forutsetninger for kvinnens gjensvar, og enten kvinnen registrerer sykepleierens holdning eller ikke, så vil hennes opplevelse og samværs måte preges av sykepleierens holdning. Slik står personene i en relasjon i et gjensidig forhold til hverandre, og forutsetter hverandres opplevelser og samværs måter (Schibbye, 2017, s. 58). Videre er refleksivitet en forutsetning for å blant annet kunne forstå og erkjenne hvordan dialektikken virker i den terapeutiske relasjonen. Å være refleksiv vil si at sykepleieren setter søkelyset på «den personlige og moralske dimensjonen» i sitt arbeid slik at hun vurderer hva det er med henne selv og den hun møter som bidrar i samværet og relasjonen (Webb, referert i Gjeitnes og Tronvoll, 2011, s. 89). Dette innebærer at hun kontinuerlig kritisk vurderer for eksempel hennes egne følelsesmessige erfaringer, holdninger og verdier. Slik skiller refleksivitet seg fra refleksjonen, som er mer rettet mot det praktiske arbeidet (Del Busso, 2013, s. 67; Del Busso, 2014, s. 59; Gjeitnes og Tronvoll, 2011, s. 89).

Terapeuter som arbeider med personer som lever med anoreksidiagnose er ifølge Franko og Rolfe (1996) mer utsatt for motoverføring enn terapeuter som jobber med personer som lever med andre type diagnoser. For eksempel kan de oppleve mer frustrasjon, manipulasjon og hjelpeløshet (Franko og Rolfe, 1996, s. 113). Motoverføringsbegrepet dreier seg om gjensidige prosesser i relasjonen og kan beskrives som en svekket og utydelig selvavgrensning/selvrefleksivitet. For å forebygge og forhindre at motoverføring skjer må sykepleieren stadig skifte fokus mellom seg selv og den hun møter, og hun må ha evne til selvavgrensning (Schibbye, 2017, s. 287). Hun må videre ha oversikt (være selvrefleksiv) over hva hun bringer inn i relasjonen og hvordan hennes reaksjoner skaper forutsetninger for den hun møter sine væremåter og uttrykk. Hun må dessuten være oppmerksom på gjensidigheten,

akkurat som hun selv bringer sitt levde liv, sine holdninger og sine verdier inn i møtet så gjør den hun møter det tilsvarende.

### *Maternalisme og paternalisme*

Tradisjonelt sett har sykepleierrollen, som jo er en omsorgsrolle, vært assosiert med morsrollen, da sykepleierens omsorg bygger på mange av de samme moderlige verdiene som det morsrollens gjør (Vatne, 2006, s. 48). Eksempelvis skal sykepleieren være omsorgsfull og trygghetsskapende uavhengig av om kvinnene som lever med anoreksidiagnose bidrar positivt inn i relasjonen, er takknemlige, eller om de yter noe tilbake. Omsorgen skal således være ubetinget, lik omsorgen fra en mor skal være. Videre inngår det i både sykepleieres og mødres omsorgsrolle å tilstrebe at grunnleggende egenomsorgsbehov dekkes, som for eksempel tilstrekkelig med næring, hvile og søvn, sikkerhet og trygghet (Vatne, 2006, s. 48-49). Sykepleieryrket er dessuten kvinnedominert, noe som også kan bidra til at det trekkes en parallell til morsrollen når det snakkes om maternalisme.

To studier identifiserer at både sykepleiere og innlagte kvinner som lever med anoreksidiagnose opplever en terapeutisk relasjon som har likheter med mor-datter relasjoner (Wright, 2015, s. 431; Zugai, Stein-Parbury og Roch, 2018, s. 424). Denne maternalistiske tilnærmingene er individuell og personlig, og den innebærer at sykepleieren er genuint opptatt av de innlagte kvinnene som lever med anoreksidiagnose (Wright og Hacking, 2012, s. 112). Videre preges den maternalistiske omsorgen av å være beskyttende og pleiende, og den kan også være fysisk slik en morderlig omsorg er; sykepleierne bruker trøstende og beroligende teknikker som klemmer og det å tørke vekk tårer fra kvinnenens kinn (Wright, 2015, s. 436).

Studier viser imidlertid også at relasjonen mellom sykepleiere og kvinner som lever med anoreksidiagnose ofte dessverre er preget av mistillit, noe som kompliserer relasjonsarbeidet (Snell et al., 2010; George, 1997; King and Turner, 2000; Ramjan, 2004). Samtidig viser blant annet Zugai et al. (2018, s. 424) sin studie at kvinner med anoreksidiagnose har tillit til «maternalistiske» sykepleiere. Dette gjør omsorg preget av maternalisme til en høyaktuell tematikk da tillit anses å være essensielt i sykepleie og terapeutiske relasjoner (Hummelvoll, 2012, s. 91; Rørtveit et al. 2015, s. 196).



På mange måter er paternalismen motstykket til maternalismen. Paternalismen er et medisinsk-etisk grunnsyn som bygger på en forståelse som innebærer at eksempelvis sykepleiere vet bedre hva som er til brukerens beste, enn brukeren selv (Aarre, 2010, s. 126). Den er i praksis ikke like kjønnsesifikk som maternalismen, men sykepleieren kan i denne studiens kontekst anses som den «mektige forelderen» som kan overstyre kvinnenes preferanser, behov og handling (Wright, 2015, s. 432). Dette grunnsynet står i stor kontrast til maternalismen og til psykososial tilnærming for øvrig.

I dette kapitlet har jeg presentert forskning og kunnskap som vil bli benyttet i kapittel 4 for å analysere og drøfte studiens funn sammen med annen relevant forskning. I det følgende kapitlet vil det bli gjort rede for forskningsprosessen.

### **3.0 Metode**

I dette kapitlet gjør jeg rede for og begrunner metoden jeg har benyttet for å svare på studiens problemstilling «*Hvordan opplever sykepleiere den terapeutiske relasjonen med kvinner som lever med anoreksidiagnose, innlagt i en psykiatrisk døgninstitusjon?*». Studiens hensikt er å utvikle en dypere forståelse av sykepleieres egne erfaringer med disse relasjonene ved å sette søkelys på sykepleieres opplevelser av egne følelser og egen rolle. Videre er målet å belyse potensialet en mer psykososial tilnærming gir for bedringsprosessene til kvinner som lever med anoreksidiagnose.

Jeg gjør i det følgende rede for forskningsprosessen, fra valg av metodisk tilnærming til analyse av de funn som ble gjort. Det innebærer en gjennomgang av tilgang og utvelgelse av informanter, utarbeidelse av intervjuguiden og gjennomføring av intervju. Videre redegjør jeg for etiske overveielser, refleksivitet og min egen forforståelse før jeg beskriver analyseprosessen.

### 3.1 Valg av metodisk tilnærming

Hva man ønsker å undersøke bestemmer i stor grad valget av metodisk tilnærming (Brottveit, 2018, s. 65). Jeg ønsket å få frem dybdekunnskap om sykepleiernes opplevelse av den terapeutiske relasjonen med kvinner som lever med anoreksidiagnose, derfor ble en kvalitativ tilnærming valgt. Karakteristisk for kvalitative metoder er at man ønsker en forståelse av sosiale fenomener, hvor man søker kunnskap om prosesser tolket i lys av de kontekstene de inngår i (Thagaard, 2013, s. 17). Kvalitative studier tar ofte utgangspunkt i at enkeltpersoners opplevelse av virkeligheten er en realitet slik de oppfatter den, og man søker en dypere forståelse av fenomener på bakgrunn av deres perspektiver (Thagaard, 2013, s. 40). Et hermeneutisk vitenskapssyn er forankret i kvalitativ forskning, og det er denne tilnærmingen jeg har benyttet i min studie. Målet med en hermeneutisk tilnærming er å komme frem til nye mulige forståelser av et fenomen (Brottveit, 2018, s. 36), noe som bekreftes av Kinsella (2006, s. 7) som sier at målet er «å søke forståelse, snarere enn å tilby forklaring eller å gi en autoritativ lesing eller konseptuell analyse av tekst». Den hermeneutiske sirkel innebærer at man må forstå helheten på bakgrunn av delene, og delene utfra helheten, og at man gjennom forskningsprosessen kontinuerlig pendler mellom disse punktene (Brottveit, 2018, s. 36). Overført til min studie innebærer dette at min forståelse bygger på forforståelse, det vil si at mine holdninger, verdisyn og bakgrunnskunnskap ligger til grunn for hvordan jeg møter og forstår sykepleiernes ulike opplevelser og erfaringer. Videre oppnår jeg ny innsikt ved at jeg tolker innhentet materiale, ervervet gjennom intervjuer. Den nye innsikten, som oppsto gjennom analyse og drøfting, skaper så en ny forståelsesramme som danner grunnlag for nye fortolkningsmuligheter. Slik påvirkes helheten av hvordan enkeltdelene fortolkes i lys av hverandre og helheten (Brottveit, 2018, s. 130-131; Thagaard, 2013, s. 42).

Studien har videre et eksplorativt deskriptivt design. Eksplorative design har til hensikt å utvikle en analytisk basert forståelse av sosiale fenomener (Thagaard, 2013, s. 16). Gjennom å benytte kvalitativt intervju har målet vært å få intervjupersonene til å beskrive hvordan de opplever og føler, og hvordan de handler (Thagaard, 2013, s. 47).

### 3.2 Tilgang til feltet og utvalg av informanter

Når positiv tilbakemelding fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) var innhentet kontaktet jeg Avdeling for forskning og innovasjon ved to ulike sykehus. Fordi jeg selv arbeider ved den eneste spesialenheten som finnes i mitt fylke kontaktet jeg sykehus i andre fylker. Jeg anså det som lite hensiktsmessig å utføre intervjuene ved egen arbeidsplass på grunn av nærheten jeg har til kollegaene mine, og de metodiske utfordringene det medfører. Relasjonen oss imellom ville med høy sannsynlighet kunne prege studien. Hensikten med forskning er blant annet at den skal belyse deltageres erfaringer kritisk (Solvoll & Sagen, 2010, s. 77-89), noe som vil kunne oppleves utfordrende om jeg hadde gjennomført intervjuene på egen arbeidsplass.

Etter positiv tilbakemelding på henvendelsene til forskningsavdelingene tok jeg kontakt med seksjonslederne ved de to ulike døgnpostene. Døgnbehandling til personer som lever med spiseforstyrrelsesdiagnose er ulikt organisert ved norske sykehus. Den ene avdelingen jeg kontaktet var en spesialenhet for personer som lever med spiseforstyrrelser. Den andre var en allmennpsykiatrisk akuttavdeling hvor personalet og behandlere hadde samarbeid med behandlere med spisskompetanse på fagfeltet. Seksjonslederne var svært imøtekommende og fikk muntlig informasjon om prosjektet og hvor mange informanter jeg ønsket, før jeg etter avtale sendte informasjonsskriv (vedlegg 1) og samtykkedokument (vedlegg 2) på epost. Informasjonsskrivet inneholdt en kort beskrivelse av prosjektet, intervjuets planlagte varighet, informasjon om konfidensialitet og frivillighet samt informasjon om mulighet til å trekke seg fra studien når som helst uten begrunnelse. Avtalen var videre at seksjonsledere skulle rekruttere informanter. En svakhet ved denne rekrutteringsmetoden er mulighetene for at seksjonslederne kan velge de «mest egnede» sykepleierne som informanter. Det tok omlag fire uker fra første kontakt med forskningsavdelingene til jeg hadde avtalt tidspunkt for intervjuer ved de to ulike avdelingene. Kontakten vi hadde foregikk i stor grad på epost.

Det var usikkerhet rundt antall sykepleiere som kunne intervjues på det tidspunktet jeg hadde avtale med de respektive avdelingene. Begge seksjonslederne forbeholdt seg retten til å vurdere hvor travelt det var i avdelingen den aktuelle dagen før de «lovte bort» mer enn en sykepleier til å bli intervjuet. Dette har jeg forståelse for, men samtidig medførte det usikkerhet rundt hvor mange sykepleiere som faktisk var rekruttert like frem til intervjuene

var gjennomført. Etter to besøk på den ene avdelingen og ett på det andre var fem sykepleiere intervjuet. Fordi jeg anså antall informanter til å være noe lavt i forhold til studiens omfang og målsetting ønsket jeg å rekruttere ytterligere noen få informanter. De to siste informantene ble rekruttert via en bekjent som tidligere hadde arbeidet ved en allmennpsykiatrisk akuttavdeling hvor kvinner som lever med anoreksidiagnose er innlagt. Tilsvarende fremgangsmåte som beskrevet over ble gjennomført vedrørende informasjonsskriv og samtykkedokument, men informantene som ble rekruttert spurte selv sin leder om godkjenning til å delta i undersøkelsen.

Flere inklusjonskriterier for utvelgelse av informanter ble benyttet. Døgninstitusjoner hvor det arbeides miljøterapeutisk ble valgt fremfor poliklinikker og dagbehandling fordi relasjoner har bedre forutsetning for å bli nære når man tilbringer så mange timer sammen som man kan gjøre på døgnavdelinger. Videre var det et kriterium at sykepleierne skulle ha arbeidet over et år ved en psykiatrisk døgnavdeling hvor kvinner som lever med anoreksidiagnose er innlagte, slik at de hadde et visst erfaringsgrunnlag med slike relasjoner. Samtlige informanter skulle dessuten ha videreutdanning innen psykisk helsearbeid eller ha vært gjennom Regional seksjon spiseforstyrrelser (RASP) sitt kompetansehevingsprogram «Kropp og selvfølelse». Årsaken til det var at jeg i forarbeidet til studien leste flere artikler hvor det oppsummeres med at mer utdanning var vesentlig for å bedre den terapeutiske relasjonen og kvinnens mulighet for endring (Ramjan, 2004, s. 501; King og Turner, 2000, s. 145). Ved at sykepleierne jeg intervjuet allerede var spesialutdannet, og dermed innfridde ovennevnte anbefaling, ville jeg i økende grad kunne åpne for ny kunnskap som kan gi andre mulige anbefalinger enn økt utdanning.

Totalt intervjuet jeg syv sykepleiere med videreutdanning innen psykisk helsearbeid som alle var kvinner. De hadde fra 1 til 15 års erfaring med å arbeide miljøterapeutisk med kvinner som lever med anoreksidiagnose innlagt i psykiatriske døgnavdelinger. Til sammen har sykepleierne 47 år med erfaring fra feltet, det tilsvarer et snitt på utvalget på 6,7 år.

Det er tydelig kjønnsperspektiv i problemstillingen og i forskningsspørsmålene mine. Jeg etterspør sykepleierens opplevelse av den terapeutiske relasjonen med *kvinner* som lever med

anoreksidiagnose. Bakgrunnen for at det fokuseres på kvinner i denne studien er som nevnt tidligere at om lag 90 % av de personene som lever med anoreksidiagnose er kvinner (Fairburn og Harrison, 2003, s. 408). Det vil si at det er kvinner informantene mine har desidert mest erfaring fra. Samtidig er alle sykepleierne som er intervjuet i studien også kvinner. Det faktum at samtlige informanter er kvinner representerer virkeligheten om at de fleste som velger sykepleieutdanningen er kvinner. Til tross for dette tydelige kjønnsperspektivet, vil ikke dette bli viet stor oppmerksomhet i min studie. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at resultatene representerer *kvinnelige* sykepleieres opplevelse, og ikke sykepleier generelt.

### **3.3 Det kvalitative forskningsintervjuet**

Det kvalitative forskningsintervjuet kan forstås som en profesjonell samtale som bygger på dagliglivets samtaler. Der konstrueres det kunnskap i interaksjonen mellom informanten og intervjueren, i det de to i en åpen dialog utveksler synspunkter om temaer som opptar de begge (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 22). For å få fylldig innsikt i hver enkelt sykepleiers særegne opplevelse av den terapeutiske relasjonen benyttet jeg halvstrukturert intervju. Halvstrukturert intervju er egnet når man ønsker å studere sosialt samspill og møter mellom mennesker, som relasjoner er, fordi halvstrukturert intervju gir anledning til å stille utdypings- og oppfølgingsspørsmål (Brottveit, 2018, s. 92-93).

#### **3.3.1 Intervjuguiden**

For å få dybdekunnskap valgte jeg å lage en intervjuguide (vedlegg 3) med fastlagte spørsmål hvor jeg kunne stille spørsmålene på en slik måte at jeg inviterte informantene til å reflektere over de områdene og fenomenene jeg er interessert i. Intervjuguiden ble bygd opp slik at informantene begynte med å svare på noen få demografiske spørsmål for så å fortelle om hva en typisk arbeidshverdag bestod av. På den måten håpet jeg de skulle bli mer trygge i intervjusituasjonen til jeg kom til mer sensitive temaer, så som deres egne følelser. I tillegg hadde jeg på forhånd noen tanker om hvordan jeg kunne stille oppfølgingsspørsmål slik at jeg kunne få utdypende svar. I hovedsak var informantene åpne og villige til å dele sine refleksjoner rundt opplevelser, tanker og følelser.

Intervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i en halvstrukturert intervjuguide som var delt opp i tre deler. En kort demografisk del og to deler bestående av til sammen 12 spørsmål som var knyttet opp mot sykepleieres relasjonelle opplevelser i møte med kvinner som lever med anoreksidiagnose. Intervjuguiden var videre konstruert slik at de mest personlige spørsmålene kom i siste halvdel av intervjuet, når informantene hadde blitt litt kjent med meg. Fordi intervjusituasjonen var ny for meg hadde jeg skrevet inn forslag til hjelpespørsmål i intervjuguiden slik at jeg ikke var avhengig av å spontant huske dem. Intervjuguiden fungerte etter hensikten.

### **3.3.2 Gjennomføring av forskningsintervjuet**

Før jeg begynte å intervju informantene gjennomførte jeg et pilotintervju med en kollega. Det ga meg verdifull informasjon om hvordan intervjuguiden fungerte i praksis, og førte blant annet til at jeg ble oppmerksom på at noen spørsmål med fordel kunne utdypes for informantene før de svarte. I tillegg ble jeg mer trygg på å være i en intervjusituasjon og fikk en indikasjon på hvordan det fungerte med oppfølgingsspørsmål. Jeg ble også mer trygg på hvordan lydopptakeren fungerte, og tok tiden på intervjuets varighet.

Før hvert intervju hadde vi en liten uformell prat før lydopptakeren ble satt på. Jeg gikk også gjennom informasjonsskrivet og samtykkedokumentet før jeg ba de signere. Under intervjuene opplevde jeg at informantene åpnet seg og svarte på spørsmålene jeg stilte. Deler av intervjuene bar preg av å være i dialogform der jeg erfarte at sykepleierne fortalte om det de var opptatte av innenfor tematikkens rammer. Nettopp denne muligheten til samproduksjon av data, hvor oppfølgingsspørsmål legger til rette for at informantene fritt kan formidle hva som opptar dem er en av fordelene og et viktig kjennetegn ved det halvstrukturerte intervjuet (Brottveit, 2018, s. 92). Før intervjuet ble avsluttet ble informantene spurt om det var noe de ville tillegge, eller om det var noe de savnet å bli spurt om. De syv intervjuene varte mellom 50 og 90 minutter.

Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass i arbeidstiden deres. Det kunne vært ønskelig med et nøytralt sted for gjennomføring av intervjuene, men på grunn av reisevei og at jeg ikke var kjent i områdene avdelingene holdt til valgte jeg å gjøre intervjuene på

lukkede rom på sykehusområdene. Intervjuene foregikk i all hovedsak uforstyrret, og jeg har inntrykk av at det fungerte fint for informantene å bli intervjuet i arbeidstiden. Jeg fant det utfordrende å notere underveis i intervjuene da jeg følte det vanskeliggjorde dialogformen jeg ønsket mellom informantene og meg. Når jeg noterte opplevde jeg at jeg mistet litt av «kontakten» med informantene, sannsynligvis fordi fokuset endret seg fra å lytte til å skrive. Derfor ble det i liten grad notert under selve forskningsintervjuene. Jeg noterte imidlertid inntrykk og erfaringer i etterkant av intervjuene i en loggbok for å kunne ha det til hjelp under analysen og oppgaveskrivingen. Dette er anbefalt av blant annet Brottveit (2018, s. 91).

Intervjuene fant sted i oktober og november 2018, og jeg transkriberte intervjuene fortløpende. Allerede i transkriberingen skjer det en fortolkning, i det man gjør om et muntlig språk til et skriftlig (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 212). Dette var jeg oppmerksom på underveis i transkriberingen, og brukte av den grunn god tid på å høre gjennom deler av intervjuene flere ganger. Der informantene la trykk på ord for å poengtere noe, markerte jeg det med å understreke ordene i transkriptet. Jeg skrev også inn elementer som latter, og noterte om informantene brukte «pauseord» som «hm» der jeg anså det som relevant for sammenhengen. Jeg anonymiserte underveis, blant annet ble dialekter omgjort til bokmål, og identifiserende beskrivelser ble omgjort til «xxx». Til sammen ble det 75 sider transkribert materiale. Lydopptakene ble slettet og materialet anonymisert så snart det lot seg gjøre. Informantene ble titulert med «sykepleier», nummerert fra 1 – 7. Datamaskinen som ble brukt var offline, beskyttet med brukernavn og passord og oppbevart innelåst og utilgjengelig for andre enn meg.

I etterkant av selve intervjuet var jeg tydelig på at jeg slo av lydopptakeren og spurte informantene om hvordan de syntes det var å bli intervjuet. Både for at jeg skulle kunne lære av tilbakemeldingene jeg fikk, men også for å skape rom for en uformell prat etter intervjuet slik at vi fikk rundet av intervjusituasjonen. Som Kvale og Brinkmann (2015, s. 117) påpeker erfarte jeg at samtalen endret noe karakter når lydopptakeren ble slått av. Informantene ble mer avslappet, og vi fikk «landet» samtalen. Noen av informantene sa da ting de kanskje ikke syntes var «greit» å fortelle under selve intervjuet, men som de likevel hadde behov for å uttrykke. Denne informasjonen utvidet min forståelse når jeg gikk inn i analyseprosessen, men ble ikke direkte brukt videre i studien.

Samtlige av informantene ga uttrykk for at det hadde vært en positiv erfaring å bli intervjuet. Flere sa de syntes tematikken var spennende. Videre ble informantene spurt om jeg kunne ta kontakt ved behov for avklaringer i etterkant av intervjuet, noe samtlige samtykket til. De ble også selv bedt om å ha lav terskel for å ta kontakt med meg om de lurte på noe, eller ønsket å tillegge/trekke fra noe av informasjonen de hadde gitt. Ingen tok kontakt i etterkant av intervjuet, og jeg har selv heller ikke hatt behov for å ta kontakt for avklaringer. Samtlige fikk tilbud om å få transkribert materiale til gjennomlesning, noe to ønsket. Disse personene ble gjort oppmerksom på at det kan oppleves litt rart å lese sine muntlige utsagn skriftliggjort. Jeg mottok ingen kommentarer, spørsmål eller ønsker om endringer etter at informantene hadde lest gjennom intervjuene.

### **3.4 Presentasjon av aktuelle avdelinger**

Jeg har intervjuet sykepleiere ved tre døgnavdelinger. En spesialavdeling for personer som lever med spiseforstyrrelsesdiagnoser og to allmennpsykiatriske akuttavdelinger. I oppgaven blir det i liten grad vektlagt hvilken avdeling sykepleierne arbeider ved, men for å vise konteksten beskrives avdelingene likevel kort.

*Spesialenheten* er en liten avdeling hvor flere av sykepleierne har spisskompetanse på spiseforstyrrelser og hvordan det er å leve med det. Det vil si at i tillegg til videreutdanning i psykisk helsearbeid har de fleste fullført Regional seksjon spiseforstyrrelser (RASP) sitt kompetansehevingsprogram «Kropp og Selvfølelse» som varer i et og et halvt år.

Døgnavdelingen har fire sengeplasser og er en fem-døgnspost som er stengt i helgene. I praksis betyr det at de innlagte må hjem i helgene og at avdelingen kun tar imot personer til frivillig innleggelse. Behandlingen består av miljøterapi, som i hovedsak inkluderer måltidsstøtte hvor man spiser etter egen kostplan, gruppeaktiviteter, individuelle samtaler, ukentlige behandlingsmøter og somatisk oppfølging. Frokost, lunsj, middag og kveldsmat varer i 30 minutter. 30 minutter hviletid i etterkant av måltider er obligatorisk for alle. For øvrig avtales oppfølging individuelt etter behov, erfaringsmessig i inntil en og en halv time etter hviletid. Kostplaner utarbeides i samarbeid med ernæringsfysiolog. Alle som velger å ta imot en innleggelse må signere på en samarbeidsavtale. Den kan for eksempel inneholde del- og hovedmål for innleggelsen, mengde kcal/uke, vekt mål og informasjon om at man kan bli utskrevet eller sendt hjem i en ukes «tenkepause» om målene ikke nås. I tillegg finnes ofte



andre nedskrevne regler ved spesialenheter for behandling av spiseforstyrrelser som er ment å regulere atferd til innlagte personer som lever med spiseforstyrrelser. Formålet er å bryte med eksempelvis opprettholdende faktorer.

De to *Allmennpsykiatriske akuttavdelingene* er døgnavdelinger hvor de fleste av sykepleierne har videreutdanning i psykisk helsearbeid, men ikke spisskompetanse på spiseforstyrrelser. Døgnavdelingene mottar personer hvor profesjonelle i behandlingsapparatet har mistanke om, eller har diagnostisert, de med allmennpsykiatrisk lidelse – herunder anoreksidiagnose. Avdelingene har mellom 12 -20 sengeplasser og er 7-døgnposter. Sykepleietettheten er lavere på slike avdelinger enn på ovennevnte spesialenheter. I praksis betyr det mindre oppfølging og samvær på disse avdelingene enn ved spesialenheter. Så langt jeg har erfart tilbys den samme behandlingen som ved spesialenheten, men kompetansen er ofte lavere, sykepleierne er ikke like «tett på» og gruppeaktivitetene utgår.

### **3.5 Etikk, for forståelse og refleksivitet**

I kvalitative forskningsintervjuer er det informantene som gjennom intervjuene er med på å skape mening og forståelse om ulike temaer slik at kunnskap produseres (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 20). For å ivareta informantene på en god og forsvarlig måte er det noen særlige hensyn forskeren må ta i tillegg til å melde prosjektet til NSD.

Før jeg begynte å rekruttere informanter sendte jeg et standard meldeskjema til NSD. Tilbakemelding forelå etter få uker, med svar om at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Det vil si at personopplysningene som blir samlet inn ikke er sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet fikk derfor en forenklet vurdering (vedlegg 4).

For å sikre mine informanters rett til selvbestemmelse sendte jeg i forkant av intervjuene ut et informasjonsskriv og et samtykkedokument. Informantene fikk på denne måten informasjon om prosjektet og hvilke premisser de deltok på før de befant seg i en intervjusituasjon hvor det kunne oppleves vanskelig å trekke seg. Potensielle informanter kunne dermed ta et

informert valg om de ønsket å delta eller ikke, et viktig etisk prinsipp (Brottveit, 2018, s. 87). Informantene fikk i tillegg en muntlig gjennomgang av informasjonsskrivet og samtykkedokumentet før de signerte og intervjuene startet.

Forskeren har videre et ansvar for å verne om informantenes privatliv og sørge for at de utsettes for minst mulig belastning (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2010, s. 85-86). Informantenes privatliv ble ivaretatt ved at jeg forsøkte å være varsom med å føre intervjuene dithen at informantene ga informasjon de senere kunne angre på. En av sykepleierne kom likevel til å gi opplysninger av mer personlig karakter enn hva hun i etterkant syntes å være komfortabel med. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 107) bør forskeren være oppmerksom på at den åpenhet og intimitet som kjennetegner kvalitativ forskning kan føre til at informanter gir opplysninger de senere vil angre på. I etterkant av intervjuet med den aktuelle sykepleieren forsikret jeg vedkommende om at den sensitive informasjonen hun ga ville bli slettet og ikke ville bli brukt i masteroppgaven. I intervjuene som fulgte forsøkte jeg å være ytterligere oppmerksom på at sykepleierne ikke skulle dele mer informasjon enn de var komfortable med. Det var likevel viktig å gi informantene tid og rom til å fortelle det de hadde på hjertet slik at de ikke ble sittende igjen med en følelse av å ikke ha fått formidlet det de ønsket. Denne balansegangen ble det lettere å ivareta etter hvert som jeg fikk mer trening på intervjusituasjonen. Intervjuene ble anonymisert så raskt det lot seg gjøre i etterkant av intervjuene.

Jeg har vært oppmerksom på det asymmetriske maktforholdet som er til stede i kvalitative forskningsintervjuer. Som intervjuer er det jeg som har definisjonsmakten ved at jeg både bestemmer tema, stiller spørsmålene og leder samtalen. I tillegg er det i stor grad jeg som forsker som sitter på den vitenskapelige kompetansen (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 52). Under intervjuene var jeg bevisst på å holde tonen uformell og hyggelig slik at informantene kunne «senke skuldrene». Det var viktig for meg at de hadde en god opplevelse av å bli intervjuet. Videre har det gjennom oppgaveskrivingen vært viktig for meg å ivareta informantene på en respektfull måte selv om jeg har hatt et kritisk blikk på miljøterapien til kvinner som lever med anoreksidiagnose under prosessen. Målet har vært å heve analyse og drøfting til et slikt nivå at ikke enkeltpersoner føler seg krenket om de leser den ferdige masteroppgaven.

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 268) forstår vi verden gjennom våre forforståelser I forskningsprosessen vil det si at vår «bagasje» av kunnskap, opplevelser og tidligere erfaringer er med på å prege hele vår forskning; fra tanker om undersøkelsestema til hvilke utvalgsriterier vi velger våre informanter etter, og til hvordan vi fortolker og presenterer innhentet materiale. Slik kan forskeren forstås som «forskningsinstrument», da det som produseres i møte med informanten, tolkningene som gjøres og forskningsresultatene som bli presentert blir tilvirket «gjennom» forskeren (Del Busso, 2018, s. 119). Jeg har forsøkt å være refleksiv under hele forskningsprosessen. Det vil si at jeg har tilstrebet å kritisk vurdere mine egne personlige og faglige erfaringer, og de sidene ved meg selv som «forskningsinstrument» som har betydning for forskningsprosessen (Del Busso, 2018, s. 124). Deler av forforståelsen er vanskelig å gjøre rede for fordi jeg ikke kan vite alt som har påvirket meg, både faglig og personlig. Jeg skal likevel redegjøre for de erfaringene jeg anser som relevante, i tillegg til hvilket vitenskapssyn og faglig ståsted jeg har.

Mitt vitenskapssyn bygger på hermeneutikken, men det faktum at jeg er utdannet sykepleier og arbeider ved sykehus gjør at jeg til en viss grad må forholde meg til det positivistiske vitenskapssynet. Dette vil i noen grad prege meg og min forskning som en del av min forforståelse, da jeg i det daglige omgir meg med et naturvitenskaplig fagmiljø. Der er det den tradisjonelle medisinske forståelsen som råder, med årsaksforklaringer og medisinske diagnoser i sentrum. I motsetning til det positivistiske vitenskapssynet er hermeneutikken fortolkende vitenskap, og opptatt av å forstå og fortolke fenomener i sin egen kontekst for å konstruere nye meningssammenhenger av det som studeres (Del Busso, 2018, s. 29). Videre er mitt faglige ståsted hovedsakelig preget av en psykososial tilnærming, hvor det vektlegges at kunnskap er mer enn teori. I det psykososiale perspektivet er relasjoner essensielt, og en erkjennelse av at kunnskap utvikles i samhandling mellom mennesker i ulike situasjoner og kontekster er vesentlig (Nissen og Skærbæk, 2014, s. 12-13).

Jeg har arbeidet som sykepleier ved psykiatriske døgnavdelinger i mer enn ti år. Hovedsakelig ved en allmennpsykiatrisk avdeling, hvor mange av personene som er innlagt er preget av vanskelige livsopplevelser. Ofte er de blitt diagnostisert med eksempelvis depresjon eller personlighetsforstyrrelser. De tre siste årene har jeg arbeidet ved en «Enhet for spiseforstyrrelser»; en spesialenhet for personer som lever med spiseforstyrrelsesdiagnose.

Det er i mine øyne et paradoks at mange av spesialenhetene i Norge heter nettopp «Enhet for spiseforstyrrelser», som om det er selve spiseforstyrrelsen som har behov for innleggelse. Muligens illustrerer det den tradisjonelle medisinsk-psykiatriske forståelsen som har fotfeste ved norske sykehus i dag.

Jeg begynte arbeidet med masteroppgaven høsten 2017, ett år etter at jeg begynte å jobbe ved spesialenheten. Da hadde jeg gått ett år på kompetansehevingsprogrammet «Kropp og selvfølelse» ved Regional seksjon spiseforstyrrelser (RASP) ved Ullevål sykehus. Der hadde jeg i tillegg til undervisning jevnlig veiledning sammen med andre profesjonelle som arbeider med personer som lever med anoreksidiagnose. Dette ga meg en dypere forståelse av de relasjonelle utfordringene sykepleiere og andre yrkesgrupper opplever i møte med disse menneskene. Blant annet ble jeg bevisst på at det fremsto legitimt for mange profesjonelle å beskrive kvinner som lever med anoreksidiagnose som manipulative. Dette førte til undring over hvordan vi profesjonelle opplever møtene med kvinnene som lever med anoreksidiagnose, og også hva disse opplevelsene og forforståelsene kan gjøre med relasjonene og kvinnes mulighet for endring og bedring. Under analyseprosessen har jeg derfor vært særlig oppmerksom på hvordan sykepleierne omtaler disse kvinnene, i tillegg til hvordan sykepleierne opplever relasjonen med dem.

I avdelingen jeg jobber ved i dag har det i all hovedsak vært kvinner som lever med anoreksi- eller bulimidiagnose som har vært innlagt. Min generelle erfaring er at kvinner som lever med bulimidiagnose er mer tilgjengelig for terapeutiske relasjoner med sykepleiere enn kvinner som lever med anoreksidiagnose. Dette gjorde den terapeutiske relasjonen med kvinner som lever med anoreksidiagnose ekstra spennende for meg, noe som bidro til at nettopp denne tematikken ble valgt i denne studien.

Kunnskapen jeg har om intervjutemaet jeg ønsker å undersøke vil ha betydning for forskningen. Blant annet påpeker Kvale og Brinkmann (2015, s. 84) at for å kunne stille gode oppfølgings spørsmål til informanten er det viktig med kunnskap om intervjutemaet. Kunnskap jeg har om relasjonsarbeid, og særlig den terapeutiske relasjonen mellom sykepleiere og kvinner som lever med anoreksidiagnose, er en del av min forforståelse. Dette

har gitt både fordeler og ulemper i forskningsprosessen. På den ene siden var det eksempelvis en fordel under planleggingen av intervjuguiden, ved at jeg hadde kunnskap som gjorde det enklere å lage gode spørsmål som kunne gi svar på det jeg ønsket å undersøke. Likeså var det en fordel ved at jeg stilte relevante oppfølgingsspørsmål. En ulempe, som først ble tydelig under analysen, var at jeg opplevde at jeg noen ganger hadde gått for fort frem i intervjuene, fordi jeg hadde noen antagelser og ønsker om hvilken retning intervjuet skulle ta. På den måten kan jeg ha gått glipp av verdifull informasjon ved å ikke stille de «riktige» oppfølgingsspørsmålene.

### **3.6 Analysemetode**

Analysearbeidet ble gjennomført med utgangspunkt i tematisk analyse, som beskrevet av Braun og Clark (2006) og Johannessen, Witsø Rafoss & Børve Rasmussen (2018, s. 278-314) i analysearbeidet. For å få svar på forskningsspørsmålene i denne studien var det hensiktsmessig å bruke denne fremgangsmåten fordi jeg ønsket å ha søkelys på ett bestemt tema. Jeg ønsket å finne noen fellestrekk for hvordan sykepleiere opplever den terapeutiske relasjonen med kvinner som lever med anoreksidiagnose innlagt i en psykiatrisk døgninstitusjon. Tematisk analyse innebærer at man ser etter temaer, grupperinger av funn med viktige fellestrekk, i forskningsmaterialet. Etter å ha innhentet og fått en oversikt over materialet følger 3 steg; koding, kategorisering og rapportering. Tilsammen danner det grunnlaget for svaret på forskningsspørsmålet (Johannessen et al., 2018, s. 278-314). Jeg har kontinuerlig hatt en hermeneutisk tilnærming i analyseprosessen ved at jeg har fortolket sykepleiernes utsagn for å utforske et dypere meningsinnhold.

Analysearbeidet begynte med at jeg leste gjennom alt materialet som helhet for å få en oversikt over innholdet. Underveis noterte jeg refleksjoner som dukket opp, uten å gå i detalj. Deretter brukte jeg markeringstusj for å fremheve (kode) alt informantene sa som jeg anså kunne skape mening i forhold til det jeg ønsket å undersøke. Når alle intervjuene var «grovmarkert» begynte jeg forfra igjen, denne gangen med penn for å skrive ned stikkord i margen. Eksempler på stikkord er ord som «tett på», «objektivering», «å bli lurt» og «rammer», altså datanære stikkord som konkret beskriver meningsinnholdet jeg fant relevant opp mot hovedforskningsspørsmålet (problemstillingen) (Johannessen et al., 2018, s. 290). For hvert nye steg av analysen noterte jeg refleksjoner i en bok, for å kunne ta det frem senere



**Tabell 2. Oppsummering av funn**

<b>Hovedtemaer:</b>	<b>Opplevelse av maktesløshet</b>	<b>Den oppdragende relasjonen</b>	<b>Distanse og nærhet i den terapeutiske relasjonen</b>
<b>Undertemaer:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Objektivisering</li><li>• Sterke følelser</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Umodenhet</li><li>• Mat og makt</li><li>• Omsorg preget av maternalisme</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Å bli ført bak lyset</li><li>• Opplevelse av avvisning</li><li>• Nærhet gjennom samvær</li></ul>

Etter at stikkordsoppsummeringen dannet ulike aktuelle hovedtemaer gikk jeg igjen tilbake til intervjutranskriptene for å se om jeg hadde oversett utsagn som passet under de ulike temaene. Avslutningsvis lagde jeg en plansje for hvert intervju hvor det under ulike hovedtemaer ble skrevet stikkord med sidehenvisning. Dette gjorde det enkelt å senere lete i materialet samtidig som hovedtemaene ble «visualisert» fordi jeg så hvilke temaer som hadde mange stikkord/sidehenvisninger.

I tillegg til sitater fra sykepleierne jeg intervjuet har jeg valgt å ta med stemmen til Ingeborg Senneset, sykepleier og journalist, når jeg skrev analysen. Hun er en kvinne som har kjempet en årelang kamp mot spiseforstyrrelser, og har blant annet skrevet den selvbiografiske boken «Anorektisk» (2017). Der beskriver hun hvordan hun opplevde innleggelse ved tre ulike psykiatriske døgninstitusjoner mens hun kjempet for å vinne kontrollen over eget liv (Senneset, 2017). Fra denne boken har jeg hentet sitater som jeg har tolket og drøftet inn i masteroppgaven for å gi kvinner som lever med anoreksidiagnose en stemme. Dette i tråd med den psykososiale konteksten hvor sykepleiernes opplevelse av den terapeutiske relasjonen nødvendigvis inngår i en større sosial sammenheng hvor kvinnene som lever med anoreksidiagnose også er deltagere.

I dette kapittelet har jeg gjort rede for forskningsprosessen og de metodevalgene jeg har tatt underveis. Jeg har forsøkt å tydeliggjøre både min egen forforståelse, mitt vitenskapelige og

faglige ståsted, samtidig som jeg har begrunnet de valgene som har blitt tatt. Neste kapittel inneholder oppgavens analyse og drøfting av studiens funn.

## **4.0 Analyse og drøfting**

### **4.1 Innledning**

Dette kapitlet inneholder analyse og drøfting av studiens funn. Jeg vil i det følgende løfte frem hvordan sykepleierne opplever den terapeutiske relasjonen de har med innlagte kvinner som lever med anoreksidiagnose. Det vil bli lagt særlig vekt på sykepleiernes opplevelse av egen rolle og egne følelser. Etter en tematisk analyse ble tre hovedtemaer identifisert: 1) Opplevelse av maktesløshet 2) Den oppdragende relasjonen 3) Distanse og nærhet i den terapeutiske relasjonen (tabell 2). Dette belyses i understående kapittel ved å drøfte empirien opp mot teori og forskning.

### **4.2 Opplevelse av maktesløshet**

Maktesløshet er den mest fremtredende opplevelsen som kommer til uttrykk gjennom analysen, og er derfor det første av tre hovedtemaer. Det handler om at sykepleierne på ulikt vis gir uttrykk for at de opplever maktesløshet i relasjonen med kvinner som lever med en anoreksidiagnose i en psykiatrisk døgninstitusjon. To undertemaer ble særlig identifisert: 1) objektivisering og 2) sterke følelser.

#### **4.2.1 Objektivisering**

Objektivisering av spiseforstyrrelsen innebærer i denne konteksten at spiseforstyrrelsen kan oppleves som en ting eller et eget subjekt av sykepleierne og kvinnene som lever med anoreksidiagnose. Det vil si at spiseforstyrrelsen enten kan oppleves som en kraft som er utenfor en selv, eller som en indre kraft som eksisterer selvstendig i selvet. En av sykepleierne beskriver anoreksidiagnosen nærmest som et vesen, noe tingliggjort, som kvinnene som lever med anoreksidiagnose og sykepleierne kjemper mot sammen. En slik objektivisering kan knyttes opp mot opplevelsen av maktesløshet. En av sykepleierne beskriver dette med følgende utsagn:



Jeg kan få maktesløshet når spiseforstyrrelsen er veldig sterk. Så føler jeg at det er en kraft som jeg er litt redd for. En overmakt der. Den er nifs, synes jeg. Når jeg får den følelsen at «hva er det egentlig vi har å gjøre med her, hvorfor når vi ikke fram?» Nå snakker jeg om de virkelig virkelig alvorlige som vi har vært borte i her. Eh ... og som veiledningen til slutt gjorde at jeg skjønnte at det er umulig for oss å få til. At det er ikke oss det kommer an på. Men at ... at vedkommende er for dårlig, egentlig, til å være i den typen behandling. Men de kreftene kan være skremmende å tenke på, når man står overfor det. Da er det litt nifst. Den virkelige spiseforstyrrede tanken, den skremmer meg. Men jeg ser jo at behandling virker. Hos noen. Og at det er håp. Så lenge ... så lenge det er håp ... men hvis man ikke har det, da er det nifst (Sykepleier 4).

Sitatet illustrerer hvor maktesløs sykepleieren føler seg i en relasjon hvor det kan tolkes at hun opplever en nærmest total mangel på kontroll. Sykepleieren objektiverer spiseforstyrrelsen som en «kraft» i ovennevnte sitat, og det kan synes som at de er tre som er i relasjon med hverandre: sykepleieren, kvinnen som lever med anoreksidiagnosen, og selve spiseforstyrrelsen. I tillegg antyder sykepleieren hvor hun opplever at makten er sterkest; «hos» spiseforstyrrelsen, til tross for at hun er vel vitende om at spiseforstyrrelsen ikke er et vesen eller en overmakt. Sykepleieren beskriver videre anoreksidiagnosen som så mektig at den type behandling hun kan tilby, ikke er tilstrekkelig. Sykepleieren har gjennom veiledning fått forståelse av at kvinnen er i behov av et annet behandlingstilbud. Det er rimelig å anta at sykepleieren ikke bare kjenner på at avdelingens behandlingstilbud er utilstrekkelig, hun kan også kjenne på sin egen utilstrekkelighet. Opplevelsen av å føle seg utilstrekkelig er beskrevet i tidligere studier hvor man har sett nærmere på den terapeutiske relasjonen mellom sykepleiere og personer som lever med anoreksidiagnose (King og Turner, 2000, s. 142; Micevski og McCann, 2005, s. 103). Miljøterapeutisk arbeid vil alltid foregå i en relasjonell kontekst (Landmark og Stokvold, 2016, s. 71), og sykepleieren bruker seg selv i den terapeutiske relasjonen som er en vesentlig del av miljøterapien. Hvem hun er, hennes erfaringer, hvilke personlige egenskaper hun har og kompetansen hun innehar er av vesentlig betydning for jobben hun utfører, og følgelig for de terapeutiske relasjonene hun er med på å skape. Hvem hun er som person er derfor helt avgjørende for relasjonen hun får med kvinnene som lever med anoreksidiagnose (Hartmann, 2013, s. 26-27). Med andre ord kan man anta at utilstrekkeligheten hun føler kan oppleves svært personlig, det samme med opplevelsen av maktesløshet som det gir når tilnærmingen hennes ikke ser ut til å resultere i alliansebygging.

Andre sykepleiere beskriver også spiseforstyrrelsen i objektiverende ordelag, en sykepleier uttrykker det slik:

Og det å vite, at det er i anoreksiens vesen, så mye unnvikelse og luring og ... konflikt i personen (Sykepleier 7).

Sykepleieren forteller om den pågående indre konflikten hun forstår kvinnene som lever med anoreksidiagnose opplever, hvor unnvikelse og det å lure andre er noen av konsekvensene. Det vil si at i stedet for å forklare unnvikelsen og luringen med at det er karaktertrekk ved de innlagte kvinnenes personlighet, forklarer hun atferden med hvordan en spiseforstyrrelse kan «virke».

Ingeborg Senneset er som nevnt en kvinne som har kjempet en årelang kamp mot anoreksi, og i sin selvbiografiske bok skriver hun blant annet:

Følelsen av at det eneste de vil er å fete meg opp, brygget i magen. Sykdommen begynte å overdøve alt de sa. Den satt som en djevel på skulderen min og hvisket at jeg ikke skulle høre på dem *De vil oss vondt. De vil gjøre deg diger. De vil gjøre deg lat. Ikke hør på dem. Det er oss mot dem.* Jeg lyttet. Jeg ble fiendtlig. *Helvetes behandler. Satans primærkontakt* (Senneset, 2017, s. 183).

Senneset (2017) beskriver anoreksidiagnosen som en djevel som sitter på skulderen hennes, og det kan tolkes som at også hun opplever, som sykepleier 4, at de er tre i relasjonen; henne selv, sykepleieren og spiseforstyrrelsen. Hun skriver videre at hun lyttet til spiseforstyrrelsen, «djevelen», og at hun reagerte med økt motstand ved å bli fiendtlig. Det kan altså se ut til at Senneset (2017) også har en opplevelse av at det er noe utenfor henne selv som kontrollerer henne, og som bidrar i kampen mot vektøkning. Man kan anta at noen kvinner som lever med en anoreksidiagnose kan objektivere spiseforstyrrelsen fordi de ikke forstår hvorfor eller hvordan de ble «fanget» i den. Blant annet påpeker Colton og Pistrangs (2004, s. 310) at kvinner som lever med anoreksidiagnose strever med å forstå hvordan spiseforstyrrelsen klarte å få kontroll over dem uten at de forsto hva som skjedde. Å forholde seg til et

smertefullt indre liv som om det eksisterer ytre fiender (objekter) som har tatt kontrollen over personen kan følgelig fungere som en mestringsstrategi for kvinnene.

Å anbefale personer som lever med anoreksidiagnose å skrive brev til spiseforstyrrelsen er en velkjent metode i motivasjonsarbeidet (Skårderud, 2013, s. 113, 236; Røer, 2009, s. 117-119). Dette hentyder at det er ikke uvanlig å objektivere spiseforstyrrelsen. En studie av Serpell, Treasure, Teasdale og Sulliva (1999) bekrefter dette. Denne studien er basert på at personer som lever med anoreksidiagnose har blitt bedt om å skrive brev til spiseforstyrrelsen sin, både som venn og fiende. Jeg har selv foreslått det for mange kvinner jeg har vært primærkontakt for, men erfaringsmessig er det få som gjør det. Mulig ligger noe av svaret i motstanden som Sennesets sitat (2017, s. 183) over illustrerer. Motstanden mot å gå opp i vekt kan være så stor at kvinnene har vanskelig for å skulle konkretisere hvilke fordeler og ulemper det er ved å ha en spiseforstyrrelse. Samtlige sykepleiere i denne studien forteller at de opplever ulike former for motstand i arbeidet med kvinner som lever med anoreksidiagnose. Funn fra studiene til King og Turner (2000, s. 143) og Ramjan (2004, s. 499) understøtter at dette er et vanlig fenomen i tilsvarende arbeid. Der refereres det til sykepleiere som beskriver en kamp om kontroll med innlagte kvinner som angivelig har mange strategier for å unngå vektøkning.

Videre strever også sykepleiere med å forstå spiseforstyrrelsens kompleksitet og hvordan de kan bidra til bedring (Ramjan, 2004, s. 498). Man kan derfor anta at også sykepleier 4, som beskriver spiseforstyrrelsen nærmest som et vesen i det første sitatet, har et behov for en form for forklaring. Man kan således oppsummere med at objektiveringen kan ha ulik funksjon/konsekvens hos kvinnene som lever med anoreksidiagnose og sykepleierne. Mulig objektivierer sykepleieren fordi hun søker en forklaring på kvinnenens motstand som igjen gjør at sykepleieren opplever maktesløshet.

De overnevnte sitatene, som illustrerer en objektivering av spiseforstyrrelser, kan også tolkes i lys av Terkelsens (2010) doktorgradsavhandling som omhandler hvordan psykotiske uttrykk forstås og kontrolleres. Der illustrerer Terkelsen (2010) hvordan fenomener kan endre seg og skifte form i ulike kontekster. Slik jeg tolker Terkelsen (2010) kan anoreksien som aktør (Sykepleier 4s «overmakt/vesen» og Sennets «Djavel») få en ny betydning ettersom hvilken

kontekst man forstår den inn i. Eksempelvis kan man studere Sennesets (2017) sitat i lys av den medisinske tilnærmingen som hovedsakelig dominerer i psykiatriske institusjoner i Norge i dag. Da transformeres fenomenet til en psykiatrisk diagnose; F 50.0 Anorexia nervosa. Alternativt kan man forsøke å tolke overopptattheten av mat, kropp og vekt med utgangspunkt i hvilken mening det har for hvert enkelt individ. I denne konteksten kan «overmakten» og «djevelen» få ny betydning, avhengig av hvilke andre aktører som er i relasjon til hverandre. Eksempelvis kan man forstå Sennesets (2017) Djevel som et aktivt subjekt, en aktør som bidrar til at Senneset fortsetter å kjempe for å beholde «gevinstene» spiseforstyrrelsen gir, som å bli beskyttet mot vonde følelser og føle seg trygg (Serpell et al., 1999, s. 179). «Djevelen» får altså en funksjon, der den inngår i et nettverk med de andre aktørene, Senneset (2017) selv, sykepleierne og institusjonen. På samme måte kan sykepleierens «overmakt/vesen» tolkes som en aktør, men for sykepleieren kan det medføre en opplevelse av at hun forholder seg til et fenomen som gir henne en forklaring på opplevelsen av maktesløshet.

Det er rimelig å anta at denne måten å forstå mennesker som strever med mat, kropp og vekt på står i kontrast til hvordan de fleste sykepleiere forstår disse fenomenene. Gitt at denne forståelsen ble mer utbredt kan man anta at også sykepleiernes tilnærming til den terapeutiske relasjonen med kvinner som lever med anoreksidiagnose endres. Min antagelse er at tilnærmingen vil bli mer psykososial enn hva den er ved norske sykehus i dag. For eksempel vil man kanskje gi mindre «symptomatisk behandling» og heller rette søkelyset på den terapeutiske relasjonens verdi i endringsarbeidet.

#### **4.2.2 Sterke følelser**

Det ble tidlig i analyseprosessen tydelig at maktesløsheten sykepleierne opplever i stor grad kan knyttes opp mot sterke følelser som tristhet og håpløshet. Under intervjuene forteller flere av sykepleierne om ulike tap kvinner som lever med anoreksidiagnose lider. Fellesnevneren er at tapene har store konsekvenser for kvinnenens liv. Dette preger sykepleierne blant annet ved at de føler på tristhet, en følelse som kan bidra til en opplevelse av maktesløshet. En av sykepleierne beskriver det slik:

«Jeg føler meg egentlig litt lei meg på deres vegne for at livet var tatt, da ... og særlig de som ikke kommer ut av det. Som ikke klarer å nyttiggjøre seg ... dem nyttiggjør seg i den forstand at de klarer å være lenger og lenger periode hjemme og under poliklinisk behandling, men de blir liksom aldri bra. Klarer ikke å inngå i noen personlige relasjoner og ... ja. Og noen er heldig og har relasjoner til en av foreldrene, noen har ikke. Det kjenner jeg litt på. Hvor mye det egentlig gjør med folk. Så det ... ja, hele livet blir jo ... dem greier ikke skolegang, vet du ... dem kommer seg ikke i jobb. Ønsker seg alt det vi andre ønsker oss: de ønsker seg kjæreste, de ønsker seg jobb. Og snakker om å bli sykepleier, dem har lyst til å bli det og dem har lyst til å bli det ... de kommer ikke videre altså. Det kjenner jeg på ... det blir jeg litt sånn trist av, hvis jeg skal begynne å kjenne ... livet, hvordan det blir. Ja ...» (Sykepleier 2).

Sykepleieren forteller at det går inn på henne, at kvinnene som lever med en anoreksidiagnose blir stående på sidelinjen av livet. Hun deler sine betraktninger rundt hvordan kvinnene som ikke kommer ut av spiseforstyrrelsen opplever å ha store utfordringer med nære relasjoner, utdanning og jobb. Videre beskriver hun at noen av kvinnene aldri blir bra, de «nyttiggjør seg ikke» behandlingen. Det gjør henne trist, sier hun, at livet til kvinnen ble begrenset. Finn Skårderud skriver i forordet til Senneset sin bok (2017, s. 16) at kvinnes overopptatthet av mat, kropp og vekt tar over mange av livets arenaer slik at tanker, følelser, oppmerksomhet og tale blir fylt opp av nettopp mat, kropp, vekt og utseende. Videre hevder Hummelvoll (2012, s. 310-311) at dette ekstremfokus, sammen med at kvinnene ofte unngår sosiale situasjoner som innebærer å spise sammen med andre, gjør at det sosiale livet blir lagt øde. Kvinnene blir værende i anoreksidiagnosens destruktive grep, mens tidligere skolevenner, venner og familie går videre med sine liv. De psykososiale konsekvensene kan med andre ord bli enorme. Sykepleieren, som er en av kvinnes samarbeidspartnere og støttespillere under innleggelsen, får ta del i dette og kjenner på tapet over alt som kunne blitt, men som foreløpig står på stedet hvil -og kanskje aldri vil bli. Min erfaring er at fokuset på mat, kropp og vekt i stor grad opprettholdes i kvinnes liv under en innleggelse, ved at mye av miljøterapien nødvendigvis dreier seg om matinntak, vekt, aktivitet og hvile. Dette fokuset kan ha innvirkning på sykepleierne så vel som kvinnene, og kanskje er det også for sykepleierne vanskelig å løfte blikket og se mulighetene for en endret og bedre tilværelse på utsiden av institusjonen.

En sykepleier uttrykker sin opplevelse av maktesløshet, som hun knytter opp imot tristhet, slik:

Den pasienten jeg har oppe nå, hun er inne kun for å overleve. Hun blir aldri frisk. Hun blir aldri bedre. Og det synes jeg er kjempetrist. Hun er selv klar over ... hun har selv kommet dit selv at ... hun blir ikke bedre (Sykepleier 1).

Denne uttalelsen illustrerer en sterk opplevelse av maktesløshet. Slik jeg forstår det har sykepleieren en opplevelse av at kvinnen har tapt kampen mot spiseforstyrrelsen, alt håp er ute og det er ingenting mer å gjøre. Kvinnen vil være syk resten av sitt liv, og det er ikke håp om bedring av helsen, ifølge sykepleieren. I tillegg gir sykepleieren uttrykk for å ha innsikt i deler av kvinnens eget indre liv; kvinnen skal også selv ha kommet til erkjennelsen av at hun ikke kommer til å bli noe bedre. Opplevelsen av maktesløshet synes nærmest låst, og slik jeg forstår det ser sykepleieren egentlig sitt eget arbeid som livsforlengende, uten ambisjoner om utvikling og endring til det bedre på kvinnens vegne. Denne følelsen av maktesløshet tar altså sykepleieren med seg inn i relasjonen med kvinnen. Det er rimelig å anta at om en sykepleier kjenner så sterkt på maktesløshet og håpløshet som denne sykepleieren gjør, så vil hun også i noen grad uttrykke det. Hun vil sannsynligvis ikke uttrykke det i rene ord, men det vil likevel komme til å bli kommunisert gjennom kroppsspråket og ved at sykepleierens maktesløshet «skinner igjennom» i samhandlingen med kvinnen. Antagelsen om at sykepleierens maktesløshet kommer til uttrykk ovenfor kvinnen understøttes av Shibbys (2017 s. 58) dialektiske relasjonsforståelse hvor en av grunntankene er at selvet er relasjonelt, og at våre indre dialoger og dialoger med andre står i et dialektisk forhold til hverandre. Det vil si at den indre opplevelsen sykepleieren har, henger sammen med hvordan hun snakker og samhandler med kvinnen som lever med anoreksidiagnose, og for øvrig også visa versa. Det eksisterer en kontinuerlig gjensidighet i relasjonen, og det vil være rimelig å anta at en så sterk opplevelse som maktesløshet er, dermed får et kroppslig uttrykk som også kvinnen erfarer, selv om sykepleieren nok forsøker å «isolere» den i seg selv. Sykepleier 1 sier ingenting om hvorvidt hun er bevisst på egen opplevelse av maktesløshet, og heller ingenting om hvorvidt hun har forståelse av at hun bringer denne maktesløsheten inn i relasjonen med kvinnen. Det er likevel sykepleieren som er den profesjonelle i relasjonen og som følgelig har ansvaret for at relasjonen skal være terapeutisk (Benum, 2013, s. 85). For at relasjonen skal kunne være terapeutisk er det videre en forutsetning at sykepleieren er refleksiv. Refleksivitet kan forstås som en dypere bevisstgjøringsprosess hvor sykepleieren kritisk vurderer hva det er med henne som bidrar til samværet eller relasjonen med kvinnene (Del Busso, 2013, s. 67; Landmark, Ness og Olkowska, 2016, s. 44). Sykepleieren bør kontinuerlig kritisk vurdere egne følelsesmessige erfaringer og holdninger til for eksempel egen kropp, egne personlige

relasjoner og andre følelsesmessige opplevelser og erfaringer (Del Busso, 2013, s. 67). Uteblir refleksivitet kan utfallet for eksempel være at sykepleieren, med sin ubearbeidede maktesløshet, i verste fall er med på å opprettholde spiseforstyrrelsen.

På spørsmål om hvilke følelser som kan oppleves i ulike situasjoner beskriver en sykepleier dette:

Det er veldig vanskelig å spise hvis det er veldig dårlig stemning ved matbordet. Så kan jeg få mageknip. Og det er ikke noe jeg pleier å ha. Det er ikke bra for min fordøyelse, tenker jeg, å sitte her og ha det sånn. [...] Det må jo være på grunn av ... og det er ikke utenom måltidene, det er kun da. Hvis det er veldig dårlig stemning (Sykepleier 4).

Sykepleieren forteller at når det er dårlig stemning rundt matbordet, gir det fysiske uttrykk i hennes egen kropp. Hun sier hun får vondt i magen i måltidsituasjoner når det er svært dårlig stemning ved bordet. Ut fra teori om kroppslighet vil kroppslig refleksivitet være en nødvendighet i det miljøterapeutiske arbeidet. På den måten kan sykepleieren identifisere hva det er som foregår i hennes egen kropp og hvilken betydning det kan ha både for henne selv og for de hun er i relasjon med. Del Busso (2014) definerer kroppslighet som den måten mennesker eksisterer i verden på:

Vi er i verden i en kropp og lever gjennom opplevelser i relasjon til våre kroppslige sanser og kapasiteter. Vårt værende i verden er altså en multisensorisk prosess der vi kontinuerlig og samtidig opplever gjennom syn, hørsel, lukt og berøring (Del Busso, 2014, s. 49).

Tilbake til begrepet maktesløshet oppleves det altså ikke bare intellektuelt, det erfares også kroppslig. Slik jeg forstår det vil kroppslige erfaringer også uttrykkes som en del av menneskets helhetlige kommunikasjon, og det vil være rimelig å anta at sykepleierens opplevelse av maktesløshet kommer til uttrykk i relasjonen og samværet med kvinnen. Slik jeg forstår Del Bussos (2014) beskrivelser av kroppslig refleksivitet innebærer det at sykepleieren bør være åpen og mottakelig for hvilke kroppslige erfaringer hun gjør seg i møte med kvinnene, og at hun klarer å identifisere betydningen av dette for relasjonen. Ifølge

George (1997, s. 905) er det essensielt at sykepleierne får tilstrekkelig støtte til å håndtere de følelsene de kan få i møte med kvinnene med anoreksidiagnose for å oppnå den ønskede terapeutiske relasjonen. Min antagelse er at det bør fokuseres mer på både refleksivitet og kroppslig refleksivitet i tillegg til refleksjon i veiledningsgrupper for å kunne gi denne støtten.

En sykepleier synes å ha et bevisst forhold til sin egen opplevelse av maktesløshet:

I aggresjonen og avvisningen kan jeg kjenne maktesløshet. Og frustrasjon. Jeg må tåle å stå der og kjenne, og tenke «det er ikke mitt, det er ikke mitt. Dette er ditt, dette er din mestringsstrategi. Jeg må tåle det.» Og dagen etter så kan jeg kanskje gå inn og kanskje prøve å prate om det. «Når du ble så frustrert i går ... så ble jeg også frustrert, men kan vi se ... kan vi prøve ... kan vi finne en vei ut av det» Da har jeg fått roet meg litt ned, jeg har gått noen runder i mine følelser og i min maktesløshet, også kan jeg godt ta opp tråden, ta opp tanken (Sykepleier 7).

Sykepleieren beskriver en situasjon hvor kvinnen som lever med anoreksidiagnose har kastet opp det hun har spist, hun har ikke holdt ut følelsene som kom med det å være i behandling og ha mat i magen. En mulig antagelse er at kvinnen i etterkant har vært så full av skyld og skam, at hun reagerer med aggresjon og avvisning overfor sykepleieren. Sykepleieren gir uttrykk for å forstå hva dette dreier seg om, og erkjenner en opplevelse av maktesløshet som hun identifiserer som sin egen, og hun sier hun vil prate mer med kvinnen dagen etterpå. En slik selvavgrensing innebærer at sykepleieren klarer å sortere og skille mellom sine egne og kvinnens opplevelser, oppfatninger og synspunkter (Schibbye, 2017, s. 84). I sitatet er sykepleieren tydelig på hva som er hennes opplevelse og følelser, og hva som er kvinnens.

Det kommer tydelig frem av materialet at sykepleierne opplever mange sterke følelser i relasjonen med kvinner som lever med anoreksidiagnose. Opplevelsen av maktesløshet må sykepleierne tåle og håndtere, og de kan ikke uten videre gi uttrykk for sitt rike følelsesliv ovenfor kvinnene. På spørsmål om det er noen typiske situasjoner som skaper mye følelser svarer en sykepleier slik:



Det er nok mer ... helhets ... når det trekker i langdrag, over fire-fem måneder. Og den der ... litt sånn avstengte tause motstanden mot å jobbe videre. «Det angår ikke deg. Jeg spiser nok likevel.» Altså, den type ... det tapper meg veldig. Mmm. Og da må jeg virkelig hente fram liksom ... hvor skal jeg hente goodwill, hvor skal jeg hente ... ja. Det kan tappe meg veldig. Når det trekker i langdrag. Og i det ligger det jo også en benektelse, fornektelse av livet. At «Jeg vil ikke bli frisk. Jeg har ikke noe behov for å bli frisk, og ...» Litt sånn den under-uuttalte suicidaliteten, underkommuniserte ... manglende livsgnist og depresjons og ... har ikke noe mål for livet, har ikke noe vilje til å leve. Den må jeg jobbe med. Den må jeg hele tiden jobbe med (Sykepleier 7).

Sykepleieren forteller at hun erfarer at hun tappes veldig for energi når hun opplever at kvinnene som lever med anoreksidiagnose strever mye med motivasjonen over lengre tid. Da er motstanden mot endringsarbeidet sterk, og sykepleieren sier hun da ikke skjønner hvor hun skal hente frem det som behøves for å støtte kvinnene. Hun sier videre at hun må jobbe mye med følelsene hun kjenner på når det synes som at kvinnene selv opplever håpløshet. Slik jeg tolker det opplever sykepleieren økende grad av maktesløshet når bedringen av kvinnens helsetilstand tilsynelatende uteblir over tid. Å bli bedre fra en anoreksidiagnose er vanligvis en langsom prosess, og det er ikke uvanlig at sykehusinnleggelsen varer i måneder eller år (Skårderud, 2013, s. 263). Det er altså et tålmodighetsarbeid som må utføres, både fra sykepleierens og kvinnenes side. Sykepleieren gir videre uttrykk for å kjenne på kvinnenes ambivalens da hun beskriver at kvinner som lever med anoreksidiagnose ofte har store utfordringer knyttet til motivasjon til å bli frisk. Selv om kvinner med anoreksidiagnose på den ene siden ønsker å ha normale liv og være friske så er de også opptatt av å bevare kontrollen ved å gjøre det som skal til for å være tynne. De ønsker med andre ord å bli bedre, men de er ikke villige til å gi slipp på spiseforstyrrelsen for å bli bedre (Colton og Pistrang, 2004, s. 313). Det er rimelig å anta at dette kan oppleves som at kvinnene er lite samarbeidsvillige, noe som er i tråd med funn gjort i andre studier om unge og voksne innlagt i institusjon med diagnosen anoreksi (King & Turner, 2000, s. 141; Ramjan, 2004, s. 499). Det kan tenkes at dersom sykepleier 7 i sitatet over oppfatter kvinnene som lever med anoreksidiagnose som lite samarbeidsvillige, kan det ha betydning for den terapeutiske relasjonen og hvor empatisk sykepleieren evner å være i møtet med disse kvinnene.

I den mer aggressive skalaen av følelser uttrykker flere av sykepleierne sinne og frustrasjon. Disse følelsene kom oftest til uttrykk da sykepleierne snakket om måltidsituasjoner, en særlig sentral del av miljøterapien i avdelinger hvor personer med spiseforstyrrelser er innlagt. En sykepleier beskriver det slik:

Jeg kan jo også oppleve sinne. At det ikke går, liksom. Litt sånn, ah ... «kom litt videre!» Jeg håper de kommer videre, også ... «spis opp det måltidet, nå!» (ler litt). Jeg kan kjenne litt sånn i meg. Det kan jeg ikke vise. Nei, jeg kan jo ikke vise .... Jeg viser jo ikke de følelsene ... [...] Ja, også tristhet, selvfølgelig kjenner jeg jo det også. Sorg og tristhet. Jeg synes det vekker veldig mange følelser i meg (Sykepleier 5).

Sykepleieren forteller at hun kjenner på mange sterke følelser i jobben sin. Hun nevner først at hun kan bli sint, og da særlig i forbindelse med måltider. Fordi kvinner som lever med anoreksidiagnose har spisevegring bruker de ofte lang tid på måltidene, og slik jeg forstår det har sykepleieren utfordringer med å være tålmodig nok. Dette kan hun ikke vise til kvinnene som spiser, sier hun. Hun uttrykker videre at hun også kjenner på sorg og tristhet, og at hun opplever mange følelser i arbeidstiden sin. Kompleksiteten i det å leve med en spiseforstyrrelse gjør at det kan være svært vanskelig å forstå hvilke utfordringer kvinnene som lever med anoreksidiagnose står i. Mulig er det mangelen på forståelse som gjør at sykepleiere kan bli utålmodige under eksempelvis måltider, og dermed oppleve følelser som sinne og frustrasjon Dette er et eksempel på det emosjonelle arbeidet som mange av sykepleierne som arbeider med kvinner som lever med anoreksidiagnose utfører. Mens hun på innsiden kjenner sinne og frustrasjon, opplever hun å måtte sette på seg en «maske» på utsiden for å ikke vise sine følelser til kvinnene hun skal støtte og motivere til å fullføre måltidet.

I denne studien uttrykker sykepleierne maktesløshet de opplever i relasjonen med kvinnene som lever med anoreksidiagnose. Undertemaene *objektivering* og *sterke følelser* viser til ulike erfaringer, tanker og følelser som ligger til grunn. Herunder kommer blant annet sykepleiernes opplevelse av utilstrekkelighet, håpløshet og tristhet til syne, men også et behov for å forstå kvinnene. I det følgende skal sykepleierens opplevelse av å ha en oppdragende rolle analyseres og drøftes. Dette utgjør analysens andre hovedtema.

### **4.3 Den oppdragende relasjonen**

Under analysearbeidet ble sykepleierens opplevelse av å ha en slags oppdragerrolle fremtredende. Deres rolle i den terapeutiske relasjonen bærer preg av å være av en oppdragende karakter, den likner på ulikt vis foreldrerollen. Hva som ligger til grunn for at

sykepleierne opplever det slik er mangespektret, men tre undertemaer ble særlig sentrale under analysen: 1) umodenhet 2) mat og makt og 3) omsorg preget av maternalisme som sykepleierne opplever å ha for kvinnene som lever med anoreksidiagnose.

#### 4.3.1 Umodenhet

Flere av sykepleierne beskriver kvinner med anoreksidiagnose på en slik måte at de fremstår som mer umodne enn sine jevnaldrende. Umodenheten er blant annet knyttet opp mot at kvinnene ikke synes å være i stand til å ivareta sine egne basalbehov som tilstrekkelig ernæring og balanse mellom aktivitet og hvile. Videre kan sykepleiernes opplevelse av å ha en oppdragende rolle knyttes opp mot deres erfaring med kvinnes behov for en «mor-liknende» omsorg. Det at sykepleierne opplever å ha en slags oppdragerrolle har konsekvenser for den terapeutiske relasjonen. En sykepleier beskriver kvinnene med anoreksidiagnose slik:

Det er jo ofte umodenhet i de kvinnene. Veldig mange av de bor fortsatt hjemme hos foreldre, eller er kanskje nødt til å gjøre det fordi de kanskje ikke klarer seg helt selv (Sykepleier 3).

Sykepleieren forteller at hun ofte ser umodenhet i kvinnene, og at de ofte er hjemmeboende. Videre sier sykepleieren at det kanskje er slik at kvinnene ikke kan flytte hjemmefra fordi de antagelig ikke klarer seg selv uten foreldrene. Alderen tatt i betraktning er det ikke så oppsiktsvekkende at mange av kvinnene fortsatt er hjemmeboende. Over 90 % av de som lever med en spiseforstyrrelse er kvinner i alderen 15-35 år (Røer, 2009, s. 18; Bryant-Waugh, 2000, s. 27), mens 60 % av anoreksitilfellene er konsentrert blant kvinner i alderen 15-24 år (Hummelvoll, 2012, s. 306). Det betyr at det i stor grad er unge kvinner som sykepleierne i min studie møter i sin arbeidshverdag. Denne studien omhandler kvinner som lever med anoreksidiagnose over fylte 18 år innlagt i en voksenpsykiatrisk døgnavdeling. Min erfaring er likevel at mange av disse kvinnene fortsatt er hjemmeboende. Flere av sykepleierne beskriver også dette. Det faktum at flere av sykepleierne beskriver at de opplever kvinnene som umodne og lite selvstendige er likevel interessant. Det er nærliggende å anta at samspillet i den terapeutiske relasjonen i stor grad vil kunne preges av at sykepleierne karakteriserer kvinnene som umodne og lite selvstendige. Mulig vil sykepleierne jobbe med relasjonen for å forsterke ressursene kvinnene har, og bidra til økt selvfølelse, selvstendighet og tilfriskning.

På den måten kan de i relasjonen ha en funksjon som utviklingsstøtte også i kvinnenes modningsprosess, som kan sees i sammenheng med en tilfriskningsprosess. I motsatt fall vil sykepleierne oppleve av kvinnene som umodne kunne føre til økt avmakt hos kvinnene, om sykepleierne overtar for mye ansvar og kontroll slik at kvinnene som lever med anoreksidiagnose blir ytterligere umyndiggjort.

I litteraturen beskrives overgangen mellom ungdom og voksen som en av de mulige utløsende årsakene til at kvinner utvikler spiseforstyrrelser. Forventinger om at ungdommen skal bli selvstendig, flytte ut og klare seg selv kan skape en høy grad av usikkerhet, og rolleforandringene vil kunne være *for* utfordrende for enkelte ungdommer (Hummelvoll, 2012, s. 315). Røer (2012, s. 32) påstår dessuten at mens ungdommene på sekstitallet lengtet etter selvstendighet og egentjente penger, så møter behandlerne i dag mange ungdommer som føler engstelse og usikkerhet overfor å skulle klare seg selv, studere eller begynne karrieren i arbeidslivet. Utviklingen av anoreksi kan ifølge Røer (2012, s. 33) således tolkes som en strategi for å slippe å bli voksen, både ved å stoppe kroppens utvikling samt melde seg ut av sin sosiale kontekst. Det vil si at mens jevnaldrende trer inn i voksenlivet, streber noen av disse kvinnene med å stoppe sin kroppslige og psykososiale utvikling. Mulig er det altså slik at kvinner som har en større motstand enn sine jevnaldrende til å bli voksen og selvstendig, er overrepresentert i døgnavdelinger hvor kvinner som lever med anoreksidiagnose er innlagt. Dette kan ses i sammenheng med at sykepleierne opplever kvinner med anoreksidiagnose som spesielt umodne. En annen sykepleier beskriver kvinnenes umodenhet slik:

De som er litt yngre, de ser ofte på oss som er litt eldre ... det er fælt å kalle meg selv litt eldre, men ... Kanskje sånn som hjemme med mor og far, ikke sant. De får et litt annet syn på ... Ja, det virker som de har litt den der tenåringsgreia, altså ... de skal være litt i opposisjon og de skal være litt ... for det virker som, i hvert fall som jeg har fått inntrykk av ... noen av de her oppe de ... de henger igjen i den opposisjonsgreia som du har når du er tenåring, da. De ble ikke helt ferdig med den tiden, på en måte (Sykepleier 1).

Sykepleieren forteller at hun opplever at de yngre kvinnene ser på henne og kollegaene litt sånn som de ser på sine foreldre, som formelt og tradisjonelt innehar oppdragerrollen.

Sykepleieren sier videre at kvinnene er i en slags opposisjon mot sykepleierne. En oppførsel man kan forvente at ungdom normalt har overfor foreldrene sine, men som er mer uvanlig at

voksne kvinner har overfor sykepleiere eller andre helsearbeidere. Dette fenomenet ble også identifisert i Wright og Hackings studie (2012, s. 112) hvor det beskrives at noen av kvinnene som lever med anoreksidiagnose er tilbøyelig til å oppføre seg på en opposisjonell måte, som om de var ungdommer. Ut fra et psykososialt perspektiv er det rimelig å anta at sykepleierne kan oppleve at de har en foreldre-aktig rolle dersom kvinnene møter sykepleierne med en «opposisjonsoppførsel» som appellerer til disse egenskapene hos sykepleierne. Grunntanken her er blant annet at vi ikke bare påvirker hverandre, vi definerer hverandre også gjennom relasjoner (Nissen og Skærbæk, 2014 s. 25). Dette preger hele vår opplevelse av vår væren og relasjon til andre (Nissen og Skærbæk, 2014 s. 25). På den andre siden kan det tenkes at kvinnene egentlig ikke er i opposisjon. Kanskje har sykepleierne en holdning preget av paternalisme, og tolker kvinnenens atferd som umoden. Det er rimelig å anta at kvinnene opplever å være i en avmaktssituasjon hvor de kjemper om kontroll, da de er innlagt i en institusjon hvor personalet nettopp tar over kontrollen vedrørende både ernæring, aktivitet og hvile (Skårderud, 2016, s. 178; Ramjan, 2004, s. 498). Jeg vil videre hevde at det er allmenngyldig at voksne mennesker synes det er utfordrende å bli fratatt kontroll, og mulig tolkes kvinnenens reaksjoner på dette som umodenhet.

Umodenheten kan også ses i sammenheng med motstanden sykepleierne beskriver. En sykepleier sier dette om motstanden hun kan oppleve på jobb:

Taushet. Utestengelse. Altså ... de der veldig inneslutta personene. «Jeg har så nok med meg selv. Jeg sitter her og biter tennene sammen.» Og motstanden bare er sånn dirrende angst, med veldig lite språk (Sykepleier 6).

Denne motstanden opplever sykepleierne, og slik jeg forstår sykepleieren over er det grunn til å tro at hun tolker den som at kvinnen er i en slags stille protest, hvor hun avviser både maten og relasjonen til sykepleieren. Denne opplevelsen kan også assosieres med den opposisjonelle tenåringsrollen, som videre kan forstås som umoden atferd. Det er ikke uvanlig at kvinner som lever med en anoreksidiagnose benekter sin egen lidelse og blir innlagt på døgninstitusjoner på grunn av press fra omgivelsene (Brotman, Stern og Herzog, 1984, s. 71-72; Franko og Rolfe, 1996, s. 109; Honig og Sharman, 2000, s. 273; Snell, Crowe og Jordan, 2010, s. 352; Wright, 2015, s. 432). De kvinnene dette gjelder ønsker ikke selv en

innleggelse, og vil trolig helst være hjemme uten at noen blander seg inn i hva de spiser eller hvordan de lever livet. Disse kvinnene har etter all sannsynlighet store utfordringer knyttet til motivasjonen for å være i behandling, og en sterk motstand mot den miljøterapien som tilbys. Den terapeutiske relasjonen med sykepleierne er en sentral del av miljøterapien, og når mange av kvinnene i utgangspunktet ikke ønsker innleggelse blir forutsetningene for gode relasjoner dårlige. Ramjan (2004, s. 499) og King og Turner (2000, s. 141) peker som tidligere nevnt på at sykepleiere tolker motstanden kvinnene innehar som at de er lite samarbeidsvillige. Nok en gang kan man trekke en parallell til den umodne tenåringen som for foreldrene synes lite samarbeidsvillig. Mulig bidrar dette til sykepleiernes opplevelse av å inneha en oppdragende rolle. Et annet aspekt av dette er at sykepleiere kan opptre oppdragende når de opplever at de har en oppdragende rolle. Det kan gi seg utslag i at sykepleieren for eksempel kan få en mer umyndiggjørende tilnærming til særlig de yngre kvinnene. Dette står i et motsetningsforhold til den tilnærmingen den terapeutiske relasjonen fordrer at sykepleieren har.

#### **4.3.2 Mat og makt**

Å leve med en anoreksidiagnose innebærer blant annet å leve med betydelige utfordringer knyttet til inntak av mat, streben etter å unngå vektoppgang og/eller en streben for å gå ned i vekt (Bryant-Waugh, 2000, s. 31). Mat og vekt er med andre ord svært viktige faktorer å ha kontroll over for de innlagte kvinnene. Materialet som er utgangspunktet for denne studien viser at det kan utspille seg ulike maktkamper mellom sykepleierne og kvinnene som lever med anoreksidiagnose. Blant annet beskriver sykepleierne sin opplevelse av å benytte seg av såkalt «grensesetting» ved å forsøke å korrigere atferden til kvinnene. Å sette grenser er et vesentlig element i opplevelsen av den oppdragende relasjonen som flere av sykepleierne beskriver. En sykepleier beskriver det slik:

Jeg kan bli litt oppgitt på sånn helt ... detaljer ... og alltid være sånn ... alt det der dill dallet til pasientene, og ... ja. Jeg kan bli litt oppgitt av det. Jeg blir litt oppgitt av å måtte sette alle de grensene for småting og detaljer. Ja. Samtidig som jeg vet at for at vedkommende skal spise, for at x antall ml. skal gå inn gjennom sonden, for at .... Sånn må det være. Jeg vet begge deler. Men jeg kan kjenne på den oppgittheten i å stå og være petimeter med alle de der brødiskivene og smulene og middagene og ... ja (Sykepleier 7).

Sitatet illustrerer hvordan sykepleieren mener hun må sette grenser for at kvinnene skal spise etter kostlisten, og hun kommenterer at det går ned på detaljnivå. Sykepleieren sier hun opplever å føle seg litt oppgitt, og hun karakteriserer kvinnes atferd som «dill dallet». Hun gir videre uttrykk for at hun forstår at hun må observere nøye og korrigere kvinnene om de skal bli bedre. Erfaringsmessig vet jeg at sykepleierne ofte sitter «tett på» kvinnene i matsituasjonen, og forsøker å motivere og veilede dem slik at de spiser det som er avtalt innenfor avtalt tid. Sykepleierne har flere funksjoner i det miljøterapeutiske arbeidet med kvinner som lever med anoreksidiagnose. Funksjonene er eksempelvis nevnte å sette grenser, særlig i forhold til måltider og kompensatorisk atferd som fysisk trening. Strukturen og rammene rundt måltider skiller dette miljøterapeutiske arbeidet fra annen miljøterapi i psykisk helsevern. Når kvinnene legges inn i døgnavdelinger er det vanlig at de må inngå en individuell skriftlig samarbeidsavtale med ansvarlig behandler og primærsykepleiere. En slik avtale vil ofte kunne inneholde for eksempel en kostliste (inneholder en gitt mengde kcal) kvinnene skal følge, tidsramme for måltidet, begrensninger i aktivitet, vekt mål per uke og oppfølgingstid (Skårderud, 2013, s.185). Sykepleierne er altså satt til å «passe på» at kvinnene oppfyller den individuelle avtalen som er inngått, blant annet ved å gi måltidstøtte. Dette medfører i praksis at de må sette en del grenser for kvinnes atferd under måltidene, eksempelvis er det ikke i henhold til reglene å mose middagsmaten eller spise middag med t-skje. Grunnen til at slik atferd begrenses er fordi den anses å være opprettholdende for spiseforstyrrelsen. Det er imidlertid grunn til å sette spørsmålsteget ved om hvorvidt denne tilnærmingen bidrar til tilfriskning. Grensene som avdelingens personale setter kan oppleves som en kamp om kontroll over kvinnene (Ramjan, 2004, s 498-499). Mulig er det et sjansespill med den terapeutiske relasjonen. Zugai et al. (2018, s. 422) beskriver hvordan et «overfokus» på vektøkning og vektlegging av diagnoser medfører at personer med spiseforstyrrelser føler seg straffet og invadert som individer. Samtidig viser Colton og Pistrang (2004, s. 313-314) at mens diktering og straff medfører motvilje til samarbeid, gir positiv støtte motivasjon. En sykepleier beskriver hvordan hun opplever kvinnes atferd under måltider slik:

Jeg opplever jo ofte rigiditet. At de skal ha det sånn og sånn. De skal spise så og så mye. Ikke spise det. Eller det. Også skal de noen ganger spise på den måten, de kan ofte dele opp skivene i små biter. Noen må spise med bestikk. Både kniv og gaffel. Også ser jeg også ... vi har litt forskjell på glass-størrelsen, og da har vi opplevd at noen legger merke til, hvis de har fått et glass som er litegranne større, at da blir det litt for mye drikke (Sykepleier 5).

Sykepleieren forteller at hun oppfatter de innlagte kvinnene som rigide, og gir konkrete eksempler på hva det kan innebære. For eksempel sier hun at noen av kvinnene er bestemte på å måtte spise med bestikk mens andre vil dele opp brødsnivene i små biter. Videre formidler sykepleieren at kvinnene er opptatt av at de ikke får i seg for mye mat og drikke, og at de blant annet kan reagere på at glasstørrelsen kan variere fordi det da betyr at væskemengden kan variere. Atferden sykepleier 5 beskriver styres ofte av kvinnens angst, som er et gjennomgående trekk ved spiseforstyrrelser (Skårderud, 2017, s. 14; Snell, Crowe og Jordan, 2010, s. 352). Den handler ofte om frykt for karbohydrater og fett, og for det å miste kontroll. Den kan også handle om frykten for å bli voksen som tidligere nevnt, eller en mer generell frykt for forandring (Skårderud, 2017, s. 14; Snell, Crowe og Jordan, 2010, s. 352). Tvangstilstander, herunder tvangstanker og tvangshandlinger, regnes også blant angstlidelsene og preger livet til mange av kvinnene med anoreksidiagnose (Skårderud, 2017, s. 14). Av dette kan man forstå at det er svært sterke følelser i kvinnene som lider, og det er forståelig at de kjemper for å bevare kontrollen over kaloriene og dermed kroppen for å unngå angst. Om spiseforstyrrelsen er sterk og angsten uttalt vil sykepleierne ofte kunne oppleve at kvinnene forsøker ulike strategier for å unngå å spise etter avtale eller drive med kompensatorisk atferd. Eksempelvis kan noen lyve om hva de skal spise eller har spist, gjemme mat eller forsøke å ta mindre mat enn avtalt. Trening på rommet i smug for å kompensere for matinntak er også et velkjent fenomen for de som har arbeidet med mennesker som lever med anoreksidiagnose. Senneset (2007) illustrerer dette på følgende måte:

Triksing med smørpakker, utbytting av skiver, gjemsel-lek med servietter. Det høres ut som jeg spøker, men det er ikke en lek. Jeg er bare så vettskremt av det smøret (s. 182).

Senneset (2017) beskriver hvordan redselen hennes for mat gjør at hun blir svært kreativ for å slippe å spise under måltidene ved en psykiatrisk institusjon. Sykepleierne sitter ved det samme bordet, og min erfaring er at man sitter der med «falkeøyne» for å observere om noen ikke gjør som de skal. Kvinnene blir deretter veiledet om de ikke spiser etter avtale. Denne måten å «passe på» at kvinnene gjør som de skal minner om hvordan foreldre med en mer paternalistisk oppdragerstil passer på og disiplinere barn. Dette understøttes av en studie hvor sykepleieres forståelse av sykepleien til barn og unge med spiseforstyrrelser ble undersøkt.



Der fant man at sykepleierne opplevde at de hadde en slags foreldrerolle som blant annet innebar at de måtte være overvåkende og disiplinerende overfor de unge som var innlagt (Ryan et al., 2006, s. 132). Sykepleierne i min studie arbeider ved en voksenpsykiatrisk institusjon, men jeg mener likevel at det er sannsynlig at tolkningsresultatene kan overføres da flere sykepleiere i studien beskriver mange av de samme fenomenene som bygger oppunder at de opplever å ha en disiplinerende oppdragerrolle. Dette er problematisk på mange plan, blant annet risikerer man å «vinne slaget, men tape krigen» (Skårderud, 2013, s. 184). I dette ligger det at sykepleieren i prinsippet kan utøve så mye makt at slaget vinnes, med vekttoppgang som resultat, men at man samtidig risikerer å tape den virkelige krigen; kampen mot spiseforstyrrelsen.

Disiplinering er ifølge Foucault (referert i Øvre Sørensen, 2018, s. 120) preget av sammenkoblingen av makt og kunnskap, og innebærer en form for kontroll og overvåking lik den flere av sykepleierne beskriver når de forteller om hvordan de setter grenser og opplever oppdragerrollen. Sykepleierne innehar kunnskap om hva de mener er den riktige behandlingen for å bli bedre av spiseforstyrrelsen, noe som «gir» de makten til å fortelle kvinnene eksempelvis hvordan de skal spise til måltidene. I tillegg er det rimelig å anta at samarbeidsavtalen, som gjerne er signert av både kvinnen som lever med anoreksidiagnose og primærsykepleier, har en (selv)disiplinerende funksjon. Den kan blant annet bidra til at kvinnen kan få dårlig samvittighet overfor sykepleierne om de bryter avtalen. I min praksis har jeg flere ganger hørt innlagte kvinner beskrive dette fenomenet, særlig i forbindelse med at de har gått ned i vekt i stedet for opp. De forteller at det blir galt uansett; om de går opp i vekt strammer spiseforstyrrelsen grepet, og om de går ned i vekt føler de at de skuffer sykepleierne. Dette understøttes også av Zugai, Stein-Parbury og Roche (2013, s. 2026), som i sin studie finner at de unge deltagerne uttrykker at de ikke vil skuffe sykepleierne de har en sterk relasjon til.

Dagens praksis slik jeg erfarer det er at sykepleierne fotfølger kvinnene med mest motstand for behandling dersom det er ressurser tilgjengelig. En sykepleier beskriver hvordan hun forstår kvinnens perspektiv slik:

Det er slitsom for dem. Og bare det å måtte sitte i ro i det hele tatt og ikke få lov til å bevege seg ikke sant. De får ikke lov til å gå på toalettet. Det må være gjort før vi spiser. Ehh ... det er klart at hjemme så går jo de tur eller beveger seg ... (Sykepleier 1).

Sykepleieren forteller at kvinnene som lever med anoreksidiagnose synes det er slitsomt å måtte sitte i ro og ikke bevege seg. Videre kommenterer hun at kvinnene ikke får lov til å gå på toalettet etter måltidet, det må gjøres før man spiser. Alt dette i kontrast til hvordan det er for kvinnene å være hjemme, hvor de selv bestemmer hva de skal gjøre når. Sykepleieren bruker ord som «får ikke lov til», noe som fordrer at kvinnene blir bestemt over, slik en forelder har makt til å bestemme over barnet sitt – nok en gang uten sammenlikning for øvrig. Her kan det trekkes en ubehagelig parallell til Foucaults beskrivelser av suverenitet, hvor det ene subjektet hersker over det andre (referert i Neumann, 2003, s. 23-25). Ramjan (2004, s. 499) beskriver hvordan unge kvinner som lever med anoreksidiagnose ser på sykepleierne i avdeling som «autoritære figurer» som politi, militærøffiser og fangevokter. På den ene siden kan det tenkes at denne tilnærmingen kan forsvares, tatt i betraktning at anoreksi er den mest dødelige lidelsen hva psykisk uhelse angår (Skårderud, 2016, s. 178; Skårderud, 2017, s. 8). Tallene i Europa er nedslående også når det gjelder dødsårsaker generelt, anoreksi er den tredje største dødsårsaken for unge kvinner etter ulykker og kreft (Skårderud, 2013, s. 73). Når disse kvinnene innlegges, er derfor ofte det akutte medisinske målet vektøkning. Samtidig kan man ikke se bort ifra hva en slik «symptomatisk» tilnærming kan gjøre med den terapeutiske relasjonen og de viktige endringsprosessene. Forskning viser at for å bidra til endringsprosesser bør den terapeutiske relasjonen mellom sykepleierne og kvinnene være preget av tillitt, empati, aksept, positiv støtte, forpliktende engasjement, varme, ekthet og en ikke-dømmende holdning (George, 1997, s. 899, Hartmann, 2013, s. 32). Når makten er så ujevnt fordelt som den kan synes å være i sitatet over er det grunn til å stille spørsmålsteget ved hvordan kvinnene kan oppleve den terapeutiske relasjonen til sykepleierne, og hva det vil si for kvinnes potensiale for bedring.

#### **4.3.3 Omsorg preget av maternalisme**

Den mor-liknende omsorgen sykepleierne har for kvinnene som lever med anoreksidiagnose var fremtredende i analysen som et undertema til den oppdragende relasjonen. Omsorgen de

opplever og beskriver nyanserer det tidligere gitte bildet på hvordan sykepleierne opplever sin egen rolle i den terapeutiske relasjonen. En sykepleier uttrykker det på denne måten:

... så hun har vi vært veldig bekymret for, om hun i det hele tatt vil overleve. Hun har vært veldig dårlig. Så klart at relasjoner blir litt sånn ... ikke sånn mor-aktig, men du får en litt mer sånn omsorg på en litt annen måte, da. Samtidig som du blir kjempesliten. Ikke sant, hun har jo slitt oss ut. I hvert fall meg (Sykepleier 1).

Sykepleieren forteller om en kvinne som sykepleierne på avdelingen har vært veldig bekymret for om ville overleve. Hun forsøker videre å beskrive at omsorgen og relasjonen i slike tilfeller skiller seg fra andre relasjoner med kvinner som lever med anoreksidiagnose, på grunn av alvorlighetsgraden. Hun avslutter med å fortelle at hun selv, og muligens andre sykepleiere ved avdelingen, ble helt utslitt av relasjonen med denne kvinnen. Slik jeg forstår sykepleieren opplevde hun å ha en omsorg for kvinnen som går ut over den typiske omsorgen samfunnet forventer av en profesjonell sykepleier. Hun beskriver relasjonen som «ikke sånn mor-aktig», men sier hun får en omsorg på en «litt annen måte». Min antagelse er at sykepleieren vil unngå å beskrive sin egen rolle i moderlige termer da det kan anses som lite profesjonelt, men at omsorgsrollen hun opplever å ha likevel slekter på morsrollen. Dette baserer jeg på hva øvrige sykepleiere har fortalt under intervjuene, samt egne erfaringer. Tilsvarende funn er gjort av Zugai, Stein-Parbury og Roche (2018) og Wrights (2015), hvor det påpekes at både kvinner med anoreksidiagnose og helsearbeidere ved psykiatriske institusjoner opplever at helsearbeiderne innehar en maternalistisk rolle. Wright (2015, s. 438) viser også at noen av kvinnene som lever med anoreksidiagnose målrettet søker etter en slags morsfigur, og at sykepleierne er bevisste på verdien av å imøtekomme dette behovet. Sykepleier 1 sier videre at hun ble kjempesliten av denne relasjonen, hun karakteriserte seg som helt utslitt. Slik jeg forstår sykepleieren har hun hatt et autentisk engasjement for denne kvinnen, og muligens har hun gått utover de såkalte profesjonelle grensene ved å ha en slags moderlig rolle for å imøtekomme kvinnes behov. Topor (2014a, s.63) hevder at nettopp det å gå utover de profesjonelle rammene er noe av det som brukerrepresentanter for psykisk helsevern rapporterer at er til hjelp ved bedringsprosesser. Det kan altså argumenteres for at denne moderlige omsorgen sykepleierne opplever kan forsvares faglig sett, og at den ikke uten videre kan defineres som lite profesjonell.

Flere sykepleiere understøtter at kvinnene søker etter maternalistisk omsorg. En sykepleier deler sine tanker om hvordan hun opplever relasjonen til kvinnene med anoreksidiagnose slik:

Jeg er godt voksen og har jo barn som er på deres alder. Og mange av de har også en sønn ... eller har noen trekk da, avhengighet kanskje, hvor de kan gå inn i en rolle hvor ... som ubevisst skal vekke morsfølelse, noen som skal ta vare på dem (Sykepleier 3).

Sykepleieren starter sitatet med å si at hun rent aldersmessig kunne vært kvinnenes mor. Deretter beskriver hun at kvinnene har trekk som gjør at de appellerer til morsfølelsen til sykepleierne. Omsorg er en fremtredende og essensiell del av den tradisjonelle oppdragende relasjonen så vel som den er i sykepleien, og samtlige av sykepleierne i denne studien er kvinner. Mulig har det en innflytelse på hvordan de opplever at relasjonen til særlig unge kvinner som lever med en anoreksidiagnose er av en oppdragende og maternalistisk karakter. Omsorgsrollen likner videre på morsrollen ved at det skal være ubetinget omsorg sykepleierne yter (Vatne, 2006, s. 48; Wright, 2015, s. 436). Det vil for eksempel være en forventning om at sykepleierens omsorg er uavhengig av om kvinnen følger kostlisten. Omsorgsrollen er videre knyttet opp mot å ivareta grunnleggende behov som behovet for balanse mellom aktivitet og hvile, mat og drikke, tilfredsstillende psykososiale behov, skape sikkerhet og trygghet samt opprettholde normalitet (Vatne, 2006, s. 49). En av sykepleierne beskriver hvordan sykepleierne forsøker å bidra til at kvinnenes behov for mat dekkes:

Altså, vi poengterer jo at «den kostlisten er nødvendig, den er laget spesielt til deg. Og den skal ... det er nødvendig for deg, du trenger den. Det er viktig for din helse. Det trenger du og det må du ha» Noen har vi jo sånn forsamtale med også før måltidene, hvor det poengteres, da (Sykepleier 5).

Sykepleier 5 forteller hvordan sykepleierne minner kvinnene på hvorfor de må spise, hvorfor de trenger mat. Noen ganger tas praten i tillegg før måltidet, for å motivere til gjennomføring. Det er rimelig å anta at det å forklare en voksen kvinne at mat er viktig for helsen kan bidra til at sykepleierne opplever at deres rolle i den terapeutiske relasjonen er av en oppdragende karakter. Deltagerne i Wrights studie (2015, s. 436) oppga at de opplevde å føle at de hadde en «traditional mothering role» når det kom til næring og omsorg til kvinnene som lever med

anoreksidiagnose. De så videre også likheten mellom sykepleierollen og forelderrollen når det kom til andre oppgaver som å skape et hjemlig miljø i avdelingen og gi ikke-dømmende støtte. Wright (2015, s. 437) finner dessuten at maternalist-preget omsorg er en gunstig brobygger for å skape en terapeutisk relasjon, og at tilnærmingen kan være nyttig, gitt at den er midlertidig og ment for fremme modning og uavhengighet. Sett sammen med de øvrige undertemaene kan man undre seg over hvordan maktbalansen beveger seg ved en omsorg preget av maternalisme. Mulig er omsorgen så autentisk og preget av empati, tillitt og en ikke-dømmende holdning at makten i noen grad jevnes ut. I motsatt fall vil sykepleiernes makt øke ytterligere, og kvinnenes opplevelse av avmakt vil kunne bli sterkere (Wright 2015 s. 432). Min antagelse er at de fleste sykepleiere som arbeider ved psykiatriske institusjoner hvor kvinner som lever med anoreksidiagnose er innlagt har erfart mor-liknende omsorg. Enten ved at de har ytt slik omsorg selv, eller ved at de har erfart at noen av kvinnene med anoreksidiagnose har gitt uttrykk for at de har behov for omsorg preget av maternalisme.

Sykepleierne i denne studien forteller om en opplevelse av at den terapeutiske relasjonen de har med kvinner som lever med anoreksidiagnose har en oppdragende karakter, og hva som ligger til grunn for denne opplevelsen. Sammen med «mat og makt» belyser «umodenhet» og «omsorg preget av maternalisme» viktige aspekter ved sykepleiernes opplevelse av den terapeutiske relasjonen. Videre i analysen skal jeg se nærmere på distansen og nærheten som sykepleierne gir uttrykk for at de opplever i den terapeutiske relasjonen med kvinner som lever med anoreksidiagnose innlagt i en psykiatrisk institusjon.

#### **4.4 Distanse og nærhet i den terapeutiske relasjonen**

Hovedtemaene «opplevelse av maktesløshet» og «den oppdragende relasjonen» har så langt blitt belyst og drøftet. Gjennom analysearbeidet ble ytterligere ett hovedtema identifisert; distanse og nærhet. Dette er noe som ofte kjennetegner relasjonen mellom sykepleiere og kvinner som lever med anoreksidiagnose. Det siste hovedtemaet inneholder tre undertemaer; 1) Å bli ført bak lyset 2) opplevelse av avvisning og 3) nærhet gjennom samvær. Elementer fra de to tidligere hovedtemaene vil også knyttes opp mot dette avsluttende hovedtemaet, da de i stor grad danner grunnlaget for distansen og nærheten som oppleves i relasjonene.

#### 4.4.1 Å bli ført bak lyset

Flere av sykepleierne bruker uttrykk som at de blir «manipulert» og «lurt» av de innlagte kvinnene. Samtlige sykepleiere beskriver kvinnene som uærlige. Dette er faktorer det er nærliggende å tenke at skaper distanse i den terapeutiske relasjonen. En sykepleier beskriver sin opplevelse av relasjonen slik:

Du kan få litt denne borderline-atferden. Så det ... Klart det er utfordrende den «katt og mus» og du vet aldri hvor de er. De lurte deg hele tiden, og du må være på vakt hele tiden ... og ... så det er vanskelig å få en sånn ... man får gode relasjoner, men jeg synes det er vanskelig å få veldig nære relasjoner til de på en måte (Sykepleier 1).

Sykepleier 1 forteller at kvinnene kan få litt av den samme atferden hun mener mennesker med diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse kan ha. Ifølge ICD-10 F60.31 er det karakteristisk for mennesker som lever med denne diagnosen å blant annet oppleve ustabilitet i følelser, selvilde og relasjoner i tillegg til impulsivitet som kan føre til konflikter med andre, lav toleranse for frustrasjon og sinneutbrudd (Ryum, 2016, s. 247). Videre oppgir sykepleieren at hun synes det er utfordrende å stå i fare for å bli lurt hele tiden, og at hun kontinuerlig må være på vakt for at dette ikke skal skje. Sykepleier 1 avslutter med å si at hun synes det er vanskelig å få nære relasjoner til kvinnene, selv om hun synes relasjonene kan være gode. Ved at sykepleieren påpeker at kvinnene kan ha «litt denne borderline-atferden» kan hun tolkes dithen at hun mener kvinnene har en atferd som likner den atferden som mennesker med denne diagnosen angivelig har. Det er grunn til å stille spørsmålstegn ved å tillegge mennesker egenskaper uten å ta innover seg det relasjonelle aspektet i vår væren. Ingen mennesker er statiske, hverken i egenskaper eller atferd, vi påvirker og former hverandre gjensidig og kontinuerlig (Cherkasskaya og Watchel, 2013, s. 71). Topor (2014b, s. 103) støtter dette synet når han beskriver hvordan mennesker blir formet gjennom hvordan andre definerer oss. Sagt med andre ord kan sykepleiernes syn på kvinner som lever med anoreksidiagnose, og hvordan dette kommer til uttrykk i relasjonen sammen med dem, være med på å bestemme kvinnenens måte å være på. En sykepleier beskriver kvinnenens væremåte slik:

Eller de kan være ... til tider manipulerende, da. Det er ikke lett å komme i en god relasjon med dem (Sykepleier 6).

Sykepleier 6 forteller at hun opplever at det er vanskelig å få en god relasjon med kvinnene, fordi de kan være manipulerende. Når sykepleierne forventer at kvinnenes væremåte har et negativt fortegn (her: manipulerende), kan forventningen bidra til ustabilitet i både selvbilde og følelser, noe som igjen kan gi seg utslag i en relasjon preget av distanse. Om sykepleierne har negative holdninger er det disse «brillene» de ser og tolker kvinnene gjennom. Dette vil prege måten de er i relasjon med kvinnene på, og det kan også skape det Cherkasskaya og Watchel, (2013, s. 70-71) beskriver som «feedback-loops». Det vil si at sykepleierne kan bidra til opprettholdelse av destruktive mønstre i kvinnenes liv fordi mennesker påvirker hverandre gjensidig i relasjonen. Dette vil blant annet kunne resultere i opprettholdelse av destruktiv atferd. Fenomenet har imidlertid også potensiale for endring i mønstre; om sykepleierne er preget av å være fordomsfrie, støttende og empatiske vil de kunne bidra til virksomme endringsprosesser gjennom den terapeutiske relasjonen.

Videre er det rimelig å anta at sykepleier 1, med sin beskrivelse av «borderline-atferd», legger en medisinsk forståelse til grunn for sitt syn. Det er mulig at hun preges av frisk/syk-tenkning som kan bidra til å skape distanse i relasjonen. Dette perspektivet er ofte kritisert for å redusere mennesket til et «sykt objekt», og kan blant annet medføre at sykepleierne påtar seg en rolle hvor de kommuniserer at de skal hjelpe kvinnene som lever med anoreksidiagnose til å bli «friske» (Del Busso, 2014, s. 58). Det ekstremt kroppslige uttrykket disse kvinnenes lidelse har vil også kunne bidra i denne retningen. Mens en depresjon kan være vanskelig for andre å se er den avmagrede kroppen til kvinner med anoreksidiagnose synlig. Muligheten for å bli redusert fra å være en «hel person» til en diagnose, et objekt, er muligens derfor større hos dem enn ved andre psykiatriske lidelser. Dette i kontrast til psykososial teori som fordrer at sykepleieren tenker helhetlig i møte med kvinnene, og ser at kvinnene strever i kontekst av sine relasjoner og livsopplevelser (Del Busso, 2014, s. 58). Kvinnenes overopptatthet av mat, vekt og kropp kan likevel ikke ses bort i fra, og slik helsevesenet fungerer i dag er såkalte symptomer og diagnoser inngangsbilletten til hjelpeapparatet (Borg og Topor, 2014, s. 27). Det er likevel hva kvinnene sier om sine livsopplevelser som bør danne grunnlaget for samværet med sykepleierne, ikke sykepleiernes redefinerte antagelser om «forstyrrelser» som «borderline-aktig» atferd (Del Busso, 2014, s. 58-59).

Sykepleier 1 sier videre at hun må være på vakt hele tiden, hvis ikke blir hun lurt. Tillit er fundamentalt i alle terapeutiske relasjoner, og avgjørende for modning og vekst (Hummelvoll, 2012, s. 91). Opplevelsen av at kvinnene som lever med anoreksidiagnose er uærlige er ikke unikt for sykepleier 1. Samtlige sykepleiere uttrykker det samme, men i ulike ordelag. En sykepleier forklarer sin opplevelse av hva som kan vanskeliggjøre en god relasjon slik:

Hvis det er noe de er uærlige om, som det er vanskelig å få tak i, så kan det bli helt umulig synes jeg. For eksempel bruker noen noen former for rusmidler i tillegg, uten å være ærlig på det. Det vil jo påvirke. At de egentlig ikke ønsker å være her for sin egen del. Motarbeide behandling, men sier de vil ha behandling (Sykepleier 4).

Sykepleier 4 gir eksempler på utfordringer for en god relasjon. Hun uttrykker at hun synes det kan være vanskelig å få en god relasjon til kvinnene som lever med anoreksidiagnose hvis de er uærlige. Hun bruker utfordringer med rusmidler som eksempel, og sier dette vil påvirke relasjonen. Videre sier hun at når kvinnene er innlagte uten å egentlig å ville det, og har stor motstand til endringsarbeid, er dette særlig problematisk når de tillegg er uærlige om det og hevder at de vil ha behandling. Sykepleier 4 belyser noen av de samme utfordringene vedrørende kvinner som egentlig ikke selv ønsker å være innlagt, som er drøftet tidligere under undertemaet «umodenhet». Iblant kan sykepleiere i avdelinger hvor kvinner med anoreksidiagnose er innlagt erfare at kvinnene har ulik motivasjon for innleggelsen. Jeg har erfaring med at mens noen kvinner føler seg presset av pårørende, velger andre innleggelse eksempelvis fordi det er for konfliktfylt hjemme eller fordi det kan gi økonomiske gevinster i form av ytelser fra NAV. Ifølge Wright (2012, s. 113) tar noen imot innleggelse for å få et pusterom fra en strevsom hverdag, ikke for å påbegynne arbeidet med endring. Da er de gjerne ikke klare til å ta opp kampen mot spiseforstyrrelsen, og det kan oppleves svært vanskelig for kvinnene å skulle følge regler og rutiner for mat, aktivitet og hvile. Videre bruker sykepleieren uttrykket «motarbeide behandling», noe som antyder en annen virkelighet enn at det kun dreier seg om at kvinnene selv ikke ønsker innleggelse. Å motarbeide innebærer ikke bare at man ikke ønsker noe, men at man går aktivt inn for å *hindre* eller *kjempe mot* miljøterapien (Universitetet i Bergen og Språkrådet, 2018). Dette kan gi mening i denne konteksten. Om en kvinne som lever med anoreksidiagnose ikke er innlagt fordi hun er klar for å arbeide med endring så vil hun sannsynligvis heller ikke være villig til å gi slipp på kontrollen. Hun må derfor «late som», ellers kan hun bli utskrevet jamfør samarbeidsavtalen



som blir inngått ved innleggelse. Senneset (2017) beskriver også denne virkeligheten på følgende måte:

Jeg klarte aldri vektkravet på mandag. Jeg løy. Jeg drakk to liter vann rett før jeg skulle opp på den store grå. Drakk for å nå opp til grensen for ikke å bli kastet ut (s. 196).

Senneset (2017) beskriver hvordan hun har lurt personalet ved å drikke vann før veiing, og bekrefter gjentatte ganger hvordan hun lurer personalet i boken sin. Det hun imidlertid ikke bekrefter er årsakssammenhengene beskrevet i forrige avsnitt. Hun bekrefter ikke hverken økonomiske motiver, behov for pusterom eller press fra pårørende, hun beskriver ambivalens. I hennes biografi er det gjennomgående kampen i henne selv, mot spiseforstyrrelsen, som er bakgrunnen for hennes uærlighet. Det er sannsynlig at begge virkeligheter kan være riktige. Noen kvinner er uærlige fordi de har andre agendaer med innleggelsen enn å gå opp i vekt, mens andre preges av ambivalens som vanskeliggjør å følge reglene som medfører vektoppgang. Det essensielle her er at sykepleierne bør arbeide for en virksom terapeutisk relasjon, uansett hvilken agenda kvinnene i utgangspunktet har for innleggelsen. Det er sykepleieren som er den ansvarlige for å etablere en trygg relasjon, uansett om kvinnene mangler engasjement eller fremgang. Kvinnene trenger at sykepleierne bevarer håpet og troen på at det nytter å kjempe mot spiseforstyrrelsen (Benum, 2013, s. 85). I beste fall kan kanskje distansen i relasjonen endres til nærhet, og lage rom for et begynnende endringsarbeid.

Det er rimelig å anta at om sykepleierne forstår det slik at kvinnene saboterer miljøterapien, kan dette fremkalle negative følelser som irritasjon eller frustrasjon hos sykepleierne. Funn fra studier understøtter at sykepleiere opplever innlagte unge og voksne kvinner som lever med anoreksidiagnose som svikfulle og uærlige (King og Turner, 2000, s. 142; Ramjan, 2004, s. 499). En sykepleier beskriver mistilliten som skaper avstand i relasjonen slik:

Og det er kanskje det som er vanskeligst, for at ... eller at det blir en god relasjon ... fordi at det der med at du føler at du blir manipulert, liksom. Det gjør noe med deg. Å tenke at du skal jobbe videre med relasjonen hele tiden da, det kan være vanskelig. [...] Du kan bli litt sånn ... ja, ikke sint, men irritert ... at det trigger en del i deg liksom. Det trigger mye følelser i deg når du jobber med dem (Sykepleier 6).

Sykepleieren forteller at det hun synes er mest utfordrende med å skulle skape en god relasjon med kvinnene er at hun føler hun blir manipulert. Videre sier hun at hun blir irritert av det, og at det trigger mye følelser i henne. Mens Rør (2009, s. 30) påpeker at kvinnenes atferd bør ses som et budskap om hjelpeløshet og krise, kan sykepleieren tolkes dit hen at hun forstår det som at atferden nærmest er rettet mot henne personlig. De følelsesmessige reaksjonene kan tyde på at sykepleieren har utfordringer med være refleksiv slik at hun blir utsatt for motoverføringer hun ikke er klar over. Med refleksivitet menes her sykepleierens evne til å ha oversikt over opplevelser i eget selv samtidig som hun avgrenser disse opplevelsene fra andres – selvavgrensing (Schibbye, 2017, s. 84). Motoverføring er et komplisert begrep, men en vid definisjon av fenomenet er «the feelings and emotional reactions evoked in the therapist during the therapeutic interaction with the patient» (Abend, 1989; Slakter 1987 sitert i Franko og Rolfe, 1996, s. 108). Schibbye (2017, s. 287) beskriver motoverføringsbegrepet som en svekket og utydelig selvavgrensing/selvrefleksivitet. Sykepleier 6 sitt utsagn om vanskeligheter med å jobbe med relasjonen fordi «det trigger mye følelser» i henne kan således bety at hun ikke identifiserer motoverføringen. Det kan se ut til at sykepleieren har en opplevelse av at hennes egne negative følelser kommer fra egenskaper i kvinnene, i stedet for å identifisere de som sine egne følelser. I tillegg til at samtlige av sykepleierne forteller om negative følelser beskriver flere av sykepleierne kvinnene som tilbaketrukne. En sykepleier beskriver kvinnene hun arbeider med slik:

Men nå skal jo det sies at dette her det er jo også jenter som ikke sier så mye. Som ikke hevder seg så mye og sånn ... og svelger i seg litt. Skjønner du? (Sykepleier 2).

Sykepleieren har en forståelse av at kvinner som lever med anoreksidiagnose er kvinner som ikke er selvhevdende eller sier mye. Sykepleieren erkjenner at kvinnene nok har meninger, men at de ytrer seg mindre enn andre. Kvinnene mangler ofte et verbalt språk for å beskrive for eksempel følelser, hevder Skårderud (2017, s. 24) og Rør (2009, s. 30). Dette kan bidra til at kvinnene trekker seg tilbake, noe sykepleierne kan oppleve som at det er vanskelig å etablere en terapeutisk relasjon med dem. Dette kan i noen grad forklare distansen i relasjonen som sykepleierne beskriver. Det kan imidlertid tenkes at det kan åpne seg muligheter for at sykepleierne kan få innsikt i hvordan kvinnene som lever med anoreksidiagnose har det gjennom å forstå motoverføringen, ifølge Magagna (2000, s. 232). Gjennom å forstå mekanismene i motoverføring kan sykepleierne få økt forutsetning for å skape terapeutiske

relasjoner. Slik jeg forstår Magagna (2000) bør sykepleierne være åpne for å utforske følelser de selv kjenner på i møtet med kvinnene, fordi det kan fortelle noe om kvinnenes levde liv og behov. Eksempelvis kan sykepleierens opplevelse av at noen av kvinnene appellerer til morsfølelsen, gi en indikasjon på at de aktuelle kvinnene har et økt behov for mor-liknende omsorg. Man kan få en innsikt i et ellers taust landskap. Dette perspektivet bidrar til å bekrefte viktigheten av at sykepleierne har evne til å være selvrefleksive, i motsatt fall vil de kunne oppleve å eksempelvis føle seg manipulert uten at det fører noe produktivt med seg. Uten å få økt forståelse for kvinnes erfaringer og behov. Flere studier peker nettopp på at sykepleiere og andre terapeuter tolker kvinnene slik at de selv opplever å føle seg manipulert (King og Turner, 2000, s. 142; Ramjan, 2004, s. 499; Wright og Hacking, 2012, s. 113). Studier hevder dessuten at terapeuter som arbeider med mennesker som lever med anoreksidiagnose er mer utsatt for motoverføringer og opplever mer intense negative følelser enn terapeuter som arbeider med andre «pasient»grupper (Brotman, Stern og Herzog, 1984, s. 71-72; Franko og Rolfe, 1996, s. 113). Franko og Rolfe (1996, s. 113-114) viser i tillegg til at mindre erfarne terapeuter har en økt opplevelse av å føle seg manipulert, frustrert og hjelpeløs enn mer erfarne terapeuter. Dette sammenfaller med funnene i denne studien. Her fremkommer det at sykepleierne på spesialenhet (sykepleier 3,4,5) i mindre grad beskriver opplevelser av å føle seg lurt/manipulert enn sykepleierne ved de allmennpsykiatriske akuttavdelingene. I tillegg kom det frem i studien at mens sykepleierne på spesialenheten hadde ukentlige veiledninger hadde enkelte av sykepleierne ved de allmennpsykiatriske postene sjeldent eller aldri veiledning. Sykepleierne ved spesialenheten hadde også mer kompetanse på fagområdet enn de øvrige sykepleierne. Det er rimelig å anta at kombinasjonen av manglende veiledning og lite erfaring med relasjonsarbeid med kvinner som lever med anoreksidiagnose kan ha uheldige konsekvenser både for sykepleierne og kvinnene.

#### **4.4.2 Opplevelse av avvisning**

Flere av sykepleierne beskriver en opplevelse av å bli avvist av kvinnene som lever med anoreksidiagnose, men skildrer det forskjellig og med ulike årsaksforhold. Felles er opplevelsen av at avvisningen innebærer at det er vanskelig å «nå inn» til den andre, og at det oppleves som en distanse i relasjonen. En sykepleier formidler sin opplevelse av samværet med kvinnene slik:

For at når de sitter i en hviletid. Så sitter de, ja de vi har nå da, de har sånn hettegenser og sitter og ser ned på telefonene sine, ikke sant. De er jo ikke veldig sosiale. Prøver å få de til å spille spill eller å tegne mandalaer ... eller fargelegge, ikke sant. For å få til litt sånne ting, men de er ikke så interessert i det. Så det ... det er sånn merkbart i forhold til de andre pasientene som bare dumper ned i sofaen og skravler i vei, og reiser seg og går igjen, ikke sant. De er jo ikke der i det hele tatt, de spisejentene (Sykepleier 1).

Sykepleieren forteller at hun ikke opplever kvinnene særlig sosiale, hun beskriver at de gjemmer seg bort under hettegenseren for så å fokusere på telefonen. Hun sier videre at hun forsøker å gjøre ting sammen med dem, som å spille spill, men at de ikke er så interessert. Til slutt sammenlikner hun kvinnene med andre innlagte på akutteneheten, hvorpå de andre gjerne setter seg ned og er sosiale, mens kvinnene som lever med anoreksidiagnose ofte er tause. Det at mange av kvinnene med anoreksidiagnose tilsynelatende ikke er interessert i sosialt samspill kan handle om en rekke ting. Eksempelvis kan det være en konsekvens av samspillet som tidligere er drøftet under «mat og makt» (s.54). Gitt at kvinnene opplever en kamp om kontroll med sykepleiere som er preget av en paternalistisk holdning, er det rimelig at dette fører til avvisning og distanse i relasjonen. De sterke negative følelsene sykepleierne forteller at de opplever likeså, de kan skape avstand da det er sannsynlig at kvinnene erfarer dette i relasjonen. På en annen side hevder Skårderud at kvinnens nei til mat også medfører et nei til relasjoner (2013, s. 42). På den måten legger han mye av ansvaret på kvinnene selv, slik jeg forstår det. Skårderud (2013, s. 42) formidler videre at mennesker med anoreksidiagnose ofte lukker seg inne i seg selv, og slipper få inn. «Det er som om hun gjør sin kropp til et lite bur», skriver han (2013, s. 42). Fairburn og Harrison (2003, s. 407) påpeker det samme. De hevder at ettersom kvinnene blir undervektige avtar interessen for omverdenen, og de fleste trekker seg tilbake og isolerer seg. Disse beskrivelsene representerer en virkelighet jeg tror mange sykepleiere kjenner igjen. Røer (2009) beskriver fenomenet på en annen måte. Hun hevder at mennesker med anoreksidiagnose ofte isolerer seg og avviser hjelp fra andre fordi de føler at ikke klarer å formidle den subjektive tilstanden deres til omverdenen. Dermed forsøker de heller å skjule den ved å skape avstand til andre (Røer, 2009, s. 26-27). En annen sykepleier uttrykker sine tanker rundt distansen i relasjonene med kvinnene slik:

Jeg føler jo omsorg for alle, men kanskje mer for de som uttrykker at de er veldig sårbare [...] Her kommer jo litt den ambivalensen også, du vil gi omsorg, også ser du

at det ikke går. At det stopper litt, på en måte. De vil ikke ta imot, kanskje. Jeg ser jo at noen vil jo ta imot mer enn andre (sykepleier 5).

Sykepleieren uttrykker at hun nok føler mest omsorg for de kvinnene som viser at de er veldig sårbare, selv om hun føler omsorg for alle. Hun sier videre at hun opplever at kvinnes ambivalens gjør at noen av dem ikke klarer å ta imot omsorgen, slik jeg forstår det. Avvisning er snarere regelen enn unntaket, hevder Skårderud (2013, s. 99). Mulig har avvisningen sitt utspring i kvinnes ambivalens slik Sykepleier 5 nevner. Ambivalens er som tidligere nevnt en fremtredende følelse hos mange med spiseforstyrrelser (Skårderud, 2016, s. 182). Det kan tenkes at en god relasjon med sykepleierne kan oppleves som en trussel mot spiseforstyrrelsen, at risikoen for vektøkning øker i takt med nærhet i relasjonen. Det er videre nærliggende å tenke at det vil oppstå en nærmest uutholdelig dissonans i kvinnes indre om de skal forsøke å være i en nær relasjon med sykepleiere samtidig som spiseforstyrrelsen «tvinger» de til uærlige strategier for å unngå vektøkning. Sykepleierne, på sin side, opplever å ikke nå frem med sin omsorg. Avvisning kan være vanskelig å håndtere, også som profesjonell yrkesutøver. Dette understreker igjen behovet for veiledning og refleksjon rundt egen yrkesrolle og utfordringer som oppstår i arbeidshverdagen. Sykepleierens opplevelser av både avvisning og andre negative følelser fordrer ventileringsmuligheter og veiledning, i motsatt fall kan det skape konsekvenser for den terapeutiske relasjonen med kvinnene som lever med anoreksidiagnose. Det kan for eksempel tenkes at sykepleierne kan agere på bakgrunn av negative opplevde emosjoner (Franko og Rolfe, 1996, s. 114) og svare kvinnene med avvisende atferd eller andre negative sanksjoner.

Mens det kan synes som at sykepleierne i de to foregående sitatene plasserer ansvaret for distansen i relasjonen hos kvinnene med anoreksidiagnose, ser denne sykepleieren annerledes på det:

Men det er nok fare for ... i en travel hverdag, at vi lettere aksepterer den snill-pike-avvisningen. Ja. Fordi den gir oss færre utfordringer (Sykepleier 7).

Sykepleieren forteller at hun og kollegaene nok godtar avvisning som hun kaller «snill-pike-avvisning» i en travel hverdag. Sykepleieren erkjenner at hun selv også lar seg avvise av de

kvinnene hun kategoriserer som «snill-pike» da hun bruker «vi» i beskrivelsen. Slik jeg forstår begrepet «snill-pike» i denne sammenhengen er det snakk om de mer tilbaketrukne kvinnene som også sykepleier 2 refererer til som lite selvhevdende tidligere i analysen (s. 66). Det er rimelig å anta at denne beskrivelsen stemmer på en betydelig andel av kvinnene da usikker eller lav selvfølelse anses å være et fellestrekk hos mennesker som lever med spiseforstyrrelser (Fairburn og Harrison, 2003, s. 419; George, 1997, s. 901; Lask, 2000, s. 66; Røer, 2009, s. 118; Skårderud, 2016, s. 187). Lav selvfølelse er videre knyttet til følelsen av skam, som følgelig også er et sentralt element hos kvinner som lever med anoreksidiagnose (Skårderud, 2017, s. 22). Med dette tegner det seg et bilde av sårbare kvinner som opplever avmakt. Avvisningen som «godtas» kan definitivt ses på som et svik ovenfor kvinnene som lever med anoreksidiagnose. Dette understøttes av Skatvedt og Andvig (2014) som i sin studie finner at brukerne etterspør hjelpere som ser dem, og som ikke gir opp ved første uttrykk for motvilje. Sykepleierne bør bruke omsorg og vennligsinnet pågåenhet, også når kvinnene tilsynelatende avviser dem (Skatvedt og Andvig, 2014, s. 67-69). Skatvedts og Andvigs studie (2014) omhandler eldre med psykiske helseutfordringer og deres pårørende, men funnene er etter min mening likevel relevante i denne studien.

#### **4.4.3 Nærhet i samværet**

Store deler av analysen handler om følelser og opplevelser som kan relateres til en relasjonell avstand. De fleste sykepleierne uttrykker imidlertid også nærhet i samværet, særlig i form av at de beskriver å komme «tett på» de innlagte kvinnene som lever med anoreksidiagnose. En sykepleier beskriver arbeidsdagen sin på denne måten:

Måltidene tar veldig stor plass av arbeidsdagen [...] En halvtime hviletid etterpå, og en halvtime oppfølgingstid. Vi har grupper flere dager i uken på døgn. Hvor personalet er med på å drive de. Og det er før helg-gruppe på fredager, etter helg-gruppe på mandag. Vi har avspenningsgrupper, en halvtime, som er på slutten av dagen, to eller tre dager i uken. Det er psykoedukasjonsgruppe hver onsdag hvor vi tar opp aktuelle temaer som er relatert til spiseforstyrrelser. Og kreativ gruppe har vi et eget rom til, hvor de sitter en dag i uken (Sykepleier 3).

Sykepleieren forteller at mye av tiden brukes rundt måltidene, og at sykepleierne er sammen med kvinnene en time etter hvert måltid. I tillegg sier hun at sykepleierne deltar på 6-7

grupper sammen med kvinnene i løpet av en uke. Av erfaring vet jeg at det settes av en halv time til hvert måltid, dette er i tråd med blant annet Skårderuds anbefalinger (2013, s. 185). Det vil si at minimum fire ganger i døgnet tilbringer sykepleiere og de innlagte kvinnene med anoreksidiagnose på denne spesialenheten en og en halv time sammen. Dette skiller miljøterapi for mennesker som lever med anoreksidiagnose fra annen miljøterapi. I tillegg kommer eksempelvis ulike grupper, individuelle samtaler, samvær i fellesarealer som stua, og praktiske gjøremål som handling i forbindelse med helgepermisjoner. Oppsummert kan man si at sykepleiere og kvinnene med anoreksidiagnose har mye samvær. Så mye tid sammen gir potensiale for nærhet og gode terapeutiske relasjoner. Til tross for de mange relasjonelle utfordringene som er blitt belyst og drøftet tidligere i masteroppgaven beskriver flere av sykepleierne at de opplever en spesiell nærhet i relasjonen med kvinnene med anoreksidiagnose. En sykepleier uttrykker sin opplevelse slik:

Vi er sammen om å motarbeide sykdommen. Ja, jeg bruker faktisk det begrepet også. «Jeg er på parti med deg, for at du skal komme videre, for at du skal overleve ... for at du skal få frem det beste i deg.» Ja. Det kan jeg også si veldig direkte. Men da har vi fått en connection, da har vi fått en kontakt (Sykepleier 7).

Sykepleieren formidler at når hun har fått en nærhet, en «connection», med kvinnene, oppleves det som at hun og kvinnene med anoreksidiagnose er på samme lag, mot spiseforstyrrelsen. Sykepleieren forteller kvinnene at hun ønsker at de skal utnytte sitt potensiale og bruke det for overlevelse og endring. Denne måten å «stå sammen på, å gå side om side» beskrives som «walking alongside» av Ness, Borg, Semb, og Karlsson (2014) slik jeg forstår det. «Walking alongside» innebærer at sykepleierne er genuint interessert i kvinnes livssituasjon, håp og drømmer (Ness, Borg, Semb, og Karlsson, 2014, s. 3), og at de derfor ser personen bak anoreksidiagnosen. Ved at sykepleierne har et slikt ekte engasjement for kvinnene de møter dannes grobunn for god samarbeidspraksis hvor partene er likeverdige og arbeider sammen for å finne veier som kan føre til endring (Anderson, 2012, s. 139). En slik tilnærming sammenfaller i stor grad med personsentrert omsorg, som er definert av McCormack og McCance (2017) i kunnskapsgrunnet (s. 21). Personsentrert omsorg vektlegger verdien av en tilnærming hvor sykepleierens respekt for kvinnes «hele person» og deres rett til selvbestemmelse er vesentlig. Videre handler det om at gjensidig respekt og forståelse er grunnleggende for å få til en samarbeidende praksis mellom sykepleierne og kvinnene.

Sykepleier 7 sitt sitat forteller om en tilnærming hvor sykepleieren står *sammen* med kvinnene som lever med anoreksidiagnose for at de skal få frem det beste i seg, og utnytte sine egne unike styrker for å kunne oppnå bedring. Dette fordrer blant annet at kvinnene blir trygge på at sykepleierne er der *med* dem, at de tør å være nære, og se dem som «hele personer». For å skape en terapeutisk relasjon preget av denne gjensidigheten er det nærliggende å tenke at sykepleierne bør legge den tradisjonelle ekspert-rollen sin til side. På denne måten kan sykepleierne og kvinnene sammen bringe sin ekspertise inn i relasjonen slik at kvinnes egne behov og mål kan komme frem (Ness, Borg, Semb, og Karlsson, 2014, s. 2). Slik kan sykepleierne og kvinnene heller være nysgjerrige sammen, og på den måten skape ny forståelse av kvinnes livsverden og muligheter (Anderson, 2012, s. 138). Som tidligere illustrert beskrives uærlighet som en utfordring av samtlige sykepleiere i denne studien. Tillit er en av de avgjørende faktorene for å kunne danne en terapeutisk relasjon (Hummelvoll, 2012, s. 91). For at kvinnene skal tørre å gi slipp på kontrollen de kjemper så hardt for å beholde er det nødvendig at de tør å stole på sykepleierne. Gitt at sykepleierne har en personsentrert tilnærming hvor de er dyktige på å skape rom for nærhet, samt å se hver enkelt person bak diagnosen, er det større mulighet for at gjensidig tillit skal kunne skapes. Gjennom dette vil også mulighetene for en terapeutisk relasjon som kan bidra til endring også øke.

Viktigheten av nærhet i menneskemøtet blir illustrert av en sykepleier:

Jeg synes det gir meg veldig mye. Å kunne komme så nær andre mennesker. Som er sårbare og .... Som lever på grensen ... ja, de er jo syke og ... det gir meg mye, jeg synes jeg har lært mye om følelser også (Sykepleier 5).

Sykepleieren forteller at det å komme så nær de sårbare kvinnene som lever på grensen mellom liv og død gir henne mye. Hun uttrykker videre at hun har lært mye om følelser gjennom relasjonen med kvinnene. Denne opplevelsen av nærhet som sykepleieren beskriver står i kontrast til den relasjonelle distansen som er presentert i store deler av studien. Det kan antas at sykepleier 5 opplever en større grad av nærhet enn flere av de andre sykepleierne i studien da de øvrige sykepleierne fortrinnsvis beskriver følelser og opplevelser som vitner om mer distanserte relasjonelle opplevelser. Materialet til denne studien gir dessverre ingen svar



på hvorfor det er slik, men det er sannsynlig at svaret er mangefasettert. Gjennom materialet kommer det særlig frem at sykepleier 5 har en mer personlig «stil» enn de øvrige sykepleierne. Mulig har dette med hennes levde liv og hvem hun er å gjøre, mulig er hun mer selvrefleksiv enn flere av de øvrige sykepleierne. Zugai et al. (2018) viser til at innlagte personer som lever med anoreksidiagnose verdsetter empatiske sykepleiere som er genuint interessert i dem, og som forstår de som unike individer fremfor å se dem som diagnosen de lever med. Dette sammenfaller med det personsentrerte perspektivet som diskutert tidligere. Videre fremhever studien at informantene stolte mer på sykepleiere med en maternalistisk omsorg (Zugai et al., 2018, s. 419-424). Dette kan ses i sammenheng med funn fra studien til Borg og Kristiansens (2004). Der konkluderes det blant annet med at deltagerne i studien verdsatte profesjonelle som våget å være personlige slik at deltagerne ble trygge på dem, stolte på dem og følte seg sett. Andre betydningsfulle faktorer var at de profesjonelle gjennom denne tilnærmingen delte makt med deltagerne, det fremmet opplevelsen av kontroll over eget liv (Borg og Kristiansen, 2004, s. 493-504). I det tidligere beskrevne undertemaet «mat og makt» ble kampen om kontroll referert til av sykepleierne i intervjuene. Ved å ha en mer personsentrert tilnærming kan det tenkes at kvinnen som lever med anoreksidiagnose kunne fått en økt opplevelse av kontroll, noe som kunne redusert motstanden som stadig beskrives. Mulig er det slik at det vil åpnes mer opp for terapeutiske relasjoner om sykepleiere i økende grad praktiserer personsentrert omsorg.

I denne avsluttende delen av analysen har distansen i relasjonen mellom sykepleierne og kvinnene som lever med anoreksidiagnose fått særlig stor plass. Dette speiler relasjonen, hvor jeg anser at distanse er mer til stede enn nærhet. Sykepleierne forteller om en arbeidshverdag hvor de opplever å bli holdt på en armlengdes avstand av kvinnene, og årsakssammenhengene er kompliserte. Dette siste undertemaet fikk derfor overskriften «distanse og nærhet» fremfor «nærhet og distanse», som er en mer tradisjonell benevnelse. Det kan imidlertid se ut som at noen sykepleiere klarer å skape en nærrere relasjon med kvinnene, og mulig er det fordi de har en mer personsentrert tilnærming.

## 5.0 Oppsummering og avslutning

Dette masterprosjektet har sitt utspring i et ønske om å få en dypere innsikt i sykepleieres relasjonelle opplevelser i møte med kvinner som lever med anoreksidiagnose. Min erfaring tilsa at sykepleiere som arbeider med disse kvinnene har et stort engasjement for arbeidet sitt, med et bredt spekter av både tanker og følelser involvert. Jeg ønsket å utvikle kunnskap om sykepleiernes erfaringer, både fordi jeg ønsket å forstå sykepleierne, men særlig fordi sykepleiernes relasjonelle opplevelser ut fra psykososial teori har stor betydning for kvinnenens mulighet for mestring, utvikling og bedring. Denne studiens problemstilling var derfor «*Hvordan opplever sykepleiere den terapeutiske relasjonen med kvinner som lever med anoreksidiagnose, innlagt i en psykiatrisk døgninstitusjon?*» For å belyse problemstillingen benyttet jeg kvalitativ metode med et semistrukturert intervju. Jeg intervjuet syv sykepleiere med videreutdanning innen psykisk helsearbeid som arbeidet med kvinner som lever med anoreksidiagnose ved tre ulike norske psykiatriske døgninstitusjoner. Fire sykepleiere arbeidet ved to allmennpsykiatriske døgninstitusjoner og tre sykepleiere arbeidet ved en spesialenhet.

Tematisk analyse ble benyttet for å belyse forskningsspørsmålene som omhandlet sykepleiernes opplevelse av egne følelser og egen rolle tilknyttet de terapeutiske relasjonene med kvinnene. Det mest fremtredende temaet det vises til i denne studien er sykepleiernes opplevelse av maktesløshet. Den er relatert til objektivering og sykepleiernes behov for å forstå hvordan spiseforstyrrelsen «virker», og griper inn i livet til kvinnene. Videre handler opplevelsen av maktesløshet om sykepleiernes følelser som utilstrekkelighet, håpløshet og tristhet i møtet med de innlagte kvinnene.

Sykepleiernes opplevelse av å inneha en oppdragende rolle i relasjonen med kvinnene som lever med anoreksidiagnose er det andre hovedtemaet som ble identifisert. Dette temaet handler om sykepleiernes foreldre-aktige rolle som er knyttet opp mot opplevelsen av at det finnes mye umodenhet i kvinnene. Videre omhandler det maktkampen som utspiller seg mellom sykepleierne og kvinnene, som i stor grad dreier seg om «grensesetting» knyttet til mat og kompensatorisk atferd. Til slutt vises det til det tredje undertemaet som peker på den maternalistiske omsorgen sykepleierne opplever å ha for kvinnene med anoreksidiagnose.

Det siste hovedtemaet peker på distansen og nærheten den terapeutiske relasjonen mellom sykepleierne og kvinnene er preget av. Distanzen er relatert til sykepleiernes opplevelse av å bli ført bak lyset og å bli avvist av kvinnene, opplevelser som har stor betydning for potensialet til den terapeutiske relasjonen. Nærhet i samværet er presentert som det siste undertemaet. Nærheten i relasjonene er knyttet opp mot alle de timene, dagene og ukene som sykepleierne og kvinnene tilbringer sammen i den miljøterapeutiske konteksten. Den handler videre også om at enkelte sykepleiere klarere å få en «connection», en annen grad av nærhet, med noen av kvinnene som lever med anoreksidiagnose enn andre sykepleiere. Det kan se ut til at noen sykepleiere får dette til fordi de har en mer psykososial tilnærming som innebærer at de blant annet i større grad ser personen bak atferden og diagnosen.

Denne studien antyder at sykepleiere i dag befinner seg i en utfordrende posisjon hvor de skal håndtere mange ulike og motstridende roller parallelt med et følelsesliv preget av mange sterke følelser. Det er i stor grad den medisinsk-psykiatriske tilnærmingen som er dominerende i psykisk helsevern. Dette innebærer at sykepleiere inntar en ekspert-rolle hvor de for eksempel både skal «avsløre» kompensatorisk atferd og «grensesette» atferd («politi») samtidig som de skal være en støttende og motiverende samarbeidspartner («mor/terapeut»). Maktkampen som kan oppstå i dette spenningsfeltet kan bli en trussel mot bedringsprosessene. Den viser til motstanden innlagte personer som lever med anoreksidiagnose opplever og gir uttrykk for når sykepleiere utøver makt ved å bestemme over deres matinntak og aktivitet.

For å kunne skape og opprettholde en virksom terapeutisk relasjon med kvinnene vil det kunne være nyttig å se til de psykososiale perspektivene, hvor den terapeutiske relasjonen har en vesentlig plass. For at sykepleiere skal få slippe inn i kvinnenens lukkede univers fordrer det at sykepleiere er genuint interesserte og ikke-dømmende, samtidig som de må tåle å stå sammen med kvinnene i deres smerte. Studien viser videre hvor viktig det er at sykepleiere får tilstrekkelig med veiledning og at de er refleksive. Både for å kunne gjøre jobben til det beste for kvinnene, men også for å kunne ta vare på seg selv.

## 5.1 Styrker og svakheter ved studien

Svakheten ved studien er først og fremst at ikke samtlige intervjuede sykepleiere arbeidet ved *enten* spesialavdelinger *eller* allmennpsykiatriske døgnavdelinger hvor kvinner som lever med anoreksidiagnose er innlagt. Slik studien er gjennomført har samtlige sykepleiere erfaring fra miljøterapeutisk arbeid med kvinner med anoreksidiagnose, men konteksten er likevel ulik. I spesialavdelingen har sykepleierne både mer kompetanse og ressurser til rådighet enn hva sykepleierne ved de allmennpsykiatriske døgnavdelingene har, og spesialavdelingene er generelt mer spisset inn mot utfordringene disse kvinnene står ovenfor. Kontekstene er derfor ikke tilstrekkelig sammenliknbare. Om samtlige intervjuede sykepleiere hadde arbeidserfaring fra spesialavdelinger ville funnene i masteroppgaven stått sterkere da de i større grad ville representert en homogen gruppe. På den andre siden har ikke målet med denne studien vært å trekke sterke konklusjoner, men snarere utvikle kunnskap basert på erfaringene fra sykepleiere som arbeider med kvinner med anoreksidiagnose som er innlagt i psykiatrisk døgninstitusjon. Oppgavens primære styrke er at den er i stand til å bidra med kunnskap innenfor det valgte forskningsfeltet

Videre er noe av teorien og forskningen som legges til grunn for masteroppgaven basert på voksne og unge (ungdommer) som lever med anoreksidiagnose, fordi det finnes sparsommelig med forskning som eksplisitt omhandler personer over 18 år. Jeg har likevel valgt å bruke nevnte teori og forskning fordi jeg anser den som overførbar i tilstrekkelig grad. Avslutningsvis kan det sies at det å trekke inn Senneset (2017) i analysen slik jeg har gjort kan for noen oppleves som en misforstått tilnærming i en studie basert på halvstrukturerte intervjuer. Som nevnt innledningsvis er dette grepet tatt for å også la stemmen til kvinner med anoreksidiagnose få komme frem til en viss grad.

## 5.2 Implikasjoner for praksis

Denne studien antyder at økt utdanning alene ikke er tilstrekkelig for at sykepleiere skal få en mer virksom terapeutisk relasjon til kvinner med anoreksidiagnose. Drøftingen viser hvordan psykososiale perspektiver kan bidra til økte muligheter for virksomme terapeutiske relasjoner ved at sykepleiere blant annet får tilbud om veiledning. For eksempel kan sykepleiere gjennom veiledning utvikle og «trene opp» evnen til refleksjon og refleksivitet. Slik kan de få

økt innsikt som kan bidra til at de velger en mer personsentrert tilnærming, noe som blant annet kan medføre en jevnere maktbalanse og en mer gjensidig tillitsfull relasjon med kvinnene. Dette fordrer imidlertid regelmessig veiledning, refleksjon og refleksivitet, som bør være til stede ved institusjoner som driver spesialisert miljøterapi med komplekse faglige utfordringer, hvilket kan sees som den viktigste implikasjonen for praksis fra denne studien.

### **5.3 Implikasjoner for videre forskning**

Forskningsfeltet til denne studien er i liten grad utforsket i en norsk kontekst. Det ville derfor være interessant å utforske temaene i denne studien videre. På sikt ville det også være av interesse å gjennomføre en implementeringsstudie med mål om å se på resultater ved regelmessig tid avsatt til veiledning og refleksjon rundt de etiske problemstillingene sykepleiere til daglig befinner seg i. Maternalisme som begrep sett i sammenheng med dette forskningsfeltet kan også være spennende å utforske videre i en norsk kontekst.

Det kunne dessuten vært spennende å forske videre på hvilken betydning kjønnsperspektivet har for den terapeutiske relasjonen og kvinnes mulighet for bedring, sett i lys av at denne studien kun fokuserer på kvinner.

## Litteratur

- Aarre, T. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Anderson, H. (2012). Collaborative Practice: A way of Being «with». *Psychotherapy and Politics International*, 10 (2), 130-145.
- Bakalar, J., Shank, L., Vannucci, L., Radin, M., & Tanofsky-Kraff, A. (2015). Recent Advances in Developmental and Risk Factor Research on Eating Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 17(6), 1-10.
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493-505.
- Benum, K. (2013). Teorier som bidrar til integrasjon i psykoterapi: et prismeperspektiv. I K. Benum, E. Dalsgaard Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi et integrativt perspektiv* (85-115). Sverige: Pax forlag.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Brotman, A. W., Stern, T. A., & Herzog, D. B. (1984). Emotional Reactions of House Officers to Patients with Anorexia Nervosa, Diabetes, and Obesity. *International Journal of Eating Disorders* 3.4: 71-77.
- Brottveit, G. (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: Om å arbeide forskningsrelatert*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bryant-Waugh, R. (2000). Overview of the eating disorders. I B. Lask & R. Bryant-Waugh *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (s.27-41). East Sussex: Psychology Pres.
- Cherkasskaya, E. & Watchel, P. L. (2013). Integrativ psykoterapi – historie og nåværende status. I K. Benum, E. Dalsgaard Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi et integrativt perspektiv* (50-71). Sverige: Pax Forlag.
- Colton, A., & Pistrang, N. (2004). Adolescents' experiences of inpatient treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12(5), 307-316.
- Del Busso, L. (2013). Barnet som person i verden: opplevelse og forståelse i barnevernet. I E. Skærbæk & L. Lillemoen (Red.), *Verdi og verdighet. Etikk i praksis* (s. 59-70). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Del Busso, L. (2014). «Pappa hev tallerkener, så forsvant mamma». Psykososialt arbeid med barn som lever med vanskelige livsopplevelser. I E. Skærbæk, M. Nissen, & A. Sjødahl (Red.), *Psykososialt arbeid: Fortellinger, medvirkning og fellesskap* (s. 45-62). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Del Busso, L. (2018). Å bli en etisk forsker. I G. Brottveit (Red.), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: Om å arbeide forskningsrelatert* (s. 118-128). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416.
- Folkehelseinstituttet. (2016, 25. januar). Fakta om spiseforstyrrelser – anoreksi, bulimi og overspisingslidelse. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/spiseforstyrrelser2/>
- Forskrift til rammeplan for sykepleierutdannelsen. (2008). Forskrift til rammeplan for sykepleierutdannelsen (LOV-2005-04-01-15-§3-2). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2008-01-25-128>
- Franco, D., & Rolfe, S. (1996). Countertransference in the Treatment of Patients with Eating Disorders. *Psychiatry*, 59(1), 108-116.
- George, L. (1997). The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship. *Journal of Advanced Nursing* 26, 899–908.
- Gjeitnes, K., & Tronvoll, I. M. (2011). Refleksjonsgrupper i NAV: Perspektiver og metoder i refleksjon over teori og praksis. I G.A. Askeland (Red.), *Kritisk refleksjon i sosialt arbeid* (s. 87-100). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet. (2017a, 25. april). Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/metode-og-prosess>
- Helsedirektoratet. (2017b, 25. april). Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Hartmann, E. (2013). Hva er virksomt i psykoterapi? Integrering av klinisk og forskningsbasert kunnskap. I K. Benum, E. Dalsgaard Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi et integrativt perspektiv* (21-41). Sverige: Pax forlag.
- Hummelvoll, J., Andvig, E., & Lyberg, A. (2010). *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hage, T., Ra, O., & Moen, A. (2017). "Do you see what I mean?" staff collaboration in eating disorder units during mealtimes. *BMC Nursing*, 16(1), 1-9.
- Honig, P. & Sharman, W. (2000). Inpatient management. I B. Lask & R. Bryant-Waugh *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (s.265-288). East Sussex: Psychology Pres.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.
- Johannessen, L., Rafoss, T. W., & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? : Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Karwautz, A., Rabe-Hesketh, S., Hu, X., Zhao, J., Sham, P., Collier, D., & Treasure, J. (2001). Individual-specific risk factors for anorexia nervosa: A pilot study using a discordant sister-pair design. *Psychological Medicine*, 31(2), 317-329.
- King, S., & Turner, D. (2000). Caring for adolescent females with anorexia nervosa: Registered nurses' perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 139-147.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Landmark, B., Ness, O., & Olkowska, A. (2016). Vitenskapsteori og miljøterapi. I A. Olkowska & B. Landmark (Red.), *Miljøterapi: prinsipper, perspektiver og praksis* (s. 35-45). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lask, B. (2000). Aetiology. I B. Lask & R. Bryant-Waugh (Red.), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (s.227-263). East Sussex: Psychology Pres.
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing. Theory and practice*. Wiley-Blackwell, Oxford, UK.
- Magagna, J. (2000). Individual psychotherapy. I B. Lask & R. Bryant-Waugh (Red.), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (s.227-263). East Sussex: Psychology Pres.
- Micevski, V., & Mccann, T. (2005). Developing interpersonal relationships with adolescents with anorexia nervosa. *Contemporary Nurse*, 20(1), 102-116.
- Ness, O., Borg, M., Semb, R., & Karlsson, B. (2014). "Walking alongside:" collaborative practices in mental health and substance use care. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), 55.
- Neumann, I. B. (2003). Innledning: Regjeringsbegrepet og regjeringens historiske fremvekst. I I. B. Neumann & O. J. Sending. *Regjering i Norge* (s. 9-43). Oslo: Pax Forlag.
- Nissen, M. & Skærbæk, E. &. (2014). Hva er psykososialt arbeid? I E. Skærbæk & M. Nissen (Red.), *Psykososialt arbeid. Fortellinger, medvirkning og fellesskap* (s. 11-28). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ramjan, L. M. (2004). Nurses and the "therapeutic relationship": caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (5), 495-503.



- Ryan, V., Malson, H., Clarke, S., Anderson, G., & Kohn, M. (2006). Discursive Constructions of Eating Disorders Nursing: An Analysis of Nurses Accounts of Nursing Eating disorder Patients. *European Eating Disorders Review*, 14, 125-135.
- Ryum, T. (2016). Personlighetsforstyrrelser. I R. Hagen & L. E. O. Kennair (Red.), *Psykiske lidelser* (238-257). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Røer, A. (2009). *Spiseforstyrrelser: Symptomforståelse og behandlingsstrategier* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Røkenes, O., Hanssen, P., & Tolstad, O. (2012). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rørtveit, K., Hansen, B., Leiknes, I., Joa, I., Testad, I., & Severinsson, E. (2015). Patients' experiences of trust in the patient-nurse relationship- a systematic review of qualitative studies. *Open Journal of Nursing*, 2015, 5, 195-209
- Rådgivning om spiseforstyrrelser. (2016, 19.11). Behandling. Hentet fra <http://www.nettros.no/spiseforstyrrelser/behandling/>
- Schibbye, A.L. L. (2017). *Relasjoner: Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. (2.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Senneset, I., & Skårderud, F. (2017). *Anorektisk*. Oslo: Cappelen Damm.
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J., & Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa: Friend or foe? *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 177-186.
- Skatvedt, A. & Andvig, E. (2014). Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*, 9(1), 64-70.
- Skårderud, Finn. (2010). Gutten som ikke ville ete. Å sette familien i halsen. Den norske multikunstneren Arild Nyquist (1937-2004) om utrygg tilknytning, anoreksi og rus. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(10), 916-929.
- Skårderud, F. (2013). *Sterk, svak: Håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug.
- Skårderud, F. (2016). Spiseforstyrrelser. I R. Hagen & L. E. Ottesen Kennair (Red.), *Psykiske lidelser* (s. 177-197). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skårderud, F. (2017). Sult/besatt. Rapport fra et konkret helvete. I I. Senneset & F. Skårderud, *Anorektisk* (s. 7-47). Oslo: Cappelen Damm.
- Skårderud, F., & Rosenvinge, J. (2001). The history of eating disorders in Norway. *European Eating Disorders Review*, 9(4), 217-228.
- Snell, L., Crowe, M. & Jordan, J. (2010). Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal of Clinical Nursing*, (19), 351-358.

- Solvoll, B-A. & Sagen A. (2010). Forskningsmoralske utfordringer ved feltmetodisk arbeid i egen organisasjon. I J. K. Hummelvoll, E. Andvig & A. Lyberg (Red.), *Etiske utfordringer i praksisnær forskning* (s. 77-89). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Statens helsetilsyn. (2000). Alvorlige spiseforstyrrelser retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. Hentet fra:  
[https://legeforeningen.no/PageFiles/1867/httpwww.helsetilsynet.nouploadPublikasjon/erutredningsserienalvorlige\\_spiseforstyrrelser\\_ik-2714.pdf](https://legeforeningen.no/PageFiles/1867/httpwww.helsetilsynet.nouploadPublikasjon/erutredningsserienalvorlige_spiseforstyrrelser_ik-2714.pdf)
- Terkelsen, T. (2010). *Håndtering av engler og UFOer i en psykiatrisk avdeling: En etnografisk studie av hvordan psykotiske uttrykk forstås og kontrolleres*. (Doktorgradavhandling). Medisinsk- odontologisk fakultet Institutt for samfunnsmedisin, Seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Topor, A. (2014a). En annen profesjonalitet. I M. Borg, & A. Topor, *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (s. 54-79). Oslo: Kommuneforlaget.
- Topor, A. (2014b). Tid og arenaer som hjelper. I M. Borg, & A. Topor, *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (s. 97-117). Oslo: Kommuneforlaget.
- Universitetet i Bergen og Språkrådet. (2018). Motarbeide. Hentet fra  
<https://ordbok.uib.no>
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vedul-Kjelsås, E., & Gøtestam, K. (2004). Spiseforstyrrelser i et historisk perspektiv. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 124(18), 2369-2371.
- Wright, K., & Hacking, S. (2012). An angel on my shoulder: A study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(2), 107-115.
- Wright, K. (2010). Therapeutic relationship: Developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(3), 154-161.
- Wright, K. (2015). Maternalism: A healthy alliance for recovery and transition in eating disorder services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(6), 431-439.
- Zaitsoff, S., Pullmer, R., Cyr, M., & Aime, H. (2015). The role of the therapeutic alliance in eating disorder treatment outcomes: A systematic review. *Eating disorders*, 23(2), 99-114.

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.

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

Øvre Sørensen, N. (2018). Å forme sig selv på ny – modstand og frimodighed. I C. Øye, N. Øvre Sørensen & K. Martinsen (Red.), *Å tenke med Foucault: En bok for masterstudiene i helse- og sosialfagene* (s.111-130). Bergen: Fagbokforlaget.

Øvre Sørensen, N. (2018). *Å tenke med Foucault: En bok for masterstudiene i helse- og sosialfagene*. Bergen: Fagbokforlaget.

## Vedlegg 1

# Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

## *” Sykepleieres opplevelser i møte med kvinner med anoreksi”*

### **Bakgrunn og formål**

Mitt navn er Synne Løvås, og jeg er mastergradstudent ved Høgskolen i Østfold. Til daglig arbeider jeg miljøterapeutisk ved Enhet for spiseforstyrrelser, DPS Halden/Sarpsborg. Tema for oppgaven er sykepleieres opplevelser i møte med kvinner med anoreksi

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Jeg ønsker å intervju deg om hvilke erfaringer du har fra det å jobbe miljøterapeutisk ved en døgnavdeling hvor kvinner med anoreksi er innlagt. Det er det relasjonelle mellom sykepleier og pasient som har hovedfokus i denne studien. Intervjuene vil vare ca. en times tid, og vi blir sammen enige om tid og sted. Spørsmålene vil dreie seg om dine opplevelser i møte med kvinner med anoreksi.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil bli benyttet båndopptaker, og jeg vil ta notater under intervjuet. Du vil få anledning til å lese gjennom teksten fra intervjuet, og har mulighet til legge til eller fjerne informasjon om du ønsker det. Deltagere i studien skal ikke kunne gjenkjennes i oppgaven. Alle opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av mai 2019.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Alle innsamlede data om deg vil da bli slettet. Samtykkeerklæring fylles ut før intervjuet starter.

Dersom du ønsker å delta i studien, eller har spørsmål, ta kontakt med Synne Løvås på tlf.: 97687879 eller på e-post [synnes@live.no](mailto:synnes@live.no). Du kan også ta kontakt med min veileder Lilliana Del Busso på e-post [lilliana.a.busso@hiof.no](mailto:lilliana.a.busso@hiof.no).

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS, og godkjent der.

Med vennlig hilsen  
Synne Løvås

Neptunveien 4  
1734 Hafslundsøy  
Tlf.: 97 68 78 79

## Vedlegg 2

# Samtykke til deltagelse i studien

## *«Sykepleieres opplevelser i møte med kvinner med anoreksi»*

### Høgskolen i Østfold

Jeg har blitt informert om at jeg når som helst kan trekke meg fra studien, uten å oppgi noen grunn.

Jeg har blitt informert om at informasjonen jeg gir behandles konfidensielt, og vil bli anonymisert.

Jeg har mottatt informasjon om studien «Sykepleieres opplevelser i møte med kvinner med anoreksi» og er villig til å delta.

-----

Sted og dato

.....

Prosjektdeltager

## Vedlegg 3

# Intervjuguide

## Del 1 Bakgrunnsopplysninger

### Yrkesaktive år som sykepleier

- 0-5 år
- 5-10 år
- 10 år eller mer

### Yrkesaktive år ved psykiatrisk døgninstitusjon for kvinner med anoreksi

- 0-5 år
- 5-10 år
- 10 år eller mer

## Del 2

### Sykepleiernes relasjon til kvinner med anoreksi innlagt i psykiatrisk døgninstitusjon

1. Kan du fortelle meg om en vanlig arbeidsdag hos deg, og hva slags arbeidsoppgaver den inneholder?
2. Kan du fortelle meg litt om kvinnene du jobber med?
3. Hvordan opplever du relasjonen mellom deg og kvinnene?
4. Opplever du å få en bedre relasjon til noen av kvinnene? Kan du dele noen av tankene du har rundt dette?
5. Hva legger du i «en god relasjon»?

6. Hvordan tror du kvinnene opplever relasjonen til deg?

Oppfølgingsspørsmål: Kan du gi eksempler på hva som kan gjøre det vanskelig å skape en god relasjon? (Gjerne knyttet opp mot eksempler som deltageren har gitt)

### **Følelser i relasjoner og refleksivitet**

7. Kan du forteller om ulike følelser du opplever du i møte med kvinnene?

8. Er det noen spesifikke situasjoner som skaper mye følelser? Fortell...

9. Hvordan håndterer du følelsene som kommer?

10. Har dere et forum for veiledning, hvor dere kan ta opp vanskelige situasjoner og følelser?

11. Hva får du ut av veiledning, som kan hjelpe deg til å bygge gode relasjoner med kvinnene?

12. På hvilken måte opplever du at veiledning hjelper deg å reflektere?

Har du videreutdanning? I så fall hva?

Om veiledning tilbys på din arbeidsplass, hvor ofte får dere tilbudet?

*Hjelpespørsmål:*

*Kan du utdype det?*

*Kan du gi meg noen eksempler?*

*Hva kjente du da?*

*Hva mener du når du sier det?*

#### **Vedlegg 4**



Lilliana Del Busso  
Remmen  
1757 HALDEN

Vår dato: 21.03.2018

Vår ref: 59782 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

## Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.03.2018.  
Meldingen gjelder prosjektet:

59782	<i>Sykepleieres opplevelser i møte med kvinner med anorexia nervosa</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Østfold, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Lilliana Del Busso</i>
Student	<i>Synne Lovås</i>

### Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

### Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Høgskolen i Østfold sine retningslinjer for datasikkerhet

### Veiledning

#### Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Høgskolen i Østfold er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileders) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

#### **Forskningsetiske retningslinjer**

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

#### **Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet**

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

#### **Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet**

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

#### **Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt**

Ved prosjektslutt 20.05.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

### **Gjelder dette ditt prosjekt?**

#### **Dersom du skal bruke databehandler**

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

#### **Hvis utvalget har taushetsplikt**

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

#### **Dersom du forsker på egen arbeidsplass**

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74 / [belinda.helle@nsd.no](mailto:belinda.helle@nsd.no)